



Vol. 13

# UMA HISTÓRIA BRASILEIRA DAS DOENÇAS

ORGANIZAÇÃO:

André Luis Lima Nogueira

Anny Jackeline Torres Silveira

Dilene Raimundo do Nascimento

Patrícia Maria da Silva Merlo

Sebastião Pimentel Franco

**Vol. 13**

# **UMA HISTÓRIA BRASILEIRA DAS DOENÇAS**

**ORGANIZAÇÃO:**

**André Luis Lima Nogueira**

**Anny Jackeline Torres Silveira**

**Dilene Raimundo do Nascimento**

**Patrícia Maria da Silva Merlo**

**Sebastião Pimentel Franco**



## **Organizadores**

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

## **Revisão**

De responsabilidade exclusiva dos organizadores

## **Diagramação e capa**

Sabrina Martins Cardoso

## **Imagem da capa**

Imagem de Campanha de Vacinação no estado do Maranhão, 1969.  
Acervo Casa de Oswaldo Cruz.

## **Editora**

Identidade Editorial  
Rua Gonçalves Dias, 270,  
Praia da Baleia, Serra - ES.  
CEP.: 29172-694  
[www.identidadeeditorial.com.br](http://www.identidadeeditorial.com.br)

## **Editor**

Lucas Onorato Braga

## **Conselho editorial**

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

## **Apoios**



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

---

H58 Uma História Brasileira das Doenças / André Luis Lima Nogueira, Anny Jackeline Torres Silveira, Dilene Raimundo do Nascimento, Patrícia Maria da Silva Merlo, Sebastião Pimentel Franco (orgs.). Serra: Identidade Editorial, 2024.

323 p.: il.

ISBN: 978-65-983805-8-8

CDU: 616

---

**Índices para catálogo sistemático:**

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

# Sumário

Apresentação .....	7
<i>Os organizadores</i>	
<b>Capítulo 1</b>	
Livros de cirurgia e anatomia: os debates sobre o corpo em Portugal no século XVIII .....	15
<i>Jean Luiz N Abreu</i>	
<b>Capítulo 2</b>	
Saúde, segurança e governamentalidade cidadina no Tratado da Conservação da Saúde dos Povos, de António Nune Ribeiro Sanches (1757) .....	34
<i>Patrícia M. S. Merlo e Eduardo Gomes Molulo Moisés</i>	
<b>Capítulo 3</b>	
Entre a vida e a morte: O Complexo Negreiro do Valongo e o controle sanitário dos negros novos (RJ c. 1758 – c.1831) .....	56
<i>Claudio de Paula Honorato</i>	
<b>Capítulo 4</b>	
A Comissão João Lopes Cardoso Machado: salvando vítimas da epidemia de febres intermitentes na ribeira do Acaracú, capitania do Siará Grande (1791-1792) .....	103
<i>Zilda Maria Menezes Lima e Caio Sidonio da Silva</i>	
<b>Capítulo 5</b>	
Dinâmica e ressignificações das tradições alimentares .....	126
<i>Mônica Chaves Abdala</i>	
<b>Capítulo 6</b>	
Hortas urbanas e impacto na segurança alimentar e nutricional: um estudo feito no município de Curitiba-PR .....	142
<i>Cilene da Silva Gomes Ribeiro, Marielle Alves Machado e Maria Cecília Barreto Amorim Pilla</i>	

## **Capítulo 7**

Entre a Reabilitação Física e a Promoção da Saúde: trajetórias e desafios da Fisioterapia no Brasil ..... 157

*Carolayne Fernandes Prates e José Patrício Bispo Júnior*

## **Capítulo 8**

O desenvolvimento da Odontologia e sua relação com a história das doenças .. 181

*Wellen Góbi Botacin, Carolina Dutra Degli Esposti e Raquel Baroni de Carvalho*

## **Capítulo 9**

A ação do médico Pedro Fontes e a implantação da Colônia de Itanhenga/ES .. 199

*Sebastião Pimentel Franco e Jackeline Faria Meira*

## **Capítulo 10**

Do Rio de Janeiro a Salvador e de Salvador para o Brasil: a nacionalização do posto de puericultura como política pública de assistência materno-infantil (1923-1945) ..... 235

*Lidiane Monteiro Ribeiro*

## **Capítulo 11**

Entre saberes médicos e dinâmicas coloniais em Moçambique (1940) ..... 259

*Keith Valéria de Oliveira Barbosa*

## **Capítulo 12**

Alda Mores de Albuquerque: uma bolsista da Fundação Rockefeller para enfermagem cirúrgica ..... 276

*Ricardo dos Santos Batista*

## **Capítulo 13**

Doenças endêmicas e a produção de inseticidas no Brasil: do Instituto de Malariologia a Farmanguinhos (1946-1976) ..... 295

*Tania Maria Fernandes*

## *Apresentação*

*Uma História Brasileira das Doenças* chega a sua décima terceira edição. A iniciativa de sua produção foi de Dilene R. do Nascimento e Diana Maul de Carvalho, no ano de 2004; a partir do seu volume 4, publicado em 2015, passou a ser organizado por Dilene R. do Nascimento, Anny Jacqueline Silveira e Sebastião Pimentel Franco; em 2022, no seu volume 11, o time foi acrescido pelos pesquisadores André Nogueira e Patrícia Merlo.

Esta coletânea longeva é fruto de aproximadas três décadas de ampliação dos programas de pós-graduação Brasil afora, do aumento do interesse pelas doenças e pelas artes de curar – aliás, em alguma medida, infelizmente, ainda mais alargado pela tragédia e crise sanitária da pandemia de Covid-19, que resultou em mais de 700.000 mortos no país –, e da mobilização de pesquisadores de diferentes campos científicos, a reforçar, igualmente, a natureza interdisciplinar que tão bem identifica parte dessas pesquisas.

Agora, no começo do outono de 2024, ao escrevermos essa Apresentação para o volume 13 da Coletânea, estamos impactados e estarecidos em razão das inundações no Sul do Brasil em decorrência de eventos climáticos extremos. Praticamente, todos os municípios do estado do Rio Grande do Sul foram atingidos pelas inundações, deixando suas casas submersas. Os moradores tiveram que se deslocar para abrigos instalados emergencialmente, deixando para trás suas casas destruídas. Esse extremo evento climático resultou, até o momento, em 166 mortos e 72 pessoas desaparecidas. Suas consequências não terminarão com o abaixamento das águas, pois as doenças transmitidas em casos de enchentes, como, por exemplo, a leptospirose, começam a aparecer e o custo para reconstruir tudo que foi destruído pelas águas tem um valor incalculável no momento. Fica-nos a pergunta: seria evitável esse desastre?

Nosso volume 13 continua a cumprir o papel das edições anteriores, de apresentarem-se como uma publicação de escopo vário em temas, fontes, metodologias de pesquisa e estilos de narrativa. Visa contribuir para a publicização e maior alcance das pesquisas e pesquisadores que se debruçam sobre o tema das diferentes experiências sociais, políticas, culturais

dos adoecimentos, das percepções e “enquadramentos” (Rosenberg, 1992) das doenças, dos corpos, mentes e almas dos sofredores, bem como suas práticas terapêuticas e os diferentes atores sociais que as engendraram em temporalidades e espaços diversos, com especial ênfase para o Brasil em seus diferentes contextos históricos.

\* \* \*

O presente volume começa com o capítulo de Jean Luiz N. Abreu, acerca dos manuais médicos portugueses do século XVIII. O autor enfatiza os temas da cirurgia e da anatomia nesses textos médicos e como os mesmos se configuram como importante *corpus* documental para entendermos as diferentes formas de representação dos corpos enfermos e as formas de percepção dos saberes médicos à época. Abreu, igualmente e de modo provocativo, explora também parte das controvérsias que envolviam os médicos e cirurgiões que produziram esses tratados em torno das práticas de dissecações e os olhares sobre os corpos abertos e sua aparência.

Uma das obras de Antônio N. Ribeiro Sanches, um dos principais expoentes das reformas ilustradas em Portugal, é analisada por Patrícia M. S. Merlo e Eduardo G. M. Moisés, conferindo aderência entre os dois primeiros textos que compõem a atual coletânea. Assim, os autores apresentam aspectos gerais da Modernidade, com foco ao processo de urbanização e seus muitos impactos na vida dos europeus nesse contexto.

Acerca da obra de Sanches que é objeto principal do capítulo, *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* (1757), Merlo e Moisés detalham as preocupações do médico com as condições sanitárias e o crescimento das cidades, especialmente no que versa sobre as doenças provocadas pelos temidos “miasmas”, os “vapores pútridos” que se espalhavam por diversos espaços das urbes, a exemplo de áreas pantanosas, espaços de produção e comercialização de carnes salgadas, enterro de cadáveres e que ganham especial preocupação na segunda metade do século XVIII e primeiras décadas do século XIX em razão das concepções neo-hipocráticas.

Ainda tendo o contexto da colonização lusa como parte de seu recorte cronológico, embora avançando para as primeiras décadas do século XIX, temos *Entre a vida e a morte: O Complexo Negreiro do Valongo e o controle*



*sanitário dos negros novos* (RJ c. 1758 – c.1831), de Claudio de Paula Honorato. Neste texto passeamos pelo mercado do Valongo, um dos principais entrepostos de desembarque e comércio de africanos escravizados do Brasil, especialmente aqueles vindos da África Centro-Occidental.

O autor nos apresenta um dinâmico comércio feito de acordos e litígios entre comerciantes de grosso trato, “atravessadores” oportunistas que eram alvo de críticas e reclamações por parte de senhores de engenho neste pulsante comércio de braços e almas. No que diz respeito ao tema principal do capítulo, Honorato interpreta as condições de salubridade do mercado do Valongo, valendo-se de um conjunto bastante interessante de fontes, a exemplo do relatório do M. de Lavradio, documentos sobre o sítio do cais do Valongo sob a guarda do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, o olhar dos “viajantes” europeus sobre o mercado e suas condições sanitárias, as polêmicas e práticas em torno das quarentenas e o estado dos escravizados que por lá eram negociados.

Para fecharmos nesta edição os estudos que abarcam o período de colonização lusa de seu pedaço da América, temos o olhar sobre uma das epidemias que assolaram o período, desta vez a de febre intermitente entre os anos de 1791-17932 na capitania do Siará Grande, desenvolvido por Zilda M.M. Lima e Caio S. da Silva. Em razão da temida epidemia grassar em uma área importante da capitania (sua região norte), por sua criação de gado para a produção de charque que abastecia os centros produtores de açúcar da capitania de Pernambuco, a ocorrência da enfermidade recebeu especial atenção da Metrópole. Nessa perspectiva, fora designada uma expedição de saúde nomeada Comissão João Lopes Cardoso Machado para debelar a epidemia. A tal comissão leva o nome do médico responsável por norteá-la, sendo ele Comissário Geral e Juiz Delegado de Medicina da Junta do Proto-medicato em Pernambuco.

Assim, os autores acompanham o desenrolar da expedição, interpretando os efeitos da passagem da epidemia e as ações terapêuticas e sanitárias engendradas pelo dr. Machado na liderança dessa empreitada. Para mais, igualmente apontam as tensões e diferenças de tratamento que envolvia a comissão e os membros de uma elite local e de outros membros da burocracia régia no cumprimento de pedidos e no fornecimento dos provimentos necessários para o trabalho do médico, nas duas vilas em que a comissão

atuara. Para essa análise os autores se valem de interessante e variado escopo documental do Arquivo Histórico Ultramarino.

Outra temática que tem sido explorada nas últimas edições da Coleção é o da História da Alimentação em suas diferentes vertentes temáticas, a exemplo do patrimônio alimentar, das formas de produção, significação e ressignificação das formas de cozinha e do comensalismo e, em especial, as interfaces entre a alimentação e a saúde. Nesse sentido, temos no atual volume o capítulo de Mônica Chaves Abdala com foco na construção na cozinha mineira, em ampliado arco temporal, do período da colonização lusa de seu pedaço da América (no setecentos) até o início do século XX, com especial ênfase para os tabus alimentares relacionados à saúde e à doença.

Assim, Chaves refaz esse percurso, mostrando que ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX há uma série de “combinações de fatores conjunturais” e polissêmicos, associados a questões como abastecimento, subsistência de populações, valores e aspectos culturais associados ao preparo e consumo de certos alimentos, tabus alimentares de diferentes naturezas e épocas, com pulsantes e voláteis aspectos simbólicos em torno do que conhecemos como cozinha mineira. Para tal análise de fôlego, a autora interpreta diferentes fontes históricas, a exemplo de livros de receitas ditos como tradicionais, memorialistas célebres como Câmara Cascudo, bem como, estudos baseados em relatos orais.

Outro capítulo que versa sobre a história da alimentação e patrimônio alimentar, escrito por Cilene da S. G. Ribeiro, Marielle A. Machado e Maria C.B.A Pilla, analisa a experiência do desenvolvimento de hortas urbanas no município de Curitiba e seus impactos para a segurança alimentar. As autoras historicizam a existência de hortas urbanas em diversos espaços desde o setecentos, sempre associadas à carência alimentar, inchaço e ocupação desordenada das urbes, além de eventos extremos e atípicos como guerras. No caso do Brasil tais iniciativas remontam aos anos de 1980 e possuem, em âmbito geral, apoio governamental para mitigar a questão grave da insegurança alimentar da população subalternizada.

As autoras nos apresentam e analisam a implementação e os impactos das hortas urbanas na capital do Paraná, sendo uma iniciativa encampada pelo governo municipal a partir de 2015, por meio do programa Horta Solidária Urbana. O caso estudado corrobora a importância desse tipo de

iniciativa e nos mostra, igualmente, as possibilidades de inserção na oferta e cultura alimentar da população de variados produtos que também contribuem para garantir melhor variação nutricional, especialmente para a população mais pobre.

Em *Entre a Reabilitação Física e a Promoção da Saúde: trajetórias e desafios da Fisioterapia no Brasil*, Prates e Bispo Jr nos apresentam uma ampliação do olhar sobre os profissionais do corpo da saúde e a construção do campo da Fisioterapia e sua relação fundamental com o movimento e os corpos em sua prática de reabilitação, aliás, historicamente lembrada. Interessante é acompanhar as mudanças no campo da fisioterapia no Brasil e, conseqüentemente, as novas demandas e buscas por esses profissionais, de sua institucionalização como terapêutica, inicialmente atrelada a eventos como guerras, acidentes de trabalho e afins para uma reorientação da inserção profissional e social do fisioterapeuta, em razão de fenômenos como a aceleração da industrialização e da urbanização, que fora acompanhado por novos hábitos de vida e, conseqüentemente, necessidades que vão além da procura do fisioterapeuta para fins únicos de reabilitação. Tem como fundamental ponto de inflexão os anos de 1980 e a ideia da promoção da saúde, bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Demandas, dilemas e olhares que reorientam tanto as ações profissionais do fisioterapeuta como os saberes e práticas de formação e pesquisas da fisioterapia.

Ainda acerca das histórias e trajetórias de outros profissionais do corpo da saúde, temos nas linhas de Botacin, Esposti e Carvalho uma análise em torno da construção do campo da odontologia no Brasil e uma aproximação com a História das Doenças, promovendo, em parte do capítulo, uma abordagem em perspectiva histórica que aproxima os atuais dentistas aos barbeiros de outrora. As autoras sublinham, entre outros aspectos, a ocorrência de mudanças nas percepções das doenças que envolvem a saúde bucal, especialmente as duas mais comuns: a cárie dentária e a doença periodontal. Para mais, enfocam a guinada de olhar em torno de tais acometimentos e suas ações terapêuticas de uma atitude e paradigmas associados à uma ação curativa para ações de prevenção das ditas doenças, tendo como base o modelo da História Natural da Doenças, desenvolvido por Leavell e Clark (1965).

As autoras ainda abordam a ocorrência na atualidade de novas demandas por parte dos pacientes, relacionadas mais diretamente à odontologia

estética e a harmonização orofacial, pensadas no texto, como novos desafios para os profissionais desse campo tanto do ponto de vista das técnicas como da inserção e afirmação profissional do dentista e seus novos dilemas éticos.

O nono capítulo do livro, de autoria de Sebastião P. Franco e Jackeline F. Meira volta a uma temática importante da História das Doenças em nossa literatura acadêmica: a história da lepra. Assim, a criação da colônia de Itanhenga, localizada no Espírito Santo e uma das várias criadas no contexto do governo de Vargas, é analisada pelos autores a partir do protagonismo e das iniciativas do dr. Pedro Fontes, tendo como pano de fundo mais amplo a ideologia e as ações do sanitarismo no Brasil das primeiras décadas do século XX.

Os autores refazem a trajetória do leprólogo no Espírito Santo, quando assume em 1927 a Inspetoria da Lepra em sua busca pelos doentes, através de censos, criação de dispensários e contratação de médicos itinerantes. Para mais, as ações de Pedro Fontes no Espírito Santo acabavam por convergir com as iniciativas do Estado, isto é, de detecção e, sobretudo, isolamento dos doentes, realidade que mobiliza vários setores da sociedade capixaba em torno da criação do leprosário em Itanhenga. Franco e Meira analisam com base em amplo escopo documental: jornais, correspondências recebidas e expedidas e relatórios de gestão de diretores da Colônia, além de relatos dos próprios ex-internos.

Outro capítulo que trata de ações de iniciativa nacional no âmbito das práticas de saúde, nas primeiras décadas do século XX, é o assinado por Lidiane Monteiro Ribeiro, cujo objeto de estudo são as políticas públicas para a assistência materno-infantil. A autora discute como as ações do pediatra baiano Joaquim Martagão Gesteira, em seu posto de higiene infantil, se tornariam base de ações públicas mais amplas nos primeiros anos de existência do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Nesta perspectiva, a autora argumenta como o posto de puericultura do DNCr se organizou em nível federal como uma variação da assistência materno-infantil realizada em Salvador de modo híbrido entre o governo federal e a filantropia baiana, por meio da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil.

Levando-nos ao contexto colonial de Moçambique nos anos de 1940, Keith V. de O. Barbosa corrobora em seu estudo o dinamismo cultural e social das muitas histórias encontradas nas “muitas áfricas”. Ou aqui preferindo as palavras da autora: “as sociedades outrora marcadas pela experiência

do colonialismo europeu devem ser examinadas nas várias expressões de sua história e cultura”.

Nesse contexto, Barbosa aborda como o esforço no combate a doenças endêmicas, sobretudo a malária, seria crucial para a própria manutenção do império português, iniciativa já estabelecida desde a segunda metade do século XIX, desde o final do tráfico de escravos para as Américas. A autora discute de modo bastante interessante e provocativo a ocorrência de interações entre a medicina colonial lusa e o processo de internacionalização de pesquisas para o enfrentamento de endemias e epidemias em espaços coloniais, nos conduzindo aos diferentes contextos, estratégias e relações de força e resistências que permeavam a ocupação colonial dos espaços africanos.

Ricardo dos Santos Batista nos apresenta a trajetória da enfermeira Alda Moraes de Albuquerque que fora bolsista da Fundação Rockefeller para estudo de Enfermagem Cirúrgica entre os anos de 1959 e 1960 e professora da Escola de Enfermagem do Recife (EER). O autor ratifica a fundamental importância do estudo das mulheres nas ciências e na saúde, campo que, aliás, passa por franca ampliação nas últimas décadas. Desse modo, a formação e as escolhas de Alda M. de Albuquerque são pensadas por Batista em consonância com as reflexões de Tournès e Scott-Smith (2018), atendendo para as variadas possibilidades de olhares a serem lançados sobre as facetas de programas de financiamento, como os promovidos pela Fundação Rockefeller, tais como a dimensão administrativa dos programas de bolsas; da dimensão política, que tem implicações sobre as transformações das políticas globais e; por fim, da própria vida dos bolsistas, que é atravessada por experiências diversificadas que agregam sua atuação posterior.

Esta edição se encerra com o estudo de Tânia M. Fernandes, sobre uma abordagem bem contemporânea: a questão da produção de inseticidas e produtos profiláticos no Brasil objetivando o controle de doenças endêmicas, a exemplo da malária e da doença de chagas. Como Fernandes aponta, a ação de órgãos públicos vinculados ao governo federal, como o Instituto de Malariologia (IM), o Serviço de Produtos Profiláticos, IPROMED e o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), constitui uma configuração de trajetórias institucionais importantes no Brasil para o enfrentamento dessas enfermidades. Um dos principais elementos que mobilizam a pesquisa é a análise das instituições responsáveis pelo

controle de algumas doenças tendo a malária como matriz e a produção de inseticidas por esses órgãos públicos como centro da análise, considerando a incorporação de outras doenças ao leque da ação institucional do Instituto de Malariologia, criado em 1946.

Desejamos a todas, todos e todxs uma boa leitura!

Os organizadores

# 1

## *Livros de cirurgia e anatomia: os debates sobre o corpo em Portugal no século XVIII*

Jean Luiz N Abreu<sup>1</sup>

No âmbito da literatura médica produzida a partir do século XVI, os livros dedicados à arte cirúrgica e principalmente à anatomia ganharam significativa relevância. O desenvolvimento da anatomia como disciplina nesse período é inseparável da produção discursiva sobre o corpo humano. Meu objetivo nessa exposição é apresentar algumas questões sobre os livros dedicados à cirurgia e à anatomia em Portugal no século XVIII, e sua contribuição para o conhecimento do corpo enfermo naquele contexto. Além de contextualizar a produção das obras, busco também explorar como elas se constituem enquanto um *corpus* importante para a compreensão do papel da anatomia na construção das representações do corpo e para a organização do olhar médico nesse período.

### *Os livros e as controvérsias sobre a anatomia*

Os livros de cirurgia e anatomia fazem parte da tradição do livro médico e da cultura literária da medicina. Para além do uso dos livros como fonte de pesquisa para a história da medicina, cabe aqui observar que além de fontes que permitem reconstituir saberes e práticas da história da medicina, eles se constituem em si mesmos como objetos de análise. Refiro-me aqui a uma historiografia que vem procurando abordar o livro médico em sintonia com a história cultural e social dos livros, a qual, dentre outras abordagens, procura restituir os diversos sentidos dos impressos, suas formas de produção, circulação e recepção, bem como os recursos retóricos que mobilizam. Tais estudos procuram abordar o livro médico a partir de diversas perspectivas:

---

1 Professor do Instituto de História, da Universidade Federal de Uberlândia

as condições de produção, as imagens, a figura do autor, as convenções retóricas do gênero, as traduções, as audiências, dentre outros aspectos ligados à cultura literária da medicina (Fontes, 2011; Kozluk, 2010).

No âmbito dos manuais de medicina, além dos capítulos, os paratextos – prefácios, poemas laudatórios, as dedicatórias e as advertências ao leitor – são aspectos essenciais para a interpretação das obras e de seus desdobramentos (Muzzi, 2002, p. 31-34). Nesse sentido, pode-se dizer que a escrita de um livro de medicina no século XVIII articula elementos retóricos e certos códigos de exposição com concepções e teorias sobre as doenças e o corpo.

Em Portugal, os cirurgiões e médicos que escreveram sobre cirurgia e medicina não deixaram de lançar mão dos artifícios retóricos para valorizarem suas obras e seus feitos. Nas primeiras décadas do setecentos, dois médicos estrangeiros divulgaram suas ideias por meio de obras relacionadas ao ensino de anatomia no Hospital Real de Todos os Santos, onde se formaram diversos cirurgiões que atuaram em Portugal e seus domínios no ultramar: Monravá Y Roca e Santucci. O catalão Monravá y Roca foi enviado de Espanha pelo diplomata Diogo de Mendonça Corte-Real para o Hospital Real de Todos os Santos, onde permaneceu como lente de anatomia e entre 1722 e 1732, iniciando suas publicações sobre Anatomia e Cirurgia. Após ter sido destituído do cargo, foi substituído pelo anatomista italiano Santucci (Marques, 2015, p. 286).

A passagem do médico foi marcada por diversas polêmicas. Durante os anos em que esteve à frente da cadeira de anatomia, Monravá publicou *Breve curso de nueva cirurgia* (1725-1728), em dois tomos. Destinado a ser um manual para o ensino da anatomia, o opúsculo se tratava de um curso que o médico ditava aos praticantes e acadêmicos do Hospital Real de Todos os Santos. De início, chama atenção o estilo polêmico do autor ao se dirigir à sua audiência. No Prólogo endereçado ao “adversário leitor”, afirmava que não o buscava benévolo, nem misericordioso, para que se dissimulasse perdão aos seus equívocos. Antes, deseja que os leitores fossem bravos e cruéis e publicasse seus erros, para que os pudesse emendar em outras obras. Esperava ainda a contradição dos doutos em anatomia e “filosofia moderna experimental”. Refutava aqueles que viessem carregados de autoridade, que para a cirurgia e medicina nada valiam. Para atingir seus propósitos, utili-



zaria as armas à sua disposição: as palavras, penas, letras, livros e o bisturi anatômico (Monravá y Roca, 1725, Tomo II, Prólogo). O médico assumia assim a estratégia retórica do ataque ao leitor, incorporando outra face do gênero epidítico, a vituperação.

Monravá pretendia fundar uma Academia das quatro ciências, constituída pela anatomia, cirurgia, física e medicina, acrescentada da botânica (Andrade, 1965, p. 132). Tal instituição tinha por propósito estabelecer uma nova medicina em substituição à antiga, “declarar os erros dos autores que escreveram de medicina e cirurgia desde Hipócrates até o último escritor” e “ilustrar os princípios verdadeiros da cirurgia, e desterrar tanta falsidade” (Monravá y Roca, 1725, Tomo I, p. 1). Quanto ao método exposição, o médico catalão recorria à forma dialógica, entre um acadêmico, que fazia as questões, e o doutor presidente, que as respondia. O diálogo, estabelecido entre duas personagens hierarquicamente distintas, era também um gênero bastante usual nos livros médicos da época, e compunha diversos outros tipos de discursos (Pécora, 2001, p. 98).

Em 1732, Monravá seria substituído no ensino de anatomia pelo italiano Santucci. Após ter se formado em medicina na Universidade de Bolonha e, depois de frequentado o Hospital de Santa Maria Nuova, por influência de Violante Beatriz, princesa de Toscana, de quem era médico, foi para Portugal em 1730 (Santos, 1928). Para difundir seus ensinamentos, Santucci publicou *Anatomia do corpo humano* (1739), onde recopilava diversas doutrinas. No “Prólogo ao leitor”, chamava atenção para os progressos que o conhecimento anatômico podia trazer à medicina. Erravam os que imaginavam que podiam curar as doenças porque sabiam a “teoria da medicina”, pois os médicos devem saber muitos mais, “devem-se abrir cadáveres dos que morreram por alguma enfermidade” (Santucci, 1739, Prólogo). O livro de Santucci possuía diversas estampas, contendo imagens do corpo humano, tratando-se do único livro ilustrado de anatomia impresso em Portugal no decorrer do setecentos.<sup>2</sup>

O tratado de Santucci teve recepção positiva entre os médicos portugueses, posteriores a ele. Manoel de Sá Mattos afirmava que Santucci, ao publicar *Anatomia do corpo humano*, fez “um grande benefício à nação”

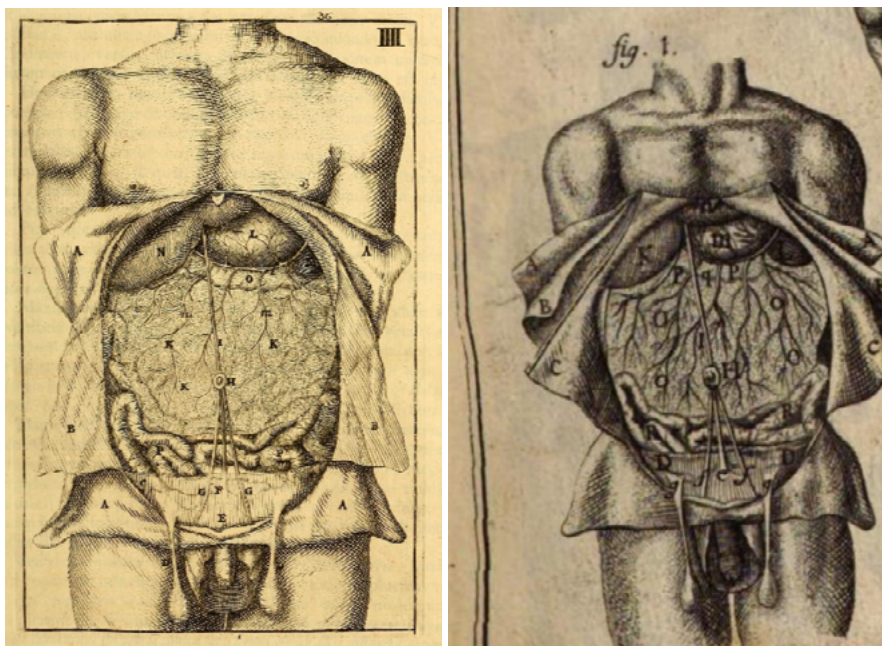
---

2 Palmira Fontes da Costa indaga as razões que motivaram a escassez, em Portugal, da cultura visual da medicina. Dentre esses fatores, estariam os recursos dispendiosos exigidos para a publicação das gravuras (Costa, 2011, p. 24).

(Mattos, 1788, p. 51). Manoel José Leitão considerava que Santucci havia ensinado “uma anatomia mais sólida, mais racional e prática sobre os cadáveres” (Leitão, 1788, p. 353). Entretanto, Santucci também teve aqueles que se opuseram à sua obra. O grande opositor ao anatomista italiano foi Monravá, que publicou o opúsculo *Desterro crítico das falsas anatomias*, para impugnar o livro de Santucci, declarando sair à “campanha literária, com declarada contenda, cara a cara contra seu sucessor”. Para evitar que sua obra fosse “árida” e “seca”, adotava a estratégia da sátira, fazendo uso de “palavras jocosas” para “incitar a leitura dos curiosos” (Monravá y Roca, 1739, Proêmio). Monravá se refere a Santucci como “recompilador”, considerando que “anatomias deste Anatômico não são suas: tudo o que diz, e o que faz, não é seu; mas será de alguns Livros, dos quais vai recopilando”. (Monravá y Roca, 1739, p. 4).

O conflito instaurado por Monravá é apontado como uma das razões de D. João V decretar a suspensão do ensino de anatomia, em 1739. Outra hipótese aventada era a influência jesuítica no ensino, em particular do padre Carbone, o qual mantinha relações próximas ao rei e chegou a ser provincial dos jesuítas em Portugal (Santos, 1928, p. 137-138). A despeito dos desdobramentos negativos que a suspensão das anatomias teve para o ensino de anatomia em Portugal nesse período, o episódio ilustra o uso do livro como forma de afirmar autoridade sobre determinado campo do saber médico e, ao mesmo tempo, a dimensão que a estratégia retórica assumia no embate entre os médicos.

Quanto à obra de Santucci cabe observar que o fato de ser um compilador de doutrinas, não o tornou objeto apenas das críticas de Monravá, como indica a recepção de sua obra, nos estudos sobre a história da medicina em Portugal. Em artigo publicado na década de 1920, Hermano Neves afirma que Santucci “apresentou como sua uma obra que não passava, afinal, de um resumo da *Anatomia corporis humanii*, de Verheyen traduzido em português”. Procura ainda fundamentar a hipótese de que o livro não fora escrito em português, mas sim em latim e submetido ao padre Segueineau, para que o traduzisse. Do mesmo autor flamengo, “foram copiadas ou imitadas em grande parte as estampas anatómicas do livro português, nem sempre com fidelidade e por vezes até com manifesta negligência do mais rudimentar critério científico” (Neves, 1926, p. 322-343).



**Figura 1:** Detalhe de ilustração extraída da obra de Verheyen (1693) ([https://open-library.org/works/OL15703893W/Corporis\\_humani\\_anatomia](https://open-library.org/works/OL15703893W/Corporis_humani_anatomia)), à esquerda, com a ilustração de Santucci, assinada por Michel Le Bouteaux (1739)

Hermano Neves considera que a iconografia anatômica dos séculos XVI, XVII e XVIII é fértil em casos de apropriação artística, o que se deve atribuir à “dificuldade de obter boas preparações ou bons artistas que as interpretassem, talvez até ambas as razões, legitimam de sobejo factos desta natureza” (Neves, 1926, p. 317). Se tal fato não causa espanto, para o crítico, o grande equívoco de Santucci estaria em não atribuir a verdadeira autoria das imagens. Se por um lado, as análises de Hermano Neves trazem contribuições relevantes para a compreensão do livro do anatomista italiano, por outro, a nosso ver, o juízo crítico formado acerca dos plágios deve ser lido à luz do contexto da ideia de autoria do livro médico no século XVIII, caracterizada por traduções, comentários e apropriações de outros livros, sem que nem sempre o autor de onde se extraiu a informação seja mencionado. Daí essa ser uma escrita compósita e até “promíscua”, conforme o entendi-

mento de Palmira da Fontes Costa (2011, p. 19). Um exemplo desse tipo de apropriação pode ser observado no *Erário Mineral* (1735), obra do cirurgião Luís Gomes Ferreira. Embora tenha valorizado seus inventos e receitas na obra, não deixou de extrair trechos dos livros de um influente médico português da época, João Curvo Semedo, fazendo a menção à autoria de alguns e omitindo de outros. Se pensamos na circulação do saber médico, o compêndio de Santucci pode ser visto como uma das maneiras pelas quais o conhecimento anatômico de outras regiões da Europa foi apropriado em Portugal, viabilizado pela tradução.

O uso do livro e das palavras como “arma” em Portugal não se resumiu ao livro de Monravá. Outros doutores também usaram de suas obras como forma de crítica a determinados preceitos ou obras. Exemplo disso é Manoel de Sá Mattos, que em *Bibliotheca elementar chirurgico-anatomica* (1788) declara que não omitiria nenhum autor português, expondo o parecer sobre suas obras. E se esse “expectável serviço” não agradasse a todos, esperando que ele ocultasse a verdade por patriotismo, bastaria que fosse defendido pelos doutos imparciais (Mattos, 1788, p. XII). Uma das obras objeto das críticas de Sá Matos foi *Portugal Médico*, de Brás Luís de Abreu, impressa em 1726. Matos considerava que o livro daquele médico, apesar de aludir aos “erros e prejuízos que o vulgo recebe nas suas saúdes, quando se deixa persuadir das [...] curas dos médicos, e cirurgiões ignorantes, e dos mais charlatões e adulteradores da medicina”, pouco contribuía para o avanço da medicina no Reino, pois não serviam de aumento às nossas artes, sendo “todo o trabalho e despesa que entrou no seu livro (...) em geral pouco proveitoso (Mattos, 1788, p. 179-180).

### ***O corpo humano: microcosmo e máquina admirável***

Se por um lado, os livros foram instrumentos utilizados como forma de validação do conhecimento e lugar de controvérsias, eles também permitiram identificar as concepções sobre o corpo e os significados da anatomia. Monravá afirmava que a anatomia era útil, em primeiro lugar, para dar graças à Deus pela perfeição da fábrica, em segundo para conhecer as enfermidades externas e internas, em a terceiro, para prognosticar, e em quarto lugar para curar. Para o médico, o corpo também era um microcosmo, um “mundo pequeno” (Monravá, 1725, p. 5-6). Afirmação

semelhante encontramos em uma obra do século XVII, *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia* (1661), de Antonio da Cruz, cirurgião do Hospital Real de Todos os Santos, na qual, dentre os proveitos de se ensinar anatomia, o primeiro era “louvar a onipotência de Deus vista a fábrica e compostura do corpo humano” (Cruz, 1661, p. 12).

Em *Portugal médico*, Brás Luís de Abreu também reitera os benefícios do conhecimento da anatomia, úteis para “um exato conhecimento das partículas enfermas” e fazia conhecer a “onipotência do altíssimo”. Ao anatomizar o corpo, o anatomista explorava diversas regiões do corpo microcosmo, pois “tudo o que se encontra disperso pelo mundo, se encontra resumido no homem” (Abreu, 1726, p. 2-3). Para o médico, as experiências anatômicas eram úteis para conhecer os achaques do corpo, mas eram, sobretudo, incentivo para louvar o “raro artífice desses prodígios, o soberano arquiteto” da suntuosa fábrica do corpo, o “supremo arquétipo deste pequeno mundo, e único anatômico” (Abreu, 1726, p. 93).

Essas passagens remetem à ideia de que a anatomia era uma das formas de reconhecer a grandeza do criador, sendo o homem o espelho da criação divina. Nesse sentido, as imagens anatômicas deixam de ter apenas um valor documental e se tornam um instrumento de pregação, para lembrar o homem das vaidades. Retoma-se aqui a concepção cara ao Renascimento de que a atividade de dissecação de manipulação do cadáver, deve, para ser tolerada na cultura cristã, fazer parte de uma meditação religiosa. Diversas são as gravuras anatômicas que se utilizam das dissecações para lembrar da vaidade da vida, bem como outros símbolos tais como livros, ampulhetas, flores murchas, crânios humanos, que remetem à transitoriedade da vida (Tomicka, 2005). Na cultura barroca o cadáver não se presta apenas ao culto da morte. Essa sensibilidade religiosa imbricava-se, assim, com a ciência médica do período (Gimaret, 2015; Carlino, 1999). Filiando-se a essas ideias, Brás Luís de Abreu via no cadáver a “precisa lembrança da morte” (Abreu, 1726, p.360), fazendo alusão à iconografia do *memento mori*.



**Figura 2:** Gravura representando as vaidades do mundo. *Vanitas*, Anônimo espanhol, século XVIII. Biblioteca Digital Hispánica. <http://bdh.bne.es/bnearch/detalle/bdh0000251259>.

Atrelado à essa representação, o corpo também é visto como um microcosmo, concepção reiterada em outras obras das primeiras décadas do século XVIII, tem suas raízes na Antiguidade Grega, e que continuou a vigorar em diversos textos no Renascimento.. De acordo com Rafael Mandressi, a fragmentação anatômica conviveu durante muito tempo com a ideia de corporeidade fundada no caráter indivisível do corpo humano, até que no século XVII a ideia de fragmentação acabou por dissolver essa concepção unitária. A noção de microcosmo não era apenas metafórica. A teoria dos humores, ligada à tradição hipocrática, estabelece uma correlação entre o mundo e o corpo. Em uma rica tradição astrológica e mágica, presente na medicina lusa do setecentos, o corpo é influenciado também pelos astros (Mandressi, 2003, p. 199).

Os astros exerciam influência sobre o comportamento e a forma assumida pelo corpo humano. Brás Luís de Abreu, defensor da astrologia médica, afirmava que os homens de “compleição saturnina” possuíam uma estatura do corpo “grosseira, avultada e grave, mas com alguma improporção”. O rosto é largo e comprido, a cabeça é “imperfeitamente redonda”, os olhos “negros, grandes e centralmente dispostos, um maior que o outro”, “o nariz; grande, descarnado e agudo” (Abreu, 1726, p. 322-323).

O paradigma do corpo microcosmo esteve presente nesse período em outras obras, como os lunários, espécie de publicação que reunia preceitos sobre astrologia e medicina. O *non plus ultra do lunario, e pronostico perpetuo, geral e particular para todos os reinos e províncias*, composto por Jeronymo Cortês, e traduzido em Lisboa por Antonio Silva de Brito, traz diversas ilustrações do homem microcosmo. Ao mesmo tempo, essa percepção do corpo se ampara em saberes anatômicos, necessários para intervenções no corpo, a exemplo das sangrias. Dessa forma, para fazer as sangrias de forma adequada era preciso saber a localização das veias do corpo, conforme indicava o *Lunário* (Cortez, 1710, p. 204-205).

A leitura dos compêndios relativos à medicina do início do século XVIII indicam que, pelo menos em Portugal, tais concepções persistiram. Muito já se discutiu a ideia de atraso da ciência lusa quando comparada com a ciência em outros territórios europeus. Dentre os obstáculos que se opunham ao desenvolvimento da medicina no Reino, estava o papel exercido pela Inquisição e outros fatores culturais, aspectos que fizeram os chamados “estrangeirados” a serem unânimes quanto à necessidade de renovar as bases epistemológicas da medicina e outras ciências. Apesar disso, alguns estudos têm procurado matizar melhor essa ideia de isolamento científico em Portugal, chamando atenção para a necessidade de compreender a especificidade da cultura lusa no setecentos, bem como as inovações que se apresentaram no campo da medicina (Walker, 2013, p. 91-117; Domingues, 1996). No campo da anatomia, a ideia do corpo microcosmo foi conciliada com as inovações introduzidas nos séculos XVI e XVII. O próprio Luís de Abreu reconhecia que os modernos observavam “novidades que se ocultaram aos antigos”, mencionando a circulação do sangue, descoberta por Harvey (Abreu, 1726, p. 92).



**Figura 3:** Representação do corpo microcosmo. Figura extraída do *lunario, e pronostico perpetuo* (1710). [https://openlibrary.org/books/OL25391035M/O\\_non\\_plus\\_ultra\\_do\\_lunario](https://openlibrary.org/books/OL25391035M/O_non_plus_ultra_do_lunario).

A conciliação entre tradição e inovação foi, portanto, uma característica da medicina em Portugal no setecentos. Se no campo da terapêutica, o contato de cirurgiões e médicos com a América Portuguesa contribuiu para a renovação da farmacopeia lusitana (Furtado, 2007), no tocante à anatomia, pode-se dizer que o contato com livros, traduzidos ou escritos na língua pátria, colaboraram para a renovação do conhecimento acerca do corpo humano. Dessa maneira, ao recopilar diversas teorias, Santucci afirmava que o Corpo humano era uma “máquina composta de partes sólidas, e fluídas, as quais pela ordem, e conexão, que entre si, fazem dia diversos e maravilhosos movimentos. Destes, huns são naturais, e outros voluntários, dependentes da Alma imortal, que informa o mesmo corpo” (Santucci, 1739, p.1). Um dos discípulos de Santucci foi Antonio Gomes Lourenço, Cirurgião-mor do Reino. Em livro onde recopilava as doutrinas dos antigos e modernos, Lou-



renço corroborava as ideias de seu mestre, ao asseverar que na composição do corpo humano se acham “tantas e diversas partes, como se podem achar em toda a máquina do mundo” e que o corpo humano constava de partes sólidas e fluídas (Lourenço, 1761, p.1).

A metáfora do corpo como uma máquina, composto de partes sólidas e fluídas era uma alusão às ideias de Hermann Boerhaave. A concepção iatromecânica respaldava-se na construção intelectual que compara os corpos às máquinas, em que a anatomia é a ciência da “fábrica animada” (Mandressi, 2003, p. 259-260). Nessa perspectiva, a anatomia passava a ser uma forma de compreender a “divisão exata de todas as partes de um corpo, para lhe conhecer a natureza, e a organização de sua máquina”, tal como definia M. Leclerc (1761, p. 1), em obra traduzida para o português pelo boticário francês residente em Lisboa, João Vigier. Importa destacar nesse cenário, o livro do cirurgião Manuel Gomes de Lima Bezerra, *O praticante do hospital convencido* (1756), onde se declarava ser Boerhaave o “novo Hipócrates” daquele século (Bezerra, 1756, Prólogo).

A partir da segunda metade do setecentos, as concepções iatromecânicas se difundiram em Portugal por intermédio das obras de estrangeirados, a exemplo de Jacob de Castro Sarmiento e Ribeiro Sanches e de outros médicos que atuaram em Portugal. Não obstante a recorrência a outras concepções médicas, como o hipocratismo e o animismo, a teoria de Boerhaave representou um fator de transformação na medicina do período e exerceu um papel relevante na reforma do ensino de medicina (Abreu, 2011, p. 113-119; Ribeiro, 2003; Crespo, 1990, p. 68).

### ***Abrir os cadáveres e manchar as mãos***

Para “dar saúde aos enfermos; devem abrir-se os cadáveres dos que morreram por causa de alguma enfermidade; e não duvide o médico manchar as suas mãos para achar a parte que estava a raiz do mal, e conhecer a sua causa” (Santucci, 1739, p. 1). O argumento acima, extraído de Santucci, remete a uma mudança de perspectiva em relação ao ofício dos médicos, que a partir daí deveriam, como faziam os cirurgiões, entrar diretamente em contato com o corpo humano para descobrir as causas das enfermidades e dos óbitos. O entendimento de que a abertura dos cadáveres era o meio mais apropriado para o conhecimento das enfermidades pode parecer trivial à luz

da afirmação acima. Entretanto, como observou Mandressi, as dissecações nem sempre foram o meio “natural” pelo qual se conhecia o corpo humano. “A importância da anatomia não equivale necessariamente à importância das dissecações”, conforme afirma o autor (Mandressi, 2008, p. 417).

Essa percepção dependeu de uma série de mudanças que ocorreram entre o século XVI e o XVII, que colocaram em primeiro plano o papel da experiência no desenvolvimento da anatomia, em que a vista e o tato adquiriram um lugar de primazia no discurso anatômico. Essa reorientação do papel dos estudos anatômicos pode ser sinalizada pela obra de Harvey, *Estudo anatômico sobre o movimento do coração e do sangue nos animais* (1628), que situava a repetição da dissecação como uma oportunidade de revisão de anotações e observações, realizadas anteriormente. Cumpria igualmente “a função metódica de possibilitar o teste, a evidência e a prova do conhecimento em questão, por exemplo, ao manusear novamente o órgão ou a parte do corpo para compreendê-lo” (Dias, 2018, p. 235).

As dissecações contribuíram para a aproximação entre a cirurgia e a medicina, rompendo com o pressuposto de que o médico deveria se ater aos livros e à observação das enfermidades externas, sendo restrito a ele o contato com os corpos e com o sangue, enquanto o cirurgião e o barbeiro ficariam responsáveis pelos cuidados com as feridas, úlceras e outras doenças internas do corpo humano (Breton, 1993, p. 40-42). Nos livros de anatomia e cirurgia impressos em Portugal no setecentos, é possível ver essa reivindicação pela necessidade de transformar o ensino da medicina e, ao mesmo tempo, o papel conferido à cirurgia como indispensável ao médico.

A esse respeito, Santucci dirigia-se aos seus leitores:

Erram os que imaginam que hão de curar com felicidade as doenças, porque sabem muito bem a teórica da Medicina; erra, digo, porque o médico deve saber muito mais para livrar de calúnias arte inocente para dar saúde aos enfermo; devem-se abrir os cadáveres dos que morreram por causa de alguma enfermidade ; e não duvide o Médico manchar as suas mãos para achar a parte em que estava a raiz do mal , e conhecer a sua causa , o êxito dos sintomas antecedentes (Santucci, 1739, fl. 4).

Para o anatomista, além de abrir os cadáveres, os médicos deveriam manchar as mãos de sangue, tal como procediam os cirurgiões e barbeiros. Antes dele, o médico da Universidade de Salamanca, Francisco Soares Ribeiro, no seu *Cirurgia methodica e chymica reformada*, traduzido por Manoel Gomes Pereyra, salientava que os experimentos anatômicos eram muito necessários para a medicina e para os cirurgiões, os quais deveriam ter muito cuidado em suas operações manuais, como tirar o pólipo, realizar a laringoscopia, dentre outras intervenções no corpo humano (Ribeira, 1720, p. 14).

Do mesmo período, é datada a publicação da obra *Cirurgia Anatomica, & Completa* escrita pelo francês Monsieur Le Clere (Daniel Leclerc), traduzida para o português por João Vigier e publicada em Lisboa em 1715.<sup>3</sup> Escrita na forma de “perguntas e respostas”, a obra reforça o lugar dado ao olhar, mas também ao tato:

De que modo se pode ter conhecimento do corpo humano? Pelo estudo da Anatomia. De que modo se aprende a conhecer as doenças que pertencem à Cirurgia; e os remédios, que lhes convém? Por dois modos: Primeiro, pelo estudo dos bons livros, e pelas lições, que se aprendem dos Mestres da Arte. Segundo, pela prática, *que se faz, e que se vê fazer nos doentes* (Le Clere, 1768, p. 3. grifo meu).

Por sua vez, em obra destinada a instruir os sangradores, Gomes Lourenço advogava a necessidade dos que exerciam aquele ofício, conhecerem sobre anatomia, para conhecer as artérias, nervos, músculos e outras partes e para não ofender tais partes com a lanceta (Lourenço, 1741, Prólogo).

No contexto lusitano, apesar do acesso limitado aos cadáveres, noções de anatomia foram relevantes para cirurgiões que atuaram em Portugal e em domínios lusitanos. Muitos conhecimentos práticos foram adquiridos no Hospital Real de Todos os Santos. Segundo dados levantados por Timothy Walker, 60% dos médicos que exerciam o ofício em Lisboa e nos arredores, passaram pela instituição (Walker, 2013, p. 105-107). Um dos cirurgiões que

---

3 Sobre essa obra, ver: (Fleck; Dillmann, 2021). Neste trabalho, utilizamos a edição de 1768.

praticou nesse hospital foi Luís Gomes Ferreira, onde era aprendiz, em 1705.<sup>4</sup> Em uma passagem do *Erário Mineral*, ele afirma ter “visto fazer muitas anatomias no Hospital Real”. Mas, para ter acesso aos cadáveres, o cirurgião se viu obrigado a agir de forma furtiva e invadir a sala de anatomias para medir as tripas de um soldado que faleceu por ser atingido em uma veia perto do bofe por uma faca (Ferreira, 1735, v. 1, p. 364). A aquisição dessas noções de anatomia permitiu que o cirurgião pudesse realizar dissecações quando atuou em Minas Gerais e identificar a causa da morte de escravos. Ainda que se movesse no campo da medicina dos humores, o cirurgião mostrava o quanto o caminho da empiria fora importante para ele tratar as enfermidades na região das Minas.

Outro cirurgião de relevante monta que passou pelo Hospital Real, foi o já citado Manuel Gomes de Lima Bezerra. Com ampla experiência em cirurgia, adquirida em Viana e no Hospital Real,<sup>5</sup> o cirurgião contribuiu por intermédio de sua obra para a dignificação da cirurgia. Conforme assinalou N<sup>o</sup> *Practicante do Hospital Convencido*, para ser bom cirurgião não bastava saber sangrar “sem conhecimento, nem método”. Era preciso saber “Latim, História Natural e a Economia do Corpo Humano”. Na apresentação do tratado, Bezerra afirmava que estava compondo para sair à “luz pública”, uma “História cirúrgica”, na qual iria expor as razões pelas quais a medicina em nada era superior à cirurgia e nem os cirurgiões subalternos dos médicos” (Bezerra, 1756, Prólogo). Em 1759, como forma de dar contornos práticos às suas ideias, Gomes de Lima fundou a Academia Real Cirúrgica Portuense, cujo “objetivo era aperfeiçoar a teoria e a prática da cirurgia e, segundo esta trilha, elaborar um compêndio de Anatomia e outros de Cirurgia, bem como ministrar aulas de Anatomia, Cirurgia e de Arte Obstétrica” (Barreto, 2005, p. 26).

Alguns médicos “estrangeirados” também aderiram à tese da indissociabilidade entre conhecimentos teóricos e práticos para os progressos da medicina. Em *Método para aprender e estudar a medicina* (1763), António Ribeiro Sanches reiterava a relação entre o saber teórico e empírico da anatomia para a compreensão do corpo humano:

---

4 Sobre a trajetória de Luís Gomes Ferreira, ver: (Furtado, 2002, p. 2-30).

5 Sobre a trajetória de Manuel Gomes de Lima Bezerra, ver o estudo de: (Tavares, 2008). Agradeço à Eliane Fleck a cessão de cópia de parte do livro.

A Anatomia, ou a Antropografia é a porta para entrar na Ciência do corpo são e enfermo. A excelência deste estudo não consiste em disputar, ler continuamente, e exercitar-se compondo discursos literários: é necessário exercitarem-se as mãos e os olhos na investigação das partes do corpo humano, tanto como na leitura que trata das mesmas partes (Sanches, 2003, p. 20).

Ao lado de outros médicos, como Jacob de Castro Sarmiento e Sachetti Barbosa, Ribeiro Sanches teve um papel preponderante na reforma dos Estatutos Médicos, da Universidade de Coimbra, em 1772.<sup>6</sup> A reforma da Universidade e do ensino médico incorporaram a retórica do atraso da ciência praticada em Portugal até aquele período, e seus idealizadores preconizavam a renovação do ensino médico com base na experiência e introdução dos preceitos modernos. Nesse sentido, os Estatutos redefiniram a hierarquia dos estudos cirúrgicos na formação dos médicos, determinando que a cirurgia estudada e praticada na Universidade fosse considerada da “mesma graduação e nobreza” que até então havia sido concedida à medicina interna. Além disso, o divórcio entre a medicina e cirurgia passou a ser visto como “prejudicial aos progressos da arte de curar, e funesto à vida dos homens não sendo possível que seja bom médico, quem não for ao mesmo tempo cirurgião”, determinando que “sejam todos os médicos ao mesmo tempo cirurgiões” (Estatutos, 1773, v. 3, p. 29-30).

Via de regra, os tratados publicados e traduzidos em Portugal nas últimas décadas do setecentos partilhavam desses mesmos princípios. O cirurgião francês Jorge de La Faye, em *Princípios de cirurgia* (1787), considerava o corpo humano, vivo ou morto, objeto da cirurgia. Segundo afirmava, a cirurgia “conserva a saúde do corpo humano, cura-lhes as enfermidades [e] depois de morto anatomizando-o o considera para conhecer a estrutura”. O cirurgião defendeu, assim, a necessidade de unir teoria e prática, pois “uma outra se esclarecem mutuamente. Os preceitos abrem o caminho à prática, e a prática dá muitas vezes lugar a fazer novos preceitos, ou a corrigir os antigos” (La Faye, 1787, Tomo I, p. XIII).

A partir dos exemplos acima, pode-se considerar que ao longo do século XVIII, o conhecimento sobre o corpo em Portugal foi marcado pela concilia-

---

6 Para aspectos mais específicos da reforma da medicina nos Estatutos ver, dentre outros: (Pità, 2000).

ção entre diferentes tradições do saber médico, perceptíveis a partir dos livros de anatomia e cirurgia. A partir de meados do setecentos, a anatomia passou a ser o caminho pelo qual os médicos e cirurgiões buscaram defender a aproximação entre esses dois ofícios. Essa ciência ensinava a ver e observar as causas das enfermidades, mas também permitiu que as mãos explorassem o corpo e desvelassem a perfeição do criador e a máquina do mundo.

## Referências

ABREU, B. L. de. *Portugal Medico ou Monarchia medico-lusitana: historica, practica, symbolica, ethica, e politica. Fundada e comprehendida no dillatado ambito de dous mundos creados Macrocosmo, e Microcosmo repartida e demarcada em tres amplissimos reynos: animal, vegetal e mineral...* Parte I. Coimbra: na Officina de Joam Antunes, mercador de livros, 1726.

ABREU, J. L. N. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

ANDRADE, A. A. de. *Verney e a cultura de seu tempo*. Coleção Acta Universitatis Conimbrensis. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1965.

BARRETO, M. R. *A medicina Luso-Brasileira: Instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808–1851)*. Tese. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências de Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), 2005.

BEZERRA, M. G. de L. *O Practicante do Hospital Convencido. Dialogo Chirurgico sobre a inflammação fundado nas doutrinas do incomparavel Boerhaave e adornado de algumas observaçoens chirurgicas*. Porto: Of. Episcopal do Capitão Manuel Pedroso Coimbra, 1756.

BRETON, D. Le. *La chair à vif: usages médicaux et mondains du corps humain*. Paris: Métailié, 1993.

CARLINO, A. L'impératif métaphorique. Quelques réflexions autour de l'illustration anatomique, XVe-XVIIIe siècles, *Traverse. Zeitschrift für Geschichte*, Zurich, tome VI, fasc. 3, 1999, p. 23-34.

CORTEZ, Jeronymo. *O non plus ultra do lunario, e pronostico perpetuo, geral e particular para todos os reinos e provincias* [emendado conforme o Expurgatorio da Santa Inquisição, e traduzido em Portuguez por António da Sylva de Brito], s.l. 1710.

COSTA, P. F. da. Os livros e a ordem do saber médico: perspectiva historiográfica In: COSTA, P.F. da; CARDOSO, A. (Org.). *Percursos na história do livro médico (1450-1800)*. Lisboa: Edições Colibri, 2011, p.19-21.

CRESPO, Jorge. *A história do corpo*. Lisboa: DIFEL, 1990.

DIAS, João. Notas sobre a atitude moderna e o corpo: dissecação, registro visual, demonstração e experimentos. *Movimento*, Porto Alegre, v. 24, n. 1., p. 227-238, jan./mar. 2018.

DOMINGUES, Beatriz Helena. *Tradição na modernidade e modernidade na tradição: a modernidade ibérica e a revolução copernicana*. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1996.

*ESTATUTOS da Universidade de Coimbra: Compilados Debaixo Da Immediata E Suprema Inspeção De El Rei D. José I*. Livro ... Que Contém Os Cursos Das Sciencias Naturaes E Filosoficas, v. 3. Lisboa: Regia Officina Typografica, 1773.

FLECK, E. C. D., DILLMANN, M. “Esta receita é maravilhosa”: saberes e práticas curativas na literatura médica publicada em Portugal na primeira metade do século XVIII, *História (São Paulo)*, v. 40, p. 1-26, 2021.

TOMICKA, J.A. Le paysage en Vanité dans l'art graphique européen, XVIe-XVIIIe siècles. Pistes de lecture, *Littératures classiques*, v. 56, n. 1, pp. 187-197, 2005

FURTADO, J. F. Arte e segredo: o licenciado Luís Gomes Ferreira e seu caleidoscópio de imagens. In: FURTADO, Júnia F (Org.). FERREIRA, Luís Gomes. *Erário Mineral*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 3-30.

GIMARET, A. Représenter le corps anatomisé aux XVIe et XVIIe siècles: entre curiosité et vanité, *Études Épistémè* [Online], 27, 2015, Disponível em: <http://journals.openedition.org/episteme/501>.

LA FAYE, J. de. *Princípios de cirurgia: nova edição correcta e augmentada*, traduzida do idioma francez em portuguez por Silvestre José de Carvalho. Lisboa: Simão Tadeo Ferreira, 1787, tomo I.

LE CLERC, M. (Charles Gabriel). *Cirurgia anatomica, e completa por perguntas, e respostas, que contêm os seus principios ... e todas as operações cirurgicas. O modo de fazer a panacèa mercurial, e de compôr os remedios mais usados na cirurgia ...* Traduzida em portuguez por J. Vigier. Lisboa: Na Officina da Viuva de Ignacio Nog. Xisto, 1768, p. 6. Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/scark7dv>.

LEITÃO, Manoel José. *Tratado completo de anatomia e cirurgia com um resumo da historia da anatomia e Cirurgia seus progressos e estado dela em Portugal offerecido à Real Junta do Proto-Medicato*. Lisboa: Antonio Gomes, 1788.

LOURENÇO, A. G. *Arte phlebotomanica anatomica, medica, e cirúrgica*. Lisboa: Na Officina de Pedro Ferreira, 1741.

LOURENÇO, A. G. *Cirurgia classica, lusitana, anatomica, farmaceutica, medica, a mais moderna: segunda parte em que se da huma brevissima noticia anatomica do corpo humano*. Segunda parte. na Officina patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1761.

MANDRESSI, R. Dissecções e anatomia, In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J; VIGARELLO, G. *História do corpo 1: da Renascença às Luzes*. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. v. 1, cap. 6, p. 411-440.

MATTOS, Manoel de Sá. *Bibliotheca elementar Chirurgico-anatomica, ou, Compendio histórico – critico, e chronologico sobre a cirurgia e a anatomia*. Porto: Na officina de Antonio Alvarez Ribeiro, 1788.

MONRAVÁ Y ROCA, A. de. *Breve curso de nueva cirugia*. Lisboa occidental: en la Imprenta de Musica, 1725, Tomo I e II.

MONRAVÀ Y ROCA, A. de. *Desterro crítico de falsas Anatomias, que um anatomico novo deu á luz em Lisboa neste presente anno de 1739*. Lisboa Occidental: Officina. de Antonio Isidoro da Fonseca, Impressor do Duque Estribeiro Mòr, 1739.

MUZZI, E. S. Ouro, poesia e medicina: os poemas introdutórios ao erário mineral In: FERREIRA, L. G. *Erário mineral*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. (Edição Organizada por Júnia Ferreira Furtado), 2 Volumes, v.1.



NEVES, H. O livro de Bernardo Santucci, e a “Anatomia corporis humanii” de Verheyen: contribuição para o estudo da obra do anatómico cortonense, *Arquivo de anatomia e antropologia*, n. 10, p. 315-346, 1926.

PÊCORÁ, Alcir. *Máquina de Gêneros*. São Paulo: Edusp, 2001.

PITA, J. Medicina, cirurgia e arte farmacêutica na reforma pombalina da Universidade de Coimbra In: ARAÚJO, Ana Cristina (Coord.). *O marquês de Pombal e a universidade de Coimbra*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2000, p. 129-162.

RIBEIRA, F. S. *Cirurgia metódica e química reformada*. (s. l), 1720.

RIBEIRO, M. M. *Exorcistas e demônios: demonologia e exorcismo no mundo luso-brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

SANCHES, A. R. *Método para aprender e estudar a Medicina* (1763). Universidade da Beira Interior Covilhã – Portugal, 2003.

SANTOS, S. C. Os mestres de anatomia e o ensino da cirurgia no Hospital Real de Todos os Santos no século XVIII. *Arquivo de anatomia y antropologia*. v. 12, p.195-311, 1928.

TAVARES, P. V. B. Manuel Gomes de Lima Bezerra: o discurso ilustrado pela dignificação da cirurgia, Península, *Revista de Estudos Ibéricos*, n.º 5, p. 83-9, 2008.

VERHEYEN, Ph. *Corporis humani anatomia: in qua omnia tam veterum, quam recentiorum anatomicarum inventa methodo novâ & intellectu facillimâ describuntur, ac tabulis aeneis repraesentantur*. Lovanii : Apud Aegidium Denique, 1693.

WALKER, T. D. *Médicos, medicina popular e inquisição: a repressão das curas mágicas em Portugal durante o Iluminismo*. Rio de Janeiro/Lisboa: Editora Fiocruz/ICS, 2013.

## 2

# Saúde, segurança e governamentalidade cidadina no Tratado da Conservação da Saúde dos Povos, de António Nunes Ribeiro Sanches (1757)

Patrícia M. S. Merlo<sup>1</sup>

Eduardo Gomes Molulo Moisés<sup>2</sup>

### *Introdução*

A Europa passou, durante a Modernidade<sup>3</sup>, por uma série de transformações em suas estruturas culturais, políticas e sociais. Dessa forma, ao estudarmos o período, nos é possível estabelecer uma posição crítica que, mesmo recusando a ideia de total ruptura com a época anterior – a Idade Média de quem tanto herdou –, não nos impede de reconhecer as mudanças que caracterizaram a transição para um novo momento no quadro geral do continente (Oliveira; Merlo, 2015, p. 4).

Nesse contexto, um dos elementos mais marcantes do estabelecimento dos tempos modernos foi o crescimento da urbanização. Com efeito, após o

---

1 Doutora em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Professora do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenadora do laboratório Saberes e Sabores: História da Alimentação e das Práticas de Cura/UFES.

2 Mestrando em História pela Universidade Federal do Espírito Santo. Membro do laboratório Saberes e Sabores: História da Alimentação e das Práticas de Cura/UFES.

3 Para os propósitos deste trabalho, compreendemos a Modernidade como um período de aceleração que começou a se formar a partir de meados do século XV. Com efeito, graças aos avanços técnicos e às interações intercontinentais, a partir dessa época teve início um processo gradativo de transformações na própria relação que os indivíduos estabeleciam com o tempo. Somadas à formação de novos conceitos histórico-temporais e à superação da visão escatológica do mundo, essas dinâmicas levaram a uma gradual ampliação do horizonte de expectativas das populações europeias, que doravante viam-se direcionadas a um futuro de possibilidades. Para uma discussão sobre esta temática, ver: KOSELLECK, Reinhart. **Futuro Passado**: contribuição à semântica dos tempos históricos. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006, p. 267-303.

processo de centralização territorial levado a cabo nas lutas pelo poder que resultaram na preeminência da figura do rei, o meio cidadão se constituiu enquanto lugar destacado da habitação durante a Modernidade. Para isso colaborou, entre outras coisas, o fato de ter sido nas cidades que o monarca estabeleceu o monopólio da tributação que serviu como uma das bases nas quais se assentou sua autoridade (Elias, 1993, p. 171-190).

Dessa maneira, entre os séculos XVI e XVIII, os complexos urbanos passaram por um progressivo crescimento: segundo estimativas, se em 1500 apenas quatro cidades europeias – Istambul, Nápoles, Paris e Veneza – contavam com mais de cem mil pessoas, em fins do Setecentos, esse número era de 23. Em 1796, por exemplo, cerca de 556 mil pessoas residiam em Paris, e Londres comportava mais de um milhão de habitantes em 1800 (Roche, 2004, p. 49; Burke, 1978, p. 244).

E com a expansão da malha cidadina, também a política europeia foi profundamente impactada. Assim, cabe destacar que a complexificação engendrada pela cada vez maior reunião de pessoas em um território limitado como é o das cidades impôs uma série de desafios ao governo central. Diante desse fato, a resposta das monarquias estabelecidas foi o desenvolvimento de uma estrutura burocrática que serviria como sustentáculo de sua atuação pelos territórios estatais, de modo a impedir o fortalecimento de adversários e a atividade de forças desagregadoras (Elias, 1993; Mumford, 1998, p. 382-387).

Contudo, não foi apenas com os inúmeros riscos de instabilidade no seio da aristocracia e de perda de poder face a outros contendentes que a monarquia teve que lidar ao longo dos séculos em que vigorou como principal regime de governo na Europa. Pelo contrário, uma vez estabelecida, cabia à Coroa agir no sentido de garantir que os grupos humanos que a sustentavam se mantivessem controlados e, como veremos com mais detalhes, seguros no espaço que era comandado pelo rei.

Ora, diversas foram as obras publicadas ao longo do Período Moderno visando orientar os governantes sobre a melhor forma de administrar seu território e a população que o compunha. Dentre as mais famosas está *O Príncipe* (1976), obra do pensador florentino Nicolau Maquiavel (1469-1527). Nela, o autor apresenta uma série de princípios pautados na flexibilidade moral – chamada por ele de *virtú* – e que se voltam, em última

instância, a garantir àquele que exerce o poder o pleno controle de seu principado. Assim, para Maquiavel o príncipe deveria estar pronto para agir de maneira a manter a cidade em suas mãos, mesmo que para isso necessite ir de encontro aos princípios elencados pela moral cristã. Nesse processo, aos habitantes da cidade dominada não é reservado um repertório de ações diferente daquele destinado aos inimigos, e se na balança política seria ideal que a amabilidade e a cólera principesca se equilibrassem, a realidade presupunha que o governante deveria preferir despertar o temor ao amor.

No século XVII, o filósofo Thomas Hobbes (1588-1679) apresentou sob novas bases a relação entre soberano e súditos. Em sua obra de 1651, intitulada *Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil* (2003), o pensador propôs a existência de um Estado pautado em um pacto socialmente gerado entre os indivíduos, que antes viviam em um Estado de Natureza no qual tinham arbítrio irrestrito, com o ônus de cultivarem uma profunda insegurança e temor em todas as áreas de sua existência. Diante desta realidade, em conjunto eles aceitam entregar parte de sua liberdade em favor da certeza de proteção: assim é gerado o corpo institucional estatal que, tendo à sua testa o governante absoluto, funciona como uma máquina jurídica fundamentada no poder real.

No século XVIII, no entanto, a própria relação entre o espaço habitado, seus ocupantes e a estrutura governativa se modificou. De fato, o Setecentos foi marcado, entre outras coisas, por diversas transformações econômicas e sociais ocorridas na Europa que tiveram reflexos diretos na organização da malha citadina. O desenvolvimento das trocas comerciais e o crescimento demográfico tornaram o relativo encerramento dos complexos urbanos no interior de seus muros um contrassenso. Cabia, então, ao governante garantir que, de modo controlado e vigiado, fosse possível “[...] ressituar a cidade num espaço de circulação [...]” (Foucault, 2008, p. 17).

Todavia, falar sobre a garantia de fluxos circulatórios no período do qual tratamos é algo delicado. Primeiramente, cabe salientar que os movimentos citadinos anotados no século XVIII não envolviam apenas capitais e produtos, mas também uma série de pessoas que carregavam consigo todo um conjunto de fluidos elementares que impactavam sobremaneira o espaço pelo qual passavam, em um período em que, apesar dos avanços da Nova

Ciência<sup>4</sup>, ainda era muito presente a ideia de corpo-microcosmo, intimamente associada à teoria dos miasmas (Abreu, 2006).

Vale lembrar que desde a Antiguidade a qualidade do ar respirado era um dos fatores primordiais a serem observados para a garantia da boa saúde, sendo os textos hipocráticos<sup>5</sup> enfáticos na associação entre o que era inalado pelos indivíduos e a sua constituição interna. Já no século XVIII, com a soma dos preceitos de Hipócrates aos avanços no conhecimento químico levados à frente por estudiosos como Antoine Lavoisier (1743-1794) e Stephen Hales (1677-1761), “[...] havia concordância de que o ar era um “caldo pavoroso” no qual se misturavam fumaças, enxofres, vapores e os “miasmas contagiosos” [...]” (Abreu, 2012, p. 175).

Sendo assim, o governante deveria despender esforços para organizar o espaço citadino de modo a torná-lo um local cujos elementos positivos fossem maximizados e os negativos minimizados. Por exemplo, seria necessário garantir que a estrutura urbana favorecesse a circulação do ar e das águas, facilitasse o trânsito de pessoas e de mercadorias e dificultasse a proliferação de doenças e a ocorrência de roubos, de modo a “jogar” com as probabilidades e as estimativas e garantir a *segurança* dos habitantes da urbe (Foulcault, 2008, p. 25-27).

Neste trabalho, nosso foco se volta precisamente a esta temática. Observando o contexto português de meados do século XVIII, nosso objetivo

---

4 Esta Nova Ciência surgiu entre meados do século XVI e XVII, refletindo um movimento paulatino e generalizado do ambiente intelectual e cultural do Ocidente europeu. Marcada pela substituição da metafísica e da Ciência Escolástica, tal transformação da realidade científica na Europa levou à valorização do racionalismo e do mecanicismo, o que por sua vez permitiu uma “desassociação” entre os indivíduos e a Natureza, de modo que esta se tornou passível de uma matematização e de ser conhecida por meio do estudo de seus fenômenos. Ademais, a partir de então o ser humano pôde se destacar do mundo natural e estabelecer sobre ele sua dominação. Para mais detalhes, ver: Soares, Luis Carlos. O nascimento da ciência moderna: os caminhos diversos da Revolução Científica nos séculos XVI e XVII. In.: Soares, Luis Carlos. **Da Revolução Científica à Big (Business) Science**: Cinco Ensaios de História da Ciência e da Tecnologia. São Paulo: Hucitec; Niterói: EdUFF, 2001, p. 17-66.

5 Tratamos aqui do conjunto de textos publicados entre os séculos V a. C. e IV a. C. como parte do Corpus Hippocraticum e que, sendo de autoria plural, foram associados à figura do médico grego Hipócrates de Cós (460 a. C. – 375 a. C.). Cabe aqui destacar *Dos ventos e Doença sagrada*, dois tratados do Corpus que se voltam a promover uma associação entre a doutrina pneumática e a doutrina hipocrática dos humores. Lembrando que, segundo os ensinamentos hipocráticos, o sangue e o ar são as duas únicas substâncias que percorrem o corpo saudável de forma livre (Frias, 2005, p. 51-52). Para mais detalhes sobre o conjunto dos textos hipocráticos, ver Frias, Ivan. **Doença do corpo, doença da alma**: medicina e filosofia na Grécia clássica. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

é compreender as propostas de reformas das cidades de modo a atender às exigências sanitárias do período. Para isso, utilizaremos como fonte o *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* (1757), obra escrita pelo médico português António Nunes Ribeiro Sanches (1699-1783). A partir dos conceitos de *dispositivos de segurança, população e governamentalidade* do filósofo francês Michel Foucault (2008), buscaremos entender as medidas indicadas por Ribeiro Sanches para tornar as cidades lusas espaços planejados de modo a garantir a higidez das populações. Antes de debatermos as proposições do pensador, contudo, é necessário tratar com mais detalhes da realidade citadina ao longo do Setecentos e do caso específico do reino português.

### ***A cidade setecentista e a problemática da segurança sanitária***

A Modernidade europeia foi marcada sobremaneira pelo crescimento urbano, tendo sido assinalado ao longo de todo o continente um desenvolvimento das cidades tanto no que se refere ao seu tamanho quanto ao seu número de habitantes. Assim, entre os séculos XVI e XVIII foi anotada uma redução superior a 40% na distância entre os núcleos citadinos, sendo que entre aqueles que continham em torno de 10.000 residentes a separação média passou de 115 para 66 quilômetros, em um processo que alcançou seu ápice no Setecentos (Zeller, 2003, n.p.).

Estruturalmente falando, a arquitetura das cidades foi muito influenciada pelo modelo francês, sobretudo aquele definido a partir do reinado de Luís XIV (1638-1715). Dessa maneira, através de seus parques, jardins e monumentos, a França do Rei Sol lançou as bases do espetáculo citadino, que seriam reproduzidas em outros Estados setecentistas (Baeta, 2017, p. 110-111).

No entanto, não era apenas com a estética espetacular que os arquitetos do período tinham que se preocupar no momento de conceber seus projetos. Pelo contrário, as cidades deveriam também ser pensadas racionalmente, de modo a garantir que seus edifícios, ruas e demais espaços permitissem a boa vivência das populações, o que pressupunha, entre outros fatores, que fosse dada atenção à questão de sua salubridade (Abreu, 2006).

Nesse sentido, cabe lembrar que durante o século XVIII os Estados tiveram uma especial preocupação com a composição do ar que rondava os espaços compartilhados pelo povo. A consciência de que todos os corpos,

tanto sólidos quanto líquidos, dispersavam partículas no ambiente, somada à influência dos gases sobre os seres humanos pelo simples contato com a pele, mas também por tudo que ingeriam – do próprio ar inalado aos alimentos consumidos –, fez com que surgisse no Século das Luzes a necessidade de se combater as diferentes formas de contaminação. Dessa maneira, os agentes estatais se lançaram em uma guerra contra os odores miasmáticos que a todo momento impregnavam e traziam o risco contínuo de doenças aos sujeitos (Corbin, 2016).

Desodorizar as ruas e transformar as cidades em locais propícios à circulação se tornaram, então, as principais tarefas a ser completadas nas cidades. A partir de meados do Setecentos, portanto, os grandes centros da Europa passaram a investir na drenagem de buracos nas vias urbanas, na canalização dos dejetos humanos para os esgotos, na limpeza dos muros, no calçamento das vias e em todo um conjunto de medidas de sanitização (Corbin, 2016; Sennett, 2003, p. 220).

O caso francês é, nesse sentido, muito característico, visto que desde a primeira metade do século XVIII, seus governantes passaram a se preocupar com a salubridade das cidades. Assim, na década de 1720 foram emitidas ordens para que os responsáveis pela limpeza fossem impedidos de despejar o lixo recolhido nos poços e em outros fluxos aquosos, devendo inclusive deixar de descartá-los no Rio Sena. Além disso, instou-se para que tais profissionais tivessem maior cuidado em seus trabalhos, se guardando de utilizar recipientes perfurados para recolher o material descartável e devendo limpar de forma minuciosa o espaço que percorreram anteriormente, de modo a garantir um maior asseio com as ruas e avenidas. Ademais, toda uma série de políticas de desinfecção, pavimentação e drenagem dos terrenos foi promovida visando impedir que a sujeira tivesse lugar no ambiente citadino. Prova maior disso é o fato de, em 1777, um grupo de dezenas de intelectuais, entre os quais encontramos nomes como os de Louis-Bernard Guyton de Morveau (1737-1816), Jean-François Pilâtre de Rozier (1754-1785) e o já mencionado Lavoisier, terem se lançado à empreitada de pesquisar o melhor desinfetante para as fossas (Corbin, 2016, p. 89).

Também Londres passou por investimentos em sua estrutura urbana com vistas a melhorar a qualidade da limpeza pública. Assim, a partir de meados do século XVIII, os habitantes viram a cidade renovar seu pavi-

mento e receber um novo sistema de esgoto que substituiu os velhos bueiros e melhorou o descarte da água suja e dos dejetos gerados pela população (Sennett, 2003, p. 220). A pavimentação londrina, inclusive, influenciou outras urbes inglesas: seguindo o exemplo da capital, Westminster votou seu Ato de Pavimentação em 1762; Manchester, em 1776. Ademais, é curioso perceber que na década de 1780 visitantes ficavam maravilhados com a iluminação, o suprimento hídrico e as cloacas da metrópole inglesa (Rosen, 1994, p. 127-128).

E, tão importante quanto se preocupar com o controle da sujeira urbana e com a qualidade do ar, era necessário assegurar a ventilação dos espaços. Garantir a circulação aérea era, segundo as perspectivas da época, possibilitar a renovação e, por extensão, a elasticidade e o poder desinfetante dos ventos, que terminariam por agir até mesmo sobre as águas paradas. Para impedir a estagnação do ar, inclusive, a partir da década de 1730 diferentes sábios desenvolveram equipamentos que, tendo mecânicas diversas, ganharam o nome de *ventilador*. Ademais, hospitais, prisões, embarcações e mesmo as residências foram objeto de discussões e de iniciativas dos agentes de instituições científicas e estatais preocupados em manter o constante fluxo de ar (Corbin, 2016).

Ora, podemos perceber através dos exemplos expostos acima uma mudança operada a partir do Setecentos e que teve grande impacto na saúde dos povos: se antes a atuação dos entes públicos se voltava muitas vezes a remediar crises, como era o caso dos surtos de peste que reiteradamente atingiam as cidades<sup>6</sup>, os governantes passaram então a se atentar para medidas que visavam, antes de tudo, impedir o surgimento de tais problemas. Dessa maneira, os gestores se ocuparam cada vez mais com a adoção de um conjunto de procedimentos, saberes e técnicas objetivando estabelecer planos para lidar com as variáveis diversas que poderiam se apresentar na vida das populações ou, segundo Foucault (2008), implantar *dispositivos de segurança*.

A noção foucaultiana de *dispositivo* se refere a um cruzamento de elementos discursivos e não-discursivos de caráter diverso – institucional, jurídico, moral, filosófico, etc. –, que estabelecem uma relação própria com

---

6 Segundo o historiador Jean Delumeau (2009, p. 154-155), entre meados do século XIV e o início do século XVI, anualmente eram anotados surtos de peste em algum local do Ocidente europeu. E, apesar de as ocorrências da doença terem diminuído após o início do Seiscentos, ela de modo algum deixou de abalar as cidades do Continente.



determinados conhecimentos e desempenham papel estratégico em um dado momento histórico<sup>7</sup>. Assim, segundo o filósofo:

[...] O dispositivo está, então, sempre inscrito em um jogo de poder, mas sempre ligado, também, a um ou alguns limites de saber, que nascem dele, mas também o condicionam. É isto o dispositivo: estratégias de relações de forças suportando tipos de saber e suportadas por eles [...] (Foucault, 2014, p. 47)

Dessa maneira, ao falarmos de *dispositivos de segurança*, estamos nos referindo ao conjunto de medidas estabelecidas a partir do século XVIII para, através de dados apreendidos no seio das populações – poderíamos mencionar, por exemplo, os levantamentos referentes ao número de nascimentos e de mortes –, serem definidas formas de atuação diante de uma determinada realidade. Assim, segundo Foucault (2008, p. 27):

[...] a segurança vai procurar criar um ambiente em função de acontecimentos ou séries de acontecimentos ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável. O espaço próprio da segurança remete portanto a uma série de acontecimentos possíveis, remete ao temporal e ao aleatório, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever num espaço dado [...]

Cuidar do planejamento arquitetônico dos centros urbanos, desaglomerar os espaços públicos, melhorar a circulação das correntes de água e de ar: eis algumas das formas de se estabelecer mecanismos de segurança. A partir de então, seria o fenômeno enquanto algo que impacta a coletividade, e não o desvio de indivíduos que deveria ser considerado pelos que estavam à frente do governo. Já não bastava buscar definir o normal e o anormal a partir de uma norma pré-estabelecida mas, pelo contrário, fazia-se necessário determinar as próprias linhas de normalidade através do conhecimento do território para que então fossem feitas projeções diversas, a serem administradas do melhor jeito possível (Foucault, 2008).

---

7 Para uma análise mais aprofundada do conceito foucaultiano de dispositivo, ver: Agamben, Giorgio. O que é um dispositivo? In.: Agamben, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó: Argos, 2009, p. 25-51.

Dessa forma, fica evidente que a atuação dos serviços de saúde não se centrava no corpo individual – ainda que no trato deste também a medicina muito tenha evoluído no Século das Luzes<sup>8</sup> –, mas sim no organismo social, representado pela figura da cidade. Cuidar dos espaços citadinos e evitar que os locais públicos contrariassem os princípios adequados à manutenção da boa saúde era, em última instância, uma forma de combater *en avance* doenças com potencial endêmico ou epidêmico. Assim, podemos afirmar que a busca do bem-estar no Setecentos passava pela medicalização da urbe (Foucault, 1998).

E todas essas transformações do fenômeno urbano em sua relação com as políticas de saúde envolveram mudanças na própria importância dada a esse ente a que chamamos de *população*. Com a introdução de tal conceito, Foucault visa demonstrar o surgimento de uma nova dinâmica de poder exercido sobre o ser humano enquanto espécie, isto é, enquanto sujeito coletivo passível de ser pensado em sua existência como conjunto. Em outras palavras, longe de disciplinar o indivíduo e de tê-lo como fim, esse novo regime de poder o toma apenas como meio que levaria à composição da multiplicidade (Foucault, 2008, p. 56).

A *população* não surgiu no século XVIII, mas foi especialmente nesta centúria que ela ganhou relevância enquanto ente a ser considerado na organização da sociedade. Dessa maneira, o governante setecentista teve que aprender a lidar com o conjunto populacional, de modo a exercer sua ingerência sobre ele ao mesmo tempo em que atendia às suas necessidades. Surge assim a dinâmica da *governamentalidade*, entendida como um emaranhado de raciocínios e procedimentos ancorados nos dispositivos de segurança e em diversos saberes que, uma vez associados, possibilitariam uma nova economia do poder direcionada à população (Foucault, 2008, p. 143-144).

Conforme veremos, muitas das propostas de Ribeiro Sanches apontavam para essa direção. O médico, que deixou definitivamente Portugal em

---

8 Nesse sentido, as transformações já citadas ao longo do trabalho, como o surgimento da Nova Ciência e a defesa de seus adeptos de práticas experimentais adequadas aos princípios racionais, se somam a outras, que foram desdobramentos da própria Revolução Científica do século XVII. Entre estes, podemos citar o desenvolvimento dos estudos de anatomia e a própria mudança de estatuto que gozava a figura do médico, que passou a partir de então a dever conhecer as enfermidades humanas da mesma forma que os naturalistas conheciam as espécies vegetais (Merlo, 2015).

1726, viveu uma vida repleta de deslocamentos, passando por locais como Londres, São Petersburgo – onde viveu de 1731 a 1747, atuando por um breve período nas investidas russas sobre a região da Criméia, entre 1735 e 1736 – e Paris. Ao longo desse percurso, lhe foi possível acessar conhecimentos de diversas figuras de renome no cenário científico europeu do século XVIII, como Denis Diderot (1713-1784), Jean le Rond d'Alembert (1717-1783) e Herman Boerhaave (1668-1738). Com isso, Ribeiro Sanches pôde fornecer a Portugal uma série de saberes construídos de acordo com a Nova Ciência ilustrada que grassava pela Europa, apoiada em princípios do empirismo e do racionalismo – ainda que, no caso do saber médico, não tenha rompido com os preceitos vindos da Antiguidade –, tendo colaborado com propostas para as áreas da educação, da política e da medicina (Assis, 2016).

A partir desses fundamentos, ao refletir sobre a saúde, o médico português pensava que o desenvolvimento social de Portugal residia em um esforço conjunto da sociedade civil com o Estado, que deveria construir as bases de uma medicina política ancorada na reunião de conhecimentos em diversos campos, com vistas a otimizar a preservação do espaço. Entre suas propostas, por exemplo, estava a de criar um tribunal de Medicina controlado pelo Estado e que deveria receber de forma periódica relatórios contendo informações sobre as águas dos rios, índices de natalidade e de mortalidade, sobre os profissionais envolvidos nos serviços de saúde – médicos, boticários, cirurgiões e parteiras – e sobre as epidemias e endemias que rondavam o território (Boto, 1998, p. 114).

Ademais, é possível identificar uma série de indicações para a adoção de mecanismos direcionados à segurança da população urbana em sua obra *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*. Ao longo de suas páginas, podemos encontrar diversos métodos de cuidado com as residências e demais espaços citadinos, bem como uma série de conhecimentos desenvolvidos no período e que muito colaboraram para o avanço das práticas de eliminação de fluídos miasmáticos. Antes de tratar deste assunto, no entanto, são necessárias algumas considerações sobre o caso específico das cidades portuguesas ao longo do século XVIII.

### ***A estrutura urbana portuguesa no século XVIII***

Portugal passou, ao longo do Setecentos, por uma série de reviravoltas de ordem social, política e, como veremos, até mesmo natural, que levaram a impactos em todas as áreas da sociedade, inclusive na estrutura e nas prá-

ticas no interior dos conjuntos urbanos. Dessa forma, é possível perceber no decorrer da centúria como as cidades lusas foram palco de mudanças que refletiam as decisões administrativas tomadas face às conjunturas diversas – e, muitas vezes, adversas – que se impunham.

De início, faz-se necessário salientar que a primeira década do século XVIII em Portugal foi marcada por conflitos bélicos e pela escassez. O envolvimento na Guerra da Sucessão de Espanha (1703-1713) e a assinatura com os ingleses do Tratado de Methuen (1703) levaram ao estabelecimento de uma aliança cada vez mais estreita com a Inglaterra. Era nesse passo que as coisas estavam quando, em 9 de dezembro de 1706, morreu o rei D. Pedro II (1647-1706), sendo sucedido por seu filho, D. João V (1689-1750), que assumiu a coroa em 1 de janeiro de 1707 (Monteiro, 2000, p. 135).

Durante o longo reinado joanino, Portugal viveu um período de grande crescimento, o que se deve, em larga medida, à descoberta de ouro em sua colônia na América. Assim, a riqueza proporcionada pela extração aurífera permitiu a D. João desenvolver em torno de sua figura um rico aparato imagético e político, reunindo investimentos no campo das artes e dos rituais cortesãos com uma suntuosidade equivalente à de Luís XIV. Não à toa, o monarca chegou a ser conhecido como o Rei Sol Português (Viana Junior, 2015, p. 87).

Mas, se a Corte joanina se destaca quando comparada à de outros reis portugueses, é fato que as cidades lusas da primeira metade do Século das Luzes também passaram por grandes investimentos. E nesse sentido, o melhor exemplo é o de Lisboa. Como território no qual se situavam as principais instituições do reino, incluindo a própria sede da monarquia, a cidade não apenas recebeu novas construções, como também passou por uma reorganização espacial e estabeleceu-se medidas de controle dos motins urbanos (Silva, 2006, p. 184).

Entre as reformulações, criou-se na capital um novo espaço para recolhimento de água, o aqueduto das Águas Livres. Essa construção nasceu enquanto projeto em 1729, e seu intuito era resolver o problema hídrico da urbe lisboeta, que contava com apenas três chafarizes de água potável localizados em um único bairro, o que era insuficiente para os cerca de 250.000 habitantes da cidade. Mas, apesar de todo o investimento feito às custas de um tributo indireto lançado à população, em julho de 1740 as obras ainda estavam em andamento (Silva, 2006, p. 185-187).

Entretanto, as construções urbanas do período joanino não começaram em sua terceira década de governo. Pelo contrário, desde 1708 o rei já havia iniciado a reparação de zonas no interior da cidade, emitindo ordens para que fossem feitas reformas no cais da Alfândega do Tabaco e no cais da Serventia das Pretas do Campo de Lã, bem como para que se melhorassem os muros desses espaços. Além disso, obras de embelezamento foram empreendidas na capital, tendo sido construídos vários templos e reformadas diversas estruturas do Paço da Ribeira. Ademais, a própria organização da cidade foi modificada: seguindo a esteira da criação do patriarcado de Lisboa, em 1716, por bula emitida pelo Papa Clemente XI, a cidade foi cindida entre suas partes ocidental e oriental, algo que foi desfeito em 1741<sup>9</sup> (Silva, 2006, p. 184-189).

Percebemos, então, que o reinado joanino ficou marcado como um período de paz, para o que colaboraram, sobremaneira, os carregamentos de ouro que chegavam ao seu território vindos da América. Dessa forma, o reino pôde se desenvolver e crescer em forças no cenário cultural europeu, ao mesmo tempo em que paramentava suas cidades, e em especial Lisboa. Era esse o estado das coisas em 1750, quando o monarca, que desde 1742 já vinha enfrentando problemas de saúde, veio a falecer, deixando o trono para seu filho, que assumiu em setembro do mesmo ano como D. José I (1714-1777) (Silva, 2016, p. 30).

O governo josefino aprofundou algumas mudanças políticas em curso no reinado anterior. Contudo, as discussões envolvendo as reformas do Estado, presentes em vários territórios europeus, alcançaram Portugal, impactando de diversas formas a administração, além disso, as querelas presentes no continente levaram o reino luso a exercer o papel de conciliador. De maneira geral, D. José contou com bastante estabilidade nos primeiros anos de sua regência, sendo sua principal obra nesse período levar à frente a construção da Ópera do Tejo (Silva, 2016, p. 63).

A realidade do reino, entretanto, mudaria dramaticamente a partir da manhã do dia 1º de novembro de 1755. Nesta data, que marca o Dia de To-

---

9 Segundo a historiadora Maria Beatriz Nizza da Silva (2006, p. 184), após a bula áurea emitida pelo Papado em 7 de novembro de 1716, Lisboa ganhou uma nova divisão administrativa. Com efeito, a parcela oriental da urbe passou a corresponder a sua área mais antiga, enquanto sua porção ocidental, àquela mais nova. E para além do caráter espacial da separação, cada uma das partes da metrópole contaria com seu próprio Senado, com presidente, vereadores, escrivão, dois procuradores e quatro mesteres indicados pela Mesa dos Vinte e Quatro.

dos os Santos, Portugal foi atingido por um imenso terremoto que destruiu grande parte da estrutura existente em Lisboa (Del Priore, 2015). Mais do que falar dos impactos políticos e do destaque dado à figura de Sebastião José de Carvalho e Melo (1699-1782) neste contexto, temas sobre os quais já existe uma vasta bibliografia<sup>10</sup>, para nossos propósitos interessa aqui discutir as mudanças pelas quais a cidade passou com o advento da hecatombe, sobretudo no que se refere às políticas de saúde adotadas pelas autoridades.

Com efeito, é certo que o sismo trouxe danos gigantescos à urbe lisboeta. Após o fim dos tremores, a cidade estava repleta de pessoas mutiladas e agonizando, de indivíduos à procura de familiares perdidos e de imensos danos materiais, algo agravado pela impotência financeira do Estado de prontamente reconstruir a capital destruída. Para além disso, a presença de grande quantidade de corpos humanos e de animais a contaminar o ar citadino tornou patente o risco de uma crise sanitária (Oliveira, 2022, p. 42).

Dessa forma, uma vez iniciada a reconstrução da cidade, em 1758, o engenheiro-mor do reino, Manuel da Maia (1677-1768), responsável pelo projeto, definiu uma série de estratégias para melhorar a higiene urbana, o que, entre outras coisas, passava por conceber dispositivos de segurança. Assim, segundo projetou Maia, a capital receberia um sistema de esgoto que percorreria suas principais vias, além de ter sido aventada a possibilidade de estabelecer um serviço de recolhimento diário de lixo. Ademais, o engenheiro se preocupou em pensar no alargamento das ruas lisboetas, de modo a favorecer a circulação (Oliveira, 2022, p. 46-47).

Não é que na sociedade anterior a 1755 inexistissem ações que apon-tassem nessa direção. O próprio governo joanino, ao longo da década de 1740, propôs medidas para lidar com o lixo urbano e definiu a largura mínima a ser seguida na construção de ruas e serventias (Silva, 2006, p. 188-189). Todavia, foi após a destruição gerada pela hecatombe que as questões sanitárias ganharam lugar destacado na proposição das políticas do Estado

---

10 Uma lista não exaustiva incluiria obras como Falcon, Francisco José Calazans. **A época pombalina**: (política econômica e monarquia ilustrada). São Paulo: Ática, 1982; MAXWELL, Kenneth. **Marquês de Pombal**: paradoxo do Iluminismo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996; SUBTIL, José. **O terremoto político (1755-1759)**: Memória e poder. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora, S.A, 2007; e SILVA, Julio Cesar da Costa. **O terremoto de Lisboa de 1755 e a trajetória política de Sebastião José de Carvalho e Melo**. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

português (Oliveira, 2022, p. 47), e para isso, muito colaborou a publicação do *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*. A obra, impressa em Paris, em 1756, apenas em 1757 chegou a Portugal, em um momento em que as reformas da capital após o terremoto estavam prestes a começar. Sendo assim, o momento era propício para que os ideais de uma medicina política, preocupada com a composição de leis e de regulamentos voltados à saúde pública viessem a ganhar espaço (Liepkaln, 2017, p. 24-25).

Desse modo, é perceptível a influência da obra sobre o projeto de Manuel da Maia. Foi, em parte, a partir dos argumentos expostos nos capítulos do *Tratado* que o engenheiro-mor pensou sua planta para a Lisboa a ser reconstruída. Através do conhecimento da situação da sociedade local, sua própria arquitetura deveria estar adequada para permitir uma vida salubre às populações, mantendo-as assim seguras frente a quaisquer riscos de doenças. A seguir, analisaremos o compêndio, visando compreender como o médico português apontou planos de instauração de dispositivos de segurança direcionados ao aumento da saúde coletiva cidadina e que, em última instância, colaborariam para essa forma específica de exercício do poder que aqui concebemos como a governamentalidade.

### ***O Tratado da Conservação da Saúde dos Povos (1757): Os dispositivos de segurança conta as enfermidades cidadinas***

Como dito anteriormente, o *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* se volta a fornecer ao reino português indicações sobre a melhor forma de manter condições de uma vida salubre para a população. A obra, dedicada a D. Pedro Henrique de Bragança (1718-1761), Duque de Lafões e, à época, Regedor das Justiças do Reino, é dividida em 31 capítulos, ao longo dos quais o autor discorre sobre questões relativas à situação do ar, tratando de sua natureza, suas qualidades e seus efeitos, bem como das melhores maneiras de mantê-lo livre de doenças, tanto no espaço citadino quanto em locais como hospitais, prisões e navios; à composição das águas e ao modo de garantir sua pureza; às maneiras de conservar a saúde dos militares do exército, entre outras coisas. Ainda, o compêndio é finalizado com um texto em que Ribeiro Sanches traça algumas considerações sobre os terremotos. No prólogo do livro, o autor já define sua finalidade:

[...] Nelle pertendo mostrar a necessidade, que tem cada Estado de leys, e de regramentos para preservar-se de muitas doenças, e conservar a Saude dos subditos: se estas faltarem, toda a Sciencia da Medicina será de pouca utilidade; porque será impossivel aos Medicos, e aos Cirurgiões, ainda doutos, e experimentados, curar huma Epidemía, ou outra qualquer doença, em huma cidade, aonde o Ar for corrupto, e o seu terreno alagado [...] (Sanches, 1757, n.p.)

Assim, o médico português apresenta, ao longo das 368 folhas paginadas da obra, uma série de considerações sobre maneiras de instaurar medidas para prevenir contaminações e tornar as cidades espaços em que a circulação ocorra sem empecilhos, o que por sua vez faria delas ambientes propícios à vida saudável. Com efeito, se utilizando dos princípios da ciência ilustrada, mas também se valendo das teorias humorais desenvolvidas por Hipócrates e Galeno, Ribeiro Sanches promoveu, a partir de observações da realidade urbana, um trabalho intelectual que se direcionava à implantação de mecanismos de segurança, conforme supramencionado.

Desse modo, o autor destaca, por exemplo, no capítulo IX da obra, intitulado *Dos sitios mais sadios para fundas Cidades, e mais povoaçoens*, como a posição geográfica de uma cidade é um fator primordial a ser considerado para que sua população possa desfrutar de boa saúde. Nesse sentido, a localização ideal para se estabelecer um conjunto urbano seria aquela em que não houvessem excessos naturais que pudessem causar qualquer forma de intempérie:

Ha neste ponto huma regra geral: que o sitio, aonde se ha de fundar a povoação, não tenha qualidade alguma com excesso no calor, no frio, na humidade, e na secco-  
ra: logo que houver excesso em alguma dellas, he força que altére a nossa constituição, gerada com tal harmonia, que não consente, para conservar-se, excessos [...] (Sanches, 1757, p. 69)

Já em seu interior, as cidades deveriam estabelecer, segundo Ribeiro Sanches, uma arquitetura na qual as ruas sejam largas, não sejam desorien-



tadas e nem terminem em lugares avulsos. Esses foram, segundo o autor, alguns dos erros cometidos na formação dos primeiros conjuntos urbanos. Assim, conforme o *Tratado*:

[...] como todas as artes uteis á vida sempre começam com muitas faltas, causadas ou pela ignorancia, ou por precipitação dos q as exercitaõ; assim as primeiras povoaçoens participáraõ de muitos defeitos, como ainda hoje vemos os restos nas mais antigas cidades da Europa, aonde as ruas são mui estreitas, sem direcção, nem termo nos lugares mais frequentados della [...] (Sanches, 1757, p. 92).

Dessa maneira, coube aos governantes corrigir tal situação através da reformulação e construção de novas estruturas urbanas. A ação dos líderes políticos levou, assim, à melhoria citadina, a tal ponto que a boa organização da urbe foi mesmo responsável pelo controle da peste no continente europeu:

Mas depois que nas cidades, e villas mais cultas começáraõ os Magistrados a reformar aquelles defeitos, ordenando fabricar as ruas largas, e direitas, que se terminaõ a grandes praças; depois que as mandáraõ cobrir de calçadas consistentes, como tambem as casas de pedra, e cal, com telhados taõ firmes, que resistem á chuva, e com aljarozes, e aqueductos para dar sahida ás agoas, juntamente com a limpeza das ruas; corrigio-se em muita parte a corrupção do Ar das cidades, de tal modo, que depois de cento e cincoenta annos raras vezes se observou os estrago da Peste na Europa (Sanches, 1757, p. 93).

A limpeza, citada na passagem acima, é inclusive um ponto de destaque da obra, sendo o tema de seu capítulo XIII, intitulado *Da limpeza necessaria nas villas, e cidades, para conservar o Ar puro*. Com efeito, Ribeiro Sanches destaca que o asseio para com a urbe é tão importante quanto mantê-la estruturalmente bem definida. Assim, se valendo de figuras reverenciadas no campo dos estudos sobre os cuidados para com a cidade, o autor afirma que:

Pouco serviria todo o cuidado do Magistrado na fabrica das ruas, praças, aqueductos, e cloacas, se não insistisse

no quotidiano cuidado de conservar a cidade limpa: já os Jurisconsultos concordáraõ com os Medicos nesta materia; para ter credito com todos allegarei o que determináraõ Bovadilha, e Delamare (Sanches, 1757, p. 98-99).

Além disso, é interessante perceber como a obra ressalta a importância de que os governantes recolham informações diversas sobre a população, de maneira a conhecê-la e, a partir disso, ser possível estabelecer formas de garantir a sua segurança. Desse modo, ao tratar da extensão ideal da zona urbanizada de um Estado, o médico luso informa que para estabelecê-la seria necessário que cada reino, província e comarca contassem com uma região central que fosse proporcional ao seu número de habitantes, “[...] porque he certo que o Ar das grandes povoaçoens sempre he contrario á conservação da Saude, e ao augmento dos Povos [...]” (Sanches, 1757, p. 96). Como exemplo desse fato, destacou um trabalho desenvolvido por um indivíduo chamado Thomaz Short, que procedeu a uma análise das mortes de crianças em diferentes partes da Inglaterra e percebeu que a aglomerada Londres – à época, a metrópole europeia que tinha a maior população – contava com um número mais elevado de óbitos. Dessa forma:

[...] Thomas Short concluiu pelas listas dos enterros das freguezias de Londres, das aldêas, e lugares da Inglaterra, que nestes, de cem, que nascem, nos primeiros dous annos morrem de vinte a vinte e oito: mas em Londres de cem crianças, no mesmo tempo, morrem ordinariamente trinta e tres [...] todas persuadiriaõ o Magistrado para ordenar hum certo termo de fabricar nas cidades, ou villas; como tambem de serem os edificios, e as ruas confórmes ao plano, que deve estar depositado em cada casa do Senado, ou da Camera (Sanches, 1757, p. 96-97).

Esse conhecimento estatístico, indispensável para o estabelecimento da governamentalidade, era algo presente também em Portugal. O exemplo mais destacado disso na obra se refere ao cuidado com os doentes. Assim, no processo de apresentar suas propostas para a administração dos hospitais portugueses, o autor aponta alguns números do Hospital de Paris e do Hospital dos Frades de S. João de Deus para, de forma comparativa, estabelecer que

“[...] he certo que se o Hospital Geral de Lisboa necessitar tambem de IU 300 camas, que lhe seraõ necessarios, entre assistentes, e enfermeiros, de 200 a 250: he força logo que cada anno pereça nelle a quarta parte dos enfermos, pouco mais, ou menos” (Sanches, 1757, p. 140).

Através dos números levantados, Ribeiro Sanches apresenta um esquema de triagem que serviria para diminuir a mortalidade no interior dos hospitais. Com efeito, o autor percebeu que não apenas a aglomeração no interior desses locais de cuidado favorecia a infecção do ar, como também a mistura de doentes com níveis variados de gravidade fazia com que muitos enfermos que facilmente se curariam viessem a adquirir doenças mais graves e terminassem por falecer (Sanches, 1757, p. 145-149).

Dessa maneira, o autor defende a criação de três hospitais: um que serviria como porto e ficaria localizado na cidade, que receberia todos os doentes, mas só cuidaria daqueles que demandassem tratamento imediato; outro, localizado fora do perímetro urbano e que trataria dos males crônicos; e um terceiro, também fora da cidade, que estaria a cargo dos convalescentes. O autor destaca que, entre os muitos benefícios que se poderia tirar dessa divisão estão o fato de que a aglomeração em cada uma das instituições seria menor, o que por sua vez possibilitaria um ar mais puro; os danos causados pela proximidade com a cidade diminuiriam entre os doentes crônicos e aqueles que convalescem, visto que estariam fora do perímetro urbano; o número de doentes acometidos por enfermidades próprias dos hospitais seria menor; e os profissionais teriam uma especialidade maior em cuidar de casos determinados, visto que tratariam apenas de doenças de um certo tipo (Sanches, 1757, p. 149-151).

### *Considerações finais*

Percebemos, portanto, como ao longo das páginas do *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos* é possível encontrar as propostas de António Nunes Ribeiro Sanches para se estabelecer ações visando garantir a higidez das cidades. Tomando a realidade como base, o médico buscou apresentar medidas que, uma vez aplicadas, levariam os núcleos urbanos a se tornarem espaços dotados de grande salubridade, de modo a evitar que doenças se proliferassem e estabelecendo meios para mitigar seus danos.

Dessa forma, ao longo das páginas da obra, vemos que o médico português empreende esforços para apresentar o melhor que até então se escreveu entre os círculos científicos sobre o cuidado com as cidades. O *Tratado* de Sanches se erige, assim, como documento a ser consultado pelos governantes lusos para adotarem práticas e executarem transformações na estrutura urbana que colaborariam para a melhor saúde das populações. Tal processo levaria, em última instância, a comunidade metropolitana a atingir níveis mais adequados de vida, a diminuir a mortalidade e a morbidade no ambiente que ocupa.

Tais ações, entendidas aqui como *mecanismos de segurança*, são parte daquilo que a partir do século XVIII marcou a passagem para uma nova forma de exercício do poder, a *governamentalidade*, que doravante não se volta mais ao simples domínio de um soberano sobre seu território, mas à busca pelo estabelecimento de uma administração direcionada a esse ente coletivo a quem simultaneamente rege e serve, a *população*. No bojo desse processo, a cidade ganha, então, lugar de destaque, uma vez que é sobre ela que as condutas políticas deveriam recair, de forma que seus ambientes, antes mesmo dos seres humanos que lhes ocupavam, deixassem de carregar doenças.

## **Referências**

ABREU, Jean Luiz Neves. *O corpo, a doença e a saúde: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

\_\_\_\_\_. O saber médico e a utopia da cidade higiênica no contexto luso-brasileiro (1750-1800). *URBANA: Revista Eletrônica do Centro de Pesquisa Interdisciplinar de Estudos sobre a Cidade*, Campinas, SP, v. 4, n. 1, p. 172-187, 2012.

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? In.: AGAMBEN, Giorgio. *O que é o contemporâneo? e outros ensaios*. Chapecó: Argos, 2009, p. 25-51.

ASSIS, Guilherme Marchiori de. *A Ilustração e o primado da educação: as visões de António Nunes Ribeiro Sanches e do Marquês de Condorcet*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

BAETA, Rodrigo Espinha. *A Cidade Barroca na Europa e América Ibérica*. Salvador: EDUFBA, PPGAU, 2017.

BOTO, Carlota. O enciclopedismo de Ribeiro Sanches: pedagogia e medicina na confecção do Estado. *Revista História da Educação*, v. 2, n. 4, p. 107-117, 1998.

BURKE, Peter. *Popular culture in Early Modern Europe*. Farham: Ashgate, 1978.

CORBIN, Alain. *Le miasme et la jonquille: l'odorat et l'imaginaire social XVIIIe-XIXe siècles*. In.: CORBIN, Alain. *Une histoire des sens*. Paris: Éditions Robert Laffont, 2016.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DEL PRIORE, Mary. *O mal sobre a terra: uma história do terremoto de Lisboa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Topbooks, 2015.

ELIAS, Norbert. *O Processo Civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993, 2 v.

FALCON, Francisco José Calazans. *A época pombalina: (política econômica e monarquia ilustrada)*. São Paulo: Ática, 1982.

FOUCAULT, Michel. O jogo de Michel Foucault. In.: FOUCAULT, Michel. *Ditos e escritos, volume IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014, p. 44-77.

\_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. In.: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998, p. 79-98.

\_\_\_\_\_. *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRIAS, Ivan. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

HOBBS, Thomas. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

KOSELLECK, Reinhart. *Futuro Passado: contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006.

LIEPKALN, Julie Hamacher. *Saber médico e reformismo ilustrado: Antônio*

Nunes Ribeiro Sanches e as políticas de saúde pública em Portugal (1750-1792). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2017.

MAQUIAVEL, Nicolau. *O Príncipe*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1976.

MAXWELL, Kenneth. *Marquês de Pombal: paradoxo do Iluminismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

MERLO, Patrícia. Os estudos médicos e o (des) conhecimento sobre o corpo no Setecentos português. *Dimensões - Revista de História da UFES*. Vitória, n. 34, 2015, p. 50-68.

MONTEIRO, Nuno Gonçalo Freitas. A consolidação da dinastia de Bragança e o apogeu do Portugal barroco: centros de poder e trajetórias sociais (1668-1750). In.: TENGARRINHA, José (Org.). *História de Portugal*. Bauru: EDUSC/São Paulo: UNESP/PORTUGAL, PO: Instituto Camões, 2000, p. 129-150.

MUMFORD, Lewis. *A cidade na história: suas origens, transformações e perspectivas*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

OLIVEIRA, Fabrício André de. *Pina Manique: a trajetória do Intendente de Polícia e sua ação junto à saúde pública em Portugal, 1780-1805*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2022.

OLIVEIRA, Josemar Machado; MERLO, Patrícia M. S. *Recortes e perspectivas sobre a história moderna*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Secretaria de Ensino à Distância, 2015.

ROCHE, Daniel. *O Povo de Paris: ensaio sobre a cultura popular no século XVIII*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: HUCITEC/UNESP, ABRASCO, 1994.

SANCHES, António Nunes Ribeiro. *Tratado da Conservaçam da Saude dos Povos: Obra util, e igualmente necessaria aos Magistrados, Capitaens Generaes, Capitaens de Mar, e Guerra, Prelados, Abbadessas, Medicos, e Paysdefamilias. Com hum appendix Consideraçoens sobre os Terremotos, com a*

notícia os mais consideráveis, de que faz menção a Historia, e deste ultimo, que se sentio na Europa no I de Novembro de 1755. Paris: Irmãos Ginioux, 1757. Disponível em: <<https://archive.org/details/b30498132/page/n5/mode/2up?view=theater>>.

SENNET, Richard. *Carne e pedra: o corpo e a cidade na Civilização Ocidental*. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SILVA, Julio Cesar da Costa. *O terremoto de Lisboa de 1755 e a trajetória política de Sebastião José de Carvalho e Melo*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da. *D. João V*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2006.

SOARES, Luis Carlos. O nascimento da ciência moderna: os caminhos diversos da Revolução Científica nos séculos XVI e XVII. In.: SOARES, Luis Carlos. *Da Revolução Científica à Big (Business) Science: Cinco Ensaios de História da Ciência e da Tecnologia*. São Paulo: Hucitec; Niterói: EdUFF, 2001, p. 17-66.

SUBTIL, José. *O terramoto político (1755-1759): Memória e poder*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora, S.A, 2007

VIANA JUNIOR, Fernando Santa Clara. *Dos sabores fortes aos suaves: os limites da modernização à francesa nos livros de cozinha da corte portuguesa, 1680-1780*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2015.

ZELLER, Olivier. *La ville moderne (XVIe-XVIIIe siècle)*. Paris: Éditions du Seuil, 2003.

### 3

## *Entre a vida e a morte: O Complexo Negreiro do Valongo e o controle sanitário dos negros novos (RJ c. 1758 – c.1831)*

Claudio de Paula Honorato<sup>1</sup>

### *O comércio de africanos novos no centro da cidade*

Durante os mais de três séculos de tráfico atlântico, um total aproximado de 1.839.000<sup>2</sup> africanos desembarcou no porto da cidade do Rio de Janeiro<sup>3</sup>. Desse total, estima-se que quase um milhão de pessoas foram vendidas no Mercado do Valongo<sup>4</sup>.

---

1 Coordenador do Núcleo de Pesquisa do Instituto Pretos Novos e Coordenador de Pós-graduação Lato Sensu em História da África e da Diáspora Atlântica – Instituto Pretos Novos – IPN/Faculdade de Governança, Engenharia e Educação de São Paulo (FGE-SP).

2 Estamos nos reportando ao porto principal da cidade onde ficava a alfândega, na freguesia da Candelária, onde ficava o Cais dos Mineiros e o principal mercado da cidade. Se levarmos em conta os desembarques em outros portos da capitania/província do Rio de Janeiro citada no banco de dados Slavevoyages como Sudeste do Brasil, compreendendo os seguintes locais de desembarque: Baía de Botafogo, Baía de Sepetiba, Cabo de Búzios, Cananeia, Copacabana, Campos, Dois Rios, Ilha de Paquetá, Ilha das Palmas, Ilha Grande, Ilha da Loba, Ilha de Marambaia, Macaé, Paranaguá, Parati, Ponta Negra, Rio de Janeiro Província, Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina. Esse número sobe para um total aproximado de 2. 630.400 desembarques de africanos escravizados entre 1576 a 1866. FONTE: Eltis, David. Atlas do Comércio Transatlântico de Escravos, p. 23. Disponível em: [http://www.slavevoyages.org/tast/assessment/estimativa.faces? yearFrom = 1501 & yearTo = 1866](http://www.slavevoyages.org/tast/assessment/estimativa.faces?yearFrom=1501&yearTo=1866). Acesso em 14/04/2018.

3 ELTIS, David; RICHARDSON, David. Atlas of the Transatlantic Slave Trade. New Haven & London: Yale University Press, 2010. p. 204. Ver Transatlantic Slave Trade Database (TSTDB), também banco de dados online em <[www.slavevoyages.org/tast/index.faces](http://www.slavevoyages.org/tast/index.faces)>.

4 Não temos cifras exatas do número de escravizados comercializados no Valongo. Não encontramos escrituração contábil ou recibos de compra e venda das operações realizadas nas diversas lojas desse imenso mercado. Baseamo-nos na documentação oficial de entrada de escravizados no porto do Rio de Janeiro. A documentação da Provedoria Mor da Saúde no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro e a Representação dos Proprietários de escravizados na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro confirmam as palavras do Marquês do Lavradio de que os escravizados deveriam “desembarcar” na alfândega



Até meados do século XVIII a compra e venda de africanos novos desembarcados no porto da cidade do Rio de Janeiro era feita nos armazéns de “escravos” localizados em sua maioria na rua Direita (atual Primeiro de Março), próximo à Alfândega, onde ficavam as mais conhecidas casas de comércio, no trecho entre a Casa de Contos e a ladeira do Mosteiro de São Bento. A rua Direita era a principal via da cidade que corria paralela ao porto, e ali ficava o palácio do Governador<sup>5</sup>, a Alfândega, a Catedral, a Mesa do Bem Comum (depois Junta do Comércio), várias repartições públicas e mais armazéns e moradias.

A partir desse período o comércio de africanos novos desembarcados no porto do Rio de Janeiro passa a ser controlado por negociantes estabelecidos na praça comercial carioca, tendência essa que se acelerou depois de 1760. Como argumentam os historiadores Manolo Florentino e João Frago, os negociantes envolvidos no comércio de escravizados novos dispunham de recursos para aquisição ou aluguel de embarcações e para a compra dos cativos a serem vendidos na cidade, capazes de arcar com financiamentos vultosos e crescentes, em particular entre 1790 e 1830. Embora caracterizada por altos investimentos, também comerciantes de menor porte estiveram vinculados a essa atividade, interessados nos lucros que ela podia proporcionar<sup>6</sup>.

Nesse comércio de grandes e pequenos, havia muito conflitos e divergências entre consumidores, fornecedores e autoridades locais que, quase sempre, acabavam em reclamações ao governador e até mesmo denúncias ao próprio rei, como ocorreu no ano de 1722. Por meio de uma carta envia-

---

para receber a visita da saúde e para os impostos e depois ser reembarcados e levados ao Valongo. - BNRJ - Seção de manuscritos, 11-34,26,19 - Representação dos proprietários, consignatários e armadores de resgate de “escravos” a Sua Alteza Real, reclamando dos altos preços dos aluguéis cobrados pelos proprietários dos armazéns da Gamboa e do Valongo, destinados ao desembarque e venda de “escravos”. Segundo dados do Transatlantic Slave Trade Database, entre 1751 e 1830 entraram, pelo porto do Rio de Janeiro, 972.009 escravizados novos - Florentino diz que no período de 1790-1830 desembarcaram no porto do Rio de Janeiro 687.305 escravizados novos. FLORENTINO, Manolo. Em costas negras: Uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p. 51. Karasch estima que entre 1800-1851 entraram no porto do Rio de Janeiro cerca de 900 a 950 mil africanos novos. KARASCH, Mary. A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: Companhia das Letras, 2000, p. 67-513.

5 Depois dos vice-reis, Paço Real e Paço Imperial.

6 FRAGOSO, João. Homens de grossa aventura: acumulação e hierarquia na praça mercantil do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. p. 174. FLORENTINO, 1997. Op. cit. p. 115-116.

da ao rei de Portugal, um grupo de senhores de engenho e agricultores (de comum acordo com os vereadores da cidade) denunciou alguns vendedores de escravizados. Segundo eles, esses pequenos negociantes “atravessam os escravos que vem de Angola e Costa da Mina e mais partes donde costumam vir para os revenderem ao povo, privando aos senhores de engenho e lavradores de que os comprem”. Na verdade, o que acontecia era que os comerciantes localizados junto ao porto estavam mais bem informados sobre a chegada das embarcações e os desembarques de escravizados e logo acorriam ao porto, e mesmo a bordo, onde compravam os melhores escravos, por melhor preço. Depois de trazidos para a cidade, eles eram revendidos aos senhores de engenho, como esses alegam, a “preços exorbitantes”<sup>7</sup>.

Num acordo entre a Câmara e o ouvidor geral, o desembargador José de Siqueira tentou coibir a ação dos atravessadores estabelecendo que “toda pessoa que atravessasse os ditos negros pagaria 50 cruzados [dois contos de réis] e teria um mês de prisão”<sup>8</sup>. Essa foi a primeira iniciativa no sentido de coibir a ação desses atravessadores. Tudo indica não ter o desembargador obtido o resultado esperado, pois em 1756 a Câmara de Vereadores fez nova denúncia. A polêmica chegou ao rei de Portugal, que pediu a Gomes Freire de Andrade, então governador do Rio de Janeiro, que emitisse seu parecer sobre o assunto. Antes de fazê-lo, o governador ouviu um dos maiores negociantes da praça, Antonio Pinto de Miranda,<sup>9</sup> que, a seu pedido, emitiu parecer favorável aos “atravessadores”. Em sua opinião, eles eram de suma importância para o bom funcionamento do comércio de escravizados africanos na cidade, pois sem eles seria maior o risco dos grandes negociantes, e maiores seus prejuízos. O negociante afirma:

A venda dos escravos que vêm a esta cidade, não só de Angola e Costa de Mina mas também transportados da Bahia e Pernambuco assim que chegam e são despachados na Alfândega, se faz pública e comum para todos aqueles que o procuram ou querem comprar a fim de

---

7 CAVALCANTI, Nirreu. O comércio de escravos novos no Rio de Janeiro setecentista. In FLORENTINO, Manolo (org.) *Trafico, cativo e liberdade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p. 41-42.

8 AHU, Códice, 226. p. 249. CAVALCANTI, 2005. Op. cit. p. 38.

9 Era comum nesses casos o rei pedir parecer a diferentes autoridades que estivessem funções nos locais dos denunciantes. CAVALCANTI, Nirreu. O comércio de escravos novos..., 2005. Op. cit. p. 38.

satisfazerem com o seu produto não só os Direitos Reais mas também os fretes e letras que se costuma passar sobre os ditos escravos. Entre este número de pessoas sucede, e ao mesmo tempo, haver também outras que compram a dinheiro e fiado para tornar a vender alguns daqueles que são bons, mas comumente só fazem no resto da carregaçãõ, a que se chama refugio ou incapazes de reterem pronta saída em razão do estabelecimento que tem cada um destes na sua casa para custear e tratar deles [...], depois disto os vendem por decurso de tempo a quem lhos procura na cidade a dinheiro e nos recôncavos dela aos senhores de engenho, lavradores e roceiros, para onde os conduzem e vedem não só fiado mas também a troca dos seus efeitos recebendo assim o prêmio de seu trabalho e risco a que se expõem quando os juntaram na primeira mão. [...] não são poderosos os que se ocupam de semelhante negociaçãõ, mas sim pobres que não têm outro modo de vida. Destes compradores se não segue prejuízo a nenhum daqueles referidos por público para todos a venda dos escravos, não só quando chegam mas no dilatado tempo que sucede haver, repetidas vezes sem se poder ajustar a conta de venda de qualquer carregaçãõ. Antes são convenientes e mui úteis a este grande comércio semelhantes compradores, como meio eficaz de se conservarem os comerciantes e traficantes dele, porque chegando a esta com os ditos escravos tendo pronta saída nos mesmos, cuidam logo em voltar ao resgate ou compra de outros e não tendo forçosamente se hão de arruinar com a demora por causa da mortalidade que experimentam por inseparáveis do seu tráfico a falta de comodidade de os custear<sup>10</sup>.

Com base no relatório de Antonio Pinto de Miranda, referendado pelo governador Gomes Freire de Andrade, o rei negou o pedido dos vereadores. Mas os senhores de engenho e lavradores do recôncavo da Guanabara<sup>11</sup> não

---

10 AHU, Avulsos RJ, cx. 84, doc. 19.

11 As terras que se estendem entre a cidade do Rio de Janeiro e a Serra do Mar eram conhecidas por Recôncavo da Guanabara e suas planícies embrejadas faziam parte do Termo da Cidade como freguesias de fora até 1833, ano da criação do grande município de Iguassu. Baixada Fluminense era então toda a planície que se estendia de Itaguaí a Campos. Esta interpretação está ligada às análises históricas que tratam da realidade regional até o século XIX, e aproxima-se de um conceito muito utilizado pelos geógrafos, o de Recôncavo Guanabará: área de terras baixas entre a Serra do Mar e a Baía de Guanabara, estendendo-se de São Gonçalo a Nova Iguaçu. Atualmente, a denominação Baixada Fluminense designa uma série de municípios que, de acordo com o objetivo das

desistiram de seu intento; em 1765, voltaram a atacar. Por meio de carta denunciaram novamente à Câmara de Vereadores “o dano gravíssimo que recebiam o exorbitante preço e carestia, a que tinha subido os escravos, que de Angola, Benguela, Costa da Mina e outros presídios vinham a vender nesta, por causa dos atravessadores”. Alegavam que o alto preço dos escravos era responsável pela decadência das fazendas e que isso afetava diretamente os dízimos reais. Mais uma vez a atitude dos vereadores foi de apoiar os senhores de engenho e lavradores contra os negociantes.

Em 09 de março de 1765, os vereadores e senhores de engenho enviaram uma carta ao já então vice-rei Conde da Cunha, solicitando a proibição do comércio abusivo praticado pelos atravessadores; e, em 06 de novembro de 1765, enviaram uma carta ao próprio rei de Portugal. Em resposta enviada ao rei de Portugal, em 4 de fevereiro de 1767, com base no relatório de Antonio Pinto de Miranda, o vice-rei Conde da Cunha também foi totalmente favorável ao negócio dos atravessadores:

[...] o requerimento que os senhores de Engenho e lavradores de cana do recôncavo desta cidade fizeram ao Senado da Câmara assenta sobre um princípio e motivo falso, pois alegam o dano gravíssimo, que recebiam do exorbitante preço e carestia a que tinham subido os escravos que de Benguela, Angola, Costa da Mina e outros presídios vinham a vender a este porto; isto se vê que não é verdade, pois que cada dia com o excessivo número de escravatura que aqui entra se vai diminuindo o seu valor, com tal excesso, que muitos homens, que os trazem da África, os tornam a navegar para os outros portos do Brasil, por não terem saída; estão sempre tantos por estas ruas a venderem, que são inumeráveis. Se não houvesse os negociantes a que os mesmos suplicantes chamam de atravessadores, morreriam todos os que aqui vêm doentes e magros, pois que estes não compram os senhores de engenho e lavradores de cana, e muito menos os mineiros, só sim os pobres, que deste gênero de negocio

---

pesquisas, pode relacioná-la a uma área mais próxima ao entorno da Baía de Guanabara ou ainda, a uma extensão que abranja municípios mais distantes. Cf. AMARO, Tania. Baixada Fluminense. Associação dos Amigos do Instituto Histórico. Disponível: <https://amigosinstitutohistoricodc.com.br/?p=1> acesso: 10/12/2023. SILVA, Lúcia Helena Pereira da. DE RECÔNCAVO DA GUANABARA À BAIXADA FLUMINENSE: LEITURA DE UM TERRITÓRIO PELA HISTÓRIA. Recôncavo: Revista de História da UNIABEU Volume 3 Número 5 Julho - dezembro de 2013, pp. 05 e 10.

vivem, tratando deles e curando-os com maior trabalho; que se proibisse esta útil negociação, nem haveria quem fosse resgatar à Costa da África, nem se achariam venda se não pelos grandes preços que tiveram nos tempos em que não havia ainda esta pequena negociação com os que não têm valor pelos sobreditos motivos; e perderia a Real Fazenda de V. Majestade a maior parte da utilidade, que tem nos Direitos, que os mesmos escravos produzem<sup>12</sup>.

Essa polêmica revela que existiam na cidade interesses divergentes entre os diversos setores envolvidos no comércio de escravizados africanos, fossem eles compradores, intermediários, representantes da Câmara ou mesmo autoridades. Pode-se perceber a existência de pelo menos quatro grupos distintos: os grandes comerciantes que compravam à vista em dinheiro; os chamados “senhores” que queriam escolher os melhores cativos pelo melhor preço; os comerciantes estabelecidos na cidade, donos de lojas, e os atravessadores compradores de menor poder aquisitivo que compravam o “refúgio”, aí incluídos os escravizados doentes, aleijados, as crianças e os velhos. É importante destacar que, como dão a perceber Antonio Pinto de Miranda e o próprio Conde da Cunha, os grandes comerciantes que financiavam o comércio atlântico defendiam os atravessadores porque ao viabilizar a venda dos escravizados de menor qualidade eles reduziam os prejuízos do comércio atlântico.

Esses atravessadores constituíam uma rede de especialistas em recuperar escravizados doentes para a revenda a preços que compensavam os investimentos aplicados nesse negócio. Apesar dos protestos dos senhores de engenho e lavradores de cana do recôncavo, com o apoio do Senado da Câmara, eles conseguiram manter seu negócio. O apoio das autoridades justificava-se, entre outros argumentos, pelo fato de que segundo as palavras do Conde da Cunha, o negócio dos atravessadores evitava transtornos à saúde da cidade e aumentava os dízimos reais, “coisa que não ocorria antes de sua existência”, além de evitar perdas maiores e manter equilibrados os preços dos escravos na cidade<sup>13</sup>.

### *Um lugar para o comércio de africanos novos*

Os conflitos entre os diversos agentes envolvidos no comércio de escravizados na cidade tiveram relação direta com a decisão do Senado da

---

12 AHU, Avulsos RJ, ex. 84, doc. 19.

13 CAVALCANTI, Op. cit. p. 41.

Câmara de transferir o comércio de escravizados novos para a periferia da cidade. A perpetuação desse comércio na rua Direita era favorável aos compradores residentes na cidade, em detrimento aos senhores de engenho e lavradores de cana do recôncavo que vinham de longe. Em 14 de Janeiro de 1758, sob a presidência do juiz de fora Antonio de Matos e Silva, os vereadores convidaram os médicos e cirurgiões para deliberarem sobre o “grande prejuízo que causavam nesta cidade os escravos que estavam à venda pública pelas principais ruas dela”<sup>14</sup>, ocasionando o surgimento de focos geradores de doenças epidêmicas que acometia a população da cidade, como a bexiga<sup>15</sup>, o escorbuto, a sarna, a erisipela, as manchas de pele e outras<sup>16</sup>. Ansiando por tomar alguma providência “que pudesse caber na sua jurisdição” os vereadores deliberam através de um acórdão que o comércio de escravizados novos estaria proibido nas ruas principais da cidade.

Essa questão de controle sanitário e do uso do espaço urbano era antiga e foi mais uma vez reeditada. Argumentando “receio de contágio”, já em 1718, a Câmara<sup>17</sup> requereu ao rei o privilégio de proceder a uma “visita da saúde” em todos os navios vindos de Angola, Costa Mina e São Tomé, que entravam no porto do Rio. Na ocasião, o rei concedeu tal privilégio e ponderou ainda que a experiência comprovava que também as embarcações que vinham da Bahia, Pernambuco e demais partes da Europa deveriam ser vistoriadas, por receio do mesmo inconveniente, pois já havia sucedido em outras ocasiões introduzirem também elas vários “achanques [sic] contagiosos”<sup>18</sup>. Em 1637, a Câmara já tinha apresentado proposta para criar uma

---

14 AHU, avulsos, RJ. Cx. 84, Doc. 19; AGCRJ, Manuscritos- Autos de homens de negócio e comerciantes de escravos (1758-68) Códice: 6.1.9.p.14F.

15 Nome pelo qual a varíola ficou conhecida no período colonial e imperial brasileiro “peste das bexigas” pela fetidez das feridas exalada em doentes terminais. Cf. VAINFAS, Ronaldo. A peste das bexigas no Brasil colonial: tragédia histórica ou genocídio? Brathair – Grupo de Estudos Celtas e Germanicos, 2020, pp. 107-127. Disponível em <https://ppg.revistas.uema.br/index.php/brathair> acesso em 10/08/2023.

16 CAVALCANTI, Nireu. O Rio de Janeiro Setecentista: a vida e a construção da cidade da invasão francesa até a chegada da Corte. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004. p. 193.

17 A Câmara do Rio desde o momento de sua criação reivindicou o direito de ter a seu serviço um médico ou cirurgião, que eram chamados de “médicos ou cirurgiões do partido da Câmara” para acompanhar os vereadores ou funcionários em sua diligências e correções voltadas à saúde pública, no combate as doenças e epidemias que infestavam a cidade e acometiam a população e à assistência era gratuita aos pobres. Cf. CAVALCANTI, Nireu. O Rio de Janeiro Setecentista, op. cit. p.192.

18 AHU, RJ. Códice, 225.

casa que receberia os africanos importados. A medida determinava “o não desembarcarem os negros vindos de África para o seio da cidade, mas que fossem alojados em uma casa destinada nos subúrbios para a venda deles por não infeccionarem o país, assim do escorbuto como de outras moléstias epidêmicas”<sup>19</sup>. Foi assim que, em 1758, em conjunto com os vereadores, médicos e cirurgiões, foi reafirmada a preocupação com a saúde dos moradores da cidade por ser “veemente suspeito o comércio tão numeroso de negros que vinha em direitura da Costa da Guiné para este país”. Acordou-se, finalmente que:

Nenhuma pessoa de qualquer estado ou condição, que seja tenha no continente desta Cidade tanto em casa como nas ruas, rocios e praças da mesma magotes de negros novos vindos das partes da Guiné ou outra região alguma em direitura a esta Cidade, o que se averiguara pela entrada da Alfândega, sob pena de os negros serem apreendidos até que seus proprietários ou administradores pagassem multa à câmara<sup>20</sup>.

Acordou-se também a definição de uma nova área para localização do comércio dos africanos recém-chegados, os chamados “pretos novos”. O local escolhido foi a região do Valongo (veja mapa 1), por ter acesso por mar e por terra pelo Caminho do Valongo (atual rua Camerino), que ia da praia ao centro da cidade<sup>21</sup>. Além disso, passou a haver também maior controle sobre o movimento dos escravos na própria cidade, especialmente no que tocava aos comerciantes e atravessadores com negócios em Minas Gerais. Os donos de escravizados novos que desejassem enviá-los para serem vendidos ou despachados mediante encomenda para Minas Gerais, deveriam informar suas intenções ao Senado da Câmara no prazo de 24 horas após a compra; e no prazo de oito dias obrigatoriamente retirá-los da cidade. Acrescia-se a essas medidas a proibição de levar os escravizados do Valongo para serem lavados no chafariz da Carioca, alegando os distúrbios que provocavam e o perigo de contaminação dos usuários do chafariz e da própria água<sup>22</sup>.

---

19 LISBOA, Baltazar da Silva. Anais do Rio de Janeiro, 1834, v. 2, p. 53. In: ABREU, Maurício. Geografia histórica do Rio de Janeiro (1502-1700). Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estúdio, 2011. v. 2, p. 450.

20 Para se considerar magotes ou ranchos dos ditos negros bastava que se encontrassem juntos cinco negros mesmo que fossem de donos diferentes. AHU, avulsos, RJ. Cx. 84, Doc. 19.

21 CAVALCANTI, 2005. Op. cit. p. 43.

22 AHU, Avulsos, RJ, Cx. 84, doc. 19. Acórdão do Senado da Câmara do Rio de Janeiro, de 14 de janeiro de 1758, e edital publicado e mandado fixar nas ruas mais publicas a



**Mapa 1:** Detalhe da Plan de la ville de S. Sebastião de Rio de Janeiro, 1824<sup>23</sup>

A reação dos negociantes foi imediata. Entraram com recurso contestando o edital e os argumentos da questão sanitária, tida como “falsa e contrária à verdade” e, ignorando as determinações régias que datavam de 1718, argumentaram que tal comércio era muito antigo no centro da cidade “onde sempre desembarcaram e venderam escravos novos, as portas dos comerciantes sem que por esse motivo originasse moléstia alguma, nem achaque contagioso”<sup>24</sup>. Alegavam que seus prejuízos seriam enormes com a transferência de seu comércio para o Valongo, que o atual local de comercialização era o ideal e que os escravizados não ofereciam perigo algum de contágio para os moradores da cidade. Além disso, alegavam que as embarcações sempre receberam a visita do médico da saúde, para a vistoria rotineira, sem a qual o desembarque não era permitido, e que, desde sempre, somente escravizados sem doença contagiosa eram autorizados a desembarcar.

Uma parcela desses negociantes obedeceu às determinações do edital e transferiu suas lojas para o Valongo; outros permaneceram confiantes na decisão dos juízes do Tribunal da Relação, favorável a seu recurso. Em 1765,

---

cidade a 28 de janeiro do mesmo ano. Veja também BICALHO, Maria Fernanda. A cidade e o império: o Rio de Janeiro no Século XVIII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 242-244.

23 Disponível: [http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo\\_digital/div\\_cartografia/cart175727/cart175727.jpg](http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_cartografia/cart175727/cart175727.jpg) Acesso: 20/11/2023

24 Códice 6.1.9 AGCRJ - Autos de homens de negócios e comerciantes de escravos - 1758-1768 - p. 78- 79



o Senado republicou o edital, dando, com isso, a entender que a venda de escravizados nas principais ruas da cidade continuava, sendo que o novo edital incluía também os negros pertencentes às companhias (trazendo escravos que desembarcavam primeiro em Pernambuco, Bahia e Maranhão). A maioria dos desembargadores do Tribunal da Relação votou a favor da permanência do comércio de escravizados na área central da cidade. Tal decisão estaria supostamente baseada em novos depoimentos de médicos e cirurgiões que, de acordo com o Marquês do Lavradio talvez tivessem sido subornados pelos negociantes. Dessa vez, eles declararam não ter o comércio de negros novos nenhuma relação com as doenças e epidemias na cidade. Essa suspeita baseia-se no fato de que boa parte dos profissionais ouvidos e que deram parecer favorável aos negociantes nessa ocasião haviam concordado com os vereadores sobre o acórdão em 1758, por meio do que ficou deliberado que o comércio de negros novos na área central da cidade era prejudicial à saúde pública e devia ser removido<sup>25</sup>.

Nos depoimentos dados em março de 1768, os médicos Antonio Ferreira de Barros, Francisco Correa Leal e os cirurgiões Luiz de França, Antonio Mestre, Francisco da Costa Brito e João da Silva Passos Cabral, admitiram que trabalhavam para os negociantes de escravizados novos, muitos há vinte e cinco ou trinta anos, e por essa razão tinham experiência e vivência do problema. O físico Mateus Saraiva<sup>26</sup>, membro da Ordem de Cristo, cidadão

---

25 Veja mapa 1. Para ver outros mapas mostrando detalhes do Valongo e da rua Direita ver BARRÉIROS, Eduardo Canabrava. Atlas da Evolução Urbana do Rio de Janeiro – Ensaio – 1565-1965. Rio de Janeiro: Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, 1965.

26 Além da função de “Médico do partido da Câmara” havia a função de “Médico do Partido do Presídio” atrelado às provedorias dos portos que estava subordinado ao governador da Capitania, sua função primordial era fazer a visita da saúde aos navios que chegavam ao porto identificando os casos de doença obrigados a fazer quarentena, em casas improvisadas nas ilhas da baía da ou nas cercanias do porto. Tanto a Câmara quanto o Governador queixavam-se das dificuldades de pagar os salários dos médicos. Em 1737 o Senado da Câmara recorreu ao governador da capitania, Gomes freire de Andrade em busca de uma solução para a questão. O governador propôs nomear um só médico para a dupla função pagando um salário maior. Adiantando-se o governador escolheu para o cargo o dr. Francisco Siqueira Machado, sob os protestos dos vereadores, que se levantaram contra a nomeação do médico, pois o mesmo era um cristão-novo, atributo que o impedia de assumir postos na administração pública. Siqueira foi denunciado ao Santo Ofício, e foi levado para Lisboa, para substituí-lo foi nomeado o dr. Francisco Costa Ramos, que por razões pessoais transferiu-se para Minas Gerais, deixando como substituto o dr. Matheus Saraiva. Após o falecimento do titular este assumiu o seu posto, mas uma vez a protesto do Senado da Câmara que queria nomear o dr. Euzébio Ferreira Vieira, mas prevaleceu a nomeação do dr. Mathesus Saraiva, indicado pelo governador. Cf. CAVALCANTI, Nireu. O Rio de Janeiro Setecentista, op. cit, p. 192-3.

da cidade do Rio, físico-mor das tropas reais, médico da Câmara e Saúde e sócio da Real Sociedade de Ciência de Londres, pronunciou-se contra os editais da Câmara e a favor dos negociantes de escravizados novos, tanto em 1758, quanto em 1765. Em 1758, declarou que era morador na rua Direita há 43 anos e que nunca havia chegado ao seu conhecimento “nenhuma epidemia, moléstia por contágio do mal de Luanda (ou escorbuto) introduzida na cidade por algum escravo vindo da costa da África, nem por outra doença, ou bexiga”. Disse ainda que o escorbuto e a bexiga não eram motivos de queixas dos “comboios no exame da visita da saúde”, nem no hospital militar e nem mesmo em Pernambuco e nos outros principais portos do Brasil. Em 1765 ele deu o seguinte depoimento:

Certifico que os escravos novos vindo da Costa da África e Guiné, antes que se desembarque para a Alfândega são primeiro visitados pela Visita da Saúde, a que eu vou como médico da saúde, por Provisão Real, para que, no caso que identificar algum mal contagioso, se ordena dar-se-lhe quarentena e também mais que nas casas de minha vizinhança e onde há muitos anos se administram a venderem os negros escravos, nada se observa de epidemias, nem mal contagioso, por esses escravos, nem nas famílias das citadas casas, ou quaisquer outra casas aonde venho assistindo, com escravos novos<sup>27</sup>.

Com base no quadro acima podemos dizer que as preocupações sanitárias com os africanos novos, na urbe carioca eram antigas. Infelizmente quase não existem registros sobre as visitas da saúde as embarcações no porto. A documentação da Câmara Municipal do Rio de Janeiro sofreu duas grandes perdas, além daquela causada pela ação do tempo e a falta de cuidados com o acervo. Em 1711, com a invasão francesa a cidade foi saqueada, o prédio da Câmara foi incendiado, juntamente com grande parte do patrimônio imobiliário documental e Artístico da cidade. Em 1790 o prédio do Senado da Câmara, então situado no Arco do Teles, no Paço dos Vice-reis, atual Praça Quinze de Novembro, sofreu um incêndio devastador e grande parte de sua documentação foi perdida. Sobre as visitas da saúde a única documentação por nós encontrada foi o códice 50.4.36, no acervo

---

27 AHU-RJ, cód. 225.

do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, referente aos anos de 1791 e 1792. O documento traz as seguintes informações, nome, escalas, tipos de artigos embarcados, a quantidade de escravizados embarcados e o número daqueles faleceram durante a viagem. No que diz respeito à visita da saúde, era feita pelo provedor da saúde que normalmente era o vereador mais velho acompanhado pelo médico da Câmara, que em geral não entravam na embarcação para proceder à vistoria, limitavam-se em realizar um interrogatório ao capitão do navio assistido por duas testemunhas, em que faziam as seguintes perguntas: “Se trazem todos passaporte de saúde, quantos são os enfermos? E quantos dias há que adoeceram, que pessoas lhe morreram na viagem? Com que dias e de que mal? Se os enfermos ou defuntos padeceram alguns tumores? Em que partes?” Podemos constatar que tais vistorias eram muito precárias e que não refletem as preocupações contidas nas falas dos médicos e cirurgiões e do próprio Senado da Câmara, o que demonstra o quanto a lei era ignorada. Um relato do viajante inglês Thomas Ewbank que esteve no Rio de Janeiro em 1846, demonstra que as preocupações nas visitas da saúde aos navios no porto podem ter permanecido as mesmas até meados do século XIX. Nas palavras do viajante:

Os regulamentos do porto exigem, porém, que ancoramos perto da pequena ilha e forte de Villegaigon, de onde uma barca coberta trouxe para o navio o medico do porto. Sem subir a bordo, perguntou se havia alguém enfermo. Exigiu todas as cartas e jornais, mesmos os destinados a assinantes, pediu meu passaporte e ordenou-me que comparecesse dentro de três dias à Chefia de Polícia, onde receberia de volta o documento com uma autorização para tomar aposentos na cidade. Em seguida despediu-se após ordenar ao capitão que esperasse até ser visitado pelo barco da alfandega [...]<sup>28</sup>

Foi, portanto, no meio de acirrados conflitos que, quase dez anos após a publicação do segundo edital da Câmara, o Marquês do Lavradio ordenou que o comércio dos chamados “negros novos” passasse para o sítio do Valongo. Sua intervenção foi, portanto, o desdobramento de décadas de debates e iniciativas no sentido de tirar ou não o comércio de africanos escravizados do centro da urbe carioca. Em relatório deixado a seu sucessor, Luís de

---

28 EWBANK, Thomas. Vida no Brasil ou diário de uma visita à terra do cacauero e da palmeira. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp.1976. p.48.

Vasconcelos, fala da transferência do mercado de escravizados novos para o Valongo, mas omite o debate anterior e os interesses envolvidos. Assim diz o referido relatório, datado de 19 de junho de 1779:

Havia mais n' esta cidade o terrível costume de que todos os negros que chegavam da costa d' Africa a este porto, logo que desembarcavam, entravam para a cidade, vinha para as ruas públicas e principais dela, não só cheios de infinitas moléstias [...] foi preciso ser eu muito constante na minha resolução, para que logo que dessem a sua entrada na Alfândega [...] embarcassem para o sítio chamado Valongo, [...] ali se aproveitassem das muitas casas e armazens que ali há para os terem; e que aqueles sitios [sic] fossem as pessoas que os quisessem comprar [...]<sup>29</sup>.

Essa é, entretanto, uma afirmação feita num momento em que o Marquês prestava contas de sua administração e estava, portanto, preocupado em enaltecer seus próprios feitos. No documento abaixo, na qual determina que o comércio de escravizados novos fosse definitivamente transferido para o Valongo, o próprio Marquês reconhece que essa resolução já havia sido anteriormente determinada pela Câmara:

Sendo-me presente os gravíssimos danos, que se tem seguido aos moradores desta cidade de se conservarem [...] dentro da mesma, imensos negros novos que vêm dos portos de Guiné e Costa de África, infestados de gravíssimas enfermidades, [...] dos quais se acham sempre cheias a maior parte das ruas, e casas dos comerciantes, que os costumam vender [...] de que tem resultado contagiosas queixas epidêmicas, de que de anos a esta parte se acha infestado todo esse país, [...] o que já em outro tempo foi ponderado pela Câmara dessa Cidade, que justamente persuadida pelos professores. De que as contagiosas moléstias que se experimentavam eram causada da infecção dos negros novos, que se achavam a vender pelas ruas e praças da cidade, os mandou retirar logo para fora dela, o que não teve efeito, por passarem aqueles mesmos segundas certidões em contrárias as

---

29 Relatório do Marques de Lavradio, vice-rei do Brasil, entregando o Governo a Luiz de Vasconcelos e Souza, que o sucedeu no vice-reinado, 19 de junho de 1779. Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, 1843, tomo 4, v. 4, n. 16.

primeiras, talvez depois de subornados pelos comerciantes vendedores dos mesmos escravos as quais se acham juntas aos Autos de Litígio, [...] que finalmente se julgou a favor dos mesmos comerciantes [...]. Me pareceu dizer a vós mercês haja que dar aquelas providencias que entenderem necessárias, a fim de que não sejam conservados nessa cidade os negros novos, que vem dos portos da Guiné e Costa da África, ordenando, que tanto os que se acham nela, como os que vierem chegando de novo daqueles portos, de bordo das mesmas embarcações que os conduzirem, depois de dada visita da saúde, sem saltarem em terra, sejam imediatamente levados ao sitio do Valongo, onde se conservarão, desde a Pedra da Prainha até a Gamboa e lá se lhes dará saída e se curarão os doentes e enterrarão os mortos [...] assim se haja de observar daqui em diante, enquanto El Rei Meu Senhor não mandar em contrário. Deus guarde a vós mercê. Rio de Janeiro, 12 de abril de 1774<sup>30</sup>.

O que o vice-rei fez em 1774 foi fazer cumprir determinações cuja necessidade vinha sendo objeto de uma longa disputa que começara com uma postura da Câmara, acerca do comércio de escravos dentro da cidade, atendendo finalmente a uma demanda da população e alguns médicos, cirurgiões e vereadores, que começavam a se mobilizar no sentido de desencadear uma reflexão e um conjunto de ações que terminaram por representar o primeiro grande esforço de construção de uma saúde pública na cidade.

### *O mercado de almas da praça carioca*

Assim, após a entrada na Alfândega e cumprido as formalidades legais, pagamento de impostos e visita da saúde, se houvesse doentes, estes deveriam fazer quarentena nos lazaretos em uma das ilhas da Baía de Guanabara, onde deviam receber cuidados médicos e alimentares, antes de serem e conduzidos ao Valongo, onde eram preparados para serem expostos a venda na porta das casas ou nos quintais, geralmente no fundo das casas. Essas casas eram chamadas “barracões”<sup>31</sup> (veja mapa 1). Por meio dos registros contidos nos livros da Décima Urbana, pode-se comprovar que grande parte dos imóveis ali localizados eram sobrados e lojas comerciais, em sua maioria

---

30 ANRJ, Códice 70, v. 7, p. 231.

31 EBEL, Ernst. O Rio de Janeiro e seus arredores em 1824. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1972. p. 42.

alugados<sup>32</sup>. Algumas eram pequenas, mas muitas podiam chegar a acomodar de 300 a 400 escravizados, chamadas de verdadeiros “palácios”<sup>33</sup>. Em cima morava o proprietário com sua família e embaixo ficavam os escravizados à venda. O andar térreo era adaptado para a exposição dos cativos e mantido sem paredes internas, como um salão, uns maiores outros menores, conforme o tamanho do sobrado, o que permitia avaliações tão díspares. O salão ia até o quintal dos fundos, onde outros escravos permaneciam no chão ou em bancos, muitas vezes expostos ao sol e à chuva<sup>34</sup>.

Alguns proprietários possuíam vários imóveis. O negociante de escravizados e sócio do lazareto, João Alves de Souza Guimarães possuía no Valongo quatro imóveis; o Brigadeiro Jacinto de Mello, possuía nove. O negociante José da Costa Barros, que figurava entre os maiores proprietários de imóveis na cidade, com 22 imóveis na área central da cidade,<sup>35</sup> possuía 14 imóveis no Valongo. Os herdeiros de Antonio Leite, que eram proprietários de 54 imóveis na cidade, possuíam um trapiche e dois sobrados com lojas no Valongo.

Observamos que o aumento progressivo do número de lojas se dá no mesmo momento da alta do tráfico, entre o final do século dezoito e o começo do século dezenove, portanto, essas lojas estariam sendo usadas para abrigar um contingente cada vez maior de africanos novos, recém-chegados ao mercado carioca. Isso nos leva a crer que o mercado de escravizados era um complexo conjunto de atividades vinculadas a mão obra escravizada, onde se destacavam os barracões de compra e venda, mas também os escritórios dos corretores, que representavam os grandes senhores e compravam os melhores escravizados em seu nome, as lojas de vender ferros, instrumentos de castigo indispensável para manter a disciplina do escravizado, as lojas de alimentos e também as de panos para as roupas e as de barbeiros que eram

---

32 No período consultado (1808-1813), a rua do Valongo está registrada na freguesia da Sé. Após esse período, segundo Nireu Cavalcanti, os fiscais passam a registrá-la na freguesia de Santa Rita. Cavalcanti, 2004, p. 265. Conforme os livros de Décima Urbana existiam ainda casas térreas, terrenos sem construção e casas em ruínas. AGCRJ. Décima Urbana (1809-1831), Freguesias São José, Sé e Engenho Velho. Em 1809 havia no Valongo 91 imóveis em 1831 eles chegavam 822.

33 SCHICHTHORST, Carl. O Rio de Janeiro como é 1824-1825. Brasília: Senado Federal, 2000. p. 136.

34 Os imóveis do Valongo, em sua grande maioria, eram sobrados de dois andares, e havia umas poucas casas térreas e alguns terrenos vazios. AGCRJ. Livro de Décima Urbana da freguesia de Santa Rita, 1809-1831.

35 CAVALCANTI, 2004. Op. cit. p. 276.

essenciais à saúde dos escravizados. Também faziam parte deste complexo os lazaretos e o Cemitério dos Pretos Novos, onde eram sepultados aqueles que não resistiam aos sofrimentos da viagem (veja mapa 1).

Por sua insalubridade, o mercado necessitava de constantes lavagens e sua proximidade com o mar proporcionava também um bom arejamento das casas<sup>36</sup>. Apesar da grande polêmica sobre a mudança do mercado, da importância do comércio no conjunto as atividades econômicas da cidade, do uso generalizado de escravizados por seus moradores e até mesmo da visita dos viajantes ao local, são poucas as descrições sobre a sua localização espacial, nunca foi determinada com precisão, tampouco efetivamente conhecidas às condições em que esses cativos ali permaneciam. Observa-se pela documentação que os relatos - mais ou menos positivos - vão depender da época e das condições: em períodos de grande importação, ao que tudo indica, os africanos eram mais maltratados e podiam-se perceber excessos. De acordo com os dados da alfândega, para o ano de 1827, foram importados 786 africanos em maio, contra 4.401 em março. Nessas ocasiões, a exigência de confinamento em armazéns fechados e a proibição de expor os escravos na rua aumentava o sofrimento daqueles que ali ficavam.

### ***O olhar dos viajantes***

Os relatos dos viajantes são, sem dúvida, pautados por sentimentos eurocêntricos, seguem o pensamento cientificista e evolucionista, defendem a superioridade da civilização europeia, e tantos outros princípios já analisados pela historiografia<sup>37</sup>. Um exemplo dos mais contundentes desse olhar dos viajantes aparece em Freireyss, naturalista alemão que esteve no Brasil, em expedições científicas por Minas Gerais, Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro, entre 1814 e 1815. Ele descreve um escravo do Valongo dizendo: “um negro assim, nu e que com a curiosidade do macaco tudo observa, parece muito mais próximo ao orangotango do que do europeu e acredito que assim o seja”<sup>38</sup>. Interessante notar que no caso era ele, o viajante, que observava o escravizado e de sua observação extraía sua conclusão. Entretanto, para além

---

36 KARASCH, Mary. A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850). São Paulo: Companhia das Letras, 2000, pp. 75-76.

37 SANTOS, Rafael Chaves. Os viajantes e o negro no Rio de Janeiro do século XIX. Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar, n. 15 - abr-jul. 2008.

38 FREIREYSS, Georg Wilhelm. Viagem ao interior do Brasil 1814-1815. São Paulo: 1906. p. 119.

de suas opiniões, os viajantes também deixaram em seus relatos informações preciosas para a tentativa de reconstituição desse espaço. O viajante inglês Charles Brand assim descreveu a situação dos escravizados novos no Valongo.

A primeira loja de carne em que entramos continha cerca de trezentas crianças. De ambos os sexos; o mais velho podia ter doze ou treze anos e o mais novo, não mais de seis ou sete anos. Os coitadinhos estavam todos agachados em um imenso armazém, meninas de um lado, meninos do outro, para melhor inspeção dos compradores; tudo o que vestiam era um avental xadrez azul e branco amarrado pela cintura; [...] O cheiro e o calor da sala eram muito opressivos e repugnantes. Tendo meu termômetro de bolso comigo, observei que atingia 33°C. Era então inverno (junho); como eles passam a noite no verão, quando ficam fechados, não sei, pois nessa sala vivem e dormem, no chão, como gado em todos os aspectos<sup>39</sup>.

A escritora inglesa Maria Graham, uma das mais conhecidas entre os viajantes que estiveram no Brasil nos primeiros anos da década de 1820, publicou um livro em 1824 intitulado *Viagem ao Brasil*. Nele, narra a vida na Corte de Dom Pedro e Dona Leopoldina e deixou consideráveis manuscritos que retratam suas impressões sobre o cotidiano brasileiro. De sua visita ao Valongo, deixou contundente relato dos horrores ali praticados:

Vi hoje o Valongo. É o mercado de escravos do Rio. Quase todas as casas desta longuíssima rua são depósitos de “escravos”. Passando pelas suas portas à noite, vi na maior parte delas bancos colocados rente às paredes, nos quais filas de jovens criaturas estavam sentadas, com as cabeças raspadas, os corpos macilentos, tendo na pele sinais de sarna recente. Em alguns lugares as pobres criaturas jazem sobre tapetes, evidentemente muito fracos para sentarem-se. Em uma casa as portas fechadas até meia altura e um grupo de rapazes e moças, que não pareciam ter mais de quinze anos, e alguns muito menos, debruçavam-se sobre a meia porta e olhavam a rua com faces curiosas. Eram evidentemente negros bem novos. Ao aproximar-me deles, parece que alguma coisa a meu respeito lhes atraiu atenção; tocavam-se uns nos outros para certificarem-se que todos me estavam vendo depois conversaram no dialeto africano próprio com muita vivacidade. Dirigi-me a eles e olhei-os de

---

39 BRAND, *Journal*, p. 13, apud. KARASCH, 2000, p. 76.



perto, e ainda que disposta a chorar. Fiz um esforço para lhes sorrir com alegria e beijei minha mão para êles; com tudo isso pareceram eles encantados; pularam e dançaram como que retribuindo as minhas cortesias<sup>40</sup>.

Embora os relatos de Graham sejam preciosos, quem nos dá uma das melhores descrições do Mercado do Valongo são o zoólogo Johann Baptist Von Spix e o botânico Carl Friedrich Von Martius, que estiveram no Brasil como pesquisadores, acompanhando a comitiva da princesa austríaca Dona Leopoldina, esposa de Dom Pedro I. Em abril de 1817, os naturalistas bávaros e os membros da expedição austríaca zarparam do porto de Trieste; em junho de 1817 deram entrada no porto do Rio de Janeiro, permanecendo no Brasil até 1820. Ficaram seis meses na Corte carioca e deixaram relatos importantíssimos sobre o cotidiano dos escravizados no Valongo:

Logo que esses escravos chegam ao Rio de Janeiro, são aquartelados em casas alugadas para tal fim na Rua do Valongo, junto do mar. Vêem-se ali crianças, desde os seis anos de idade, e adultos de ambos os sexos, de todas as idades. Eles jazem meio nus, expostos ao sol nos pátios, ou fora, em volta das casas, ou separados segundo os sexos, distribuídos em diferentes salas. Um mulato ou preto, já prático do serviço, cuida dos alimentos e presta aos recém-chegados os necessários cuidados. O prato principal é o pirão de farinha de mandioca ou o angú de fubá, cozido com água, mais raramente a carne salgada do Rio Grande do Sul; o preparo desses simples manjares fica entregue tanto quanto possível a eles próprios, que os comem numa abóbora escavada ou nas cuias da árvore de cuité [...]. Negros e negras que se comportam bem, recebem como recompensa fumo ou rapé. Passam a noite sobre esteiras providas de cobertores de lã. [...] Quem deseja comprar escravos dirige-se para fazer a escolha à Rua do Valongo, onde os guardas os apresentam inteiramente nus, em filas. O comprador verifica o vigor físico e a saúde, ora apalpando o corpo todo, ora fazendo o negro executar rápido movimento especialmente a extensão do punho cerrado.<sup>41</sup>.

---

40 GRAHAM, Maria. Diário de uma viagem ao Brasil 1821-1823. Tradução de Américo Jacobina Lacombe.

41 SPIX, Johann Baptist von; MARTIUS, Karl Friedrch Philip von. Viagem pelo Brasil. (1823). São Paulo/Brasília: Editora Melhoramentos - INL, 1976.v. 2, p. 57-58.

O médico naturalista da Universidade de Berlim, Dr. Franz Julius Ferdinand Meyen, que participou da expedição científica na América do Sul a bordo do navio Princesa Louisa, assim descreveu o mercado formalmente, pouco antes da abolição do tráfico legal em 1831:

Visitamos os Depósitos de Escravos no Rio e encontramos muitas centenas praticamente nus, os cabelos quase todos cortados, parecendo medonhos. Estavam sentados em bancos baixos ou amontoados no chão, e sua aparência nos fez estremecer. A maioria daqueles que vimos era de crianças, e quase todos tinham sido marcados com ferro quente no peito ou em outras partes do corpo. Devido à sujeira dos navios em que haviam trazidos e à má qualidade de sua dieta (carne salgada, toucinho e feijão), tinham sido atacados por doenças cutâneas, que a princípio pareciam pequenas manchas e logo se transformavam em feridas e corrosivas. Devido à fome e miséria, a pele havia perdido sua aparência preta e lustrosa. E assim, com as manchas das erupções esbranquiçadas e cabeças raspadas, com suas fisionomias estúpidas e pasmadas, certamente pareciam criaturas que dificilmente alguém gostaria de reconhecer como seu próximo.<sup>42</sup>.

Seus relatos nos dão uma excelente descrição das condições de higiene dos navios e da qualidade alimentar dos negros novos a durante a viagem. Embora seu espanto nos revele que ele sentiu certa indignação com a forma de tratamento dispensada aos negros novos pelos negociantes, não podemos deixar de perceber a forma negativa como ele se refere aos cativos.

O já citado Freireyss oferece detalhes preciosos sobre idade e sexo de todos os cativos ali expostos:

Entre os escravos importados há, portanto, três quartas partes mais homens e entre os 40.000, admitidos como importação anual, há apenas 10.000 homens e mulheres adultos; todos os mais são crianças em diversas idades, muitas vezes até nascidas durante a viagem; geralmente, porém de 8 - 10 anos<sup>43</sup>.

---

42 MEYEN, Franz Julius Ferdinand. *Reise um die Erde: Ausgeführt auf dem Königlich preussischen Seehandlungs-Schiffe Prinzess Louise, commandirt von Capitain W. Wendt, in den Jahren 1830, 1831 und 1832.* Ed. 1834, pp. 77-18.

43 FREIREYSS, Georg W. *Viagem ao interior do Brasil nos anos de 1814-1815.* São Paulo. 1982, p. 130.

Todos os viajantes citam a presença de crianças nas embarcações. Essa é sem dúvida uma informação importante e que confirma outros estudos que indicam o crescimento da importação de crianças ao longo do século XIX<sup>44</sup>.

O pintor francês Jean-Baptiste Debret nos dá uma minuciosa descrição dos armazéns do Valongo. Debret esteve a serviço da Corte Imperial, como professor de pintura histórica da Missão Artística Francesa. Por meio de suas aquarelas, reunidas no livro *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, publicado em Paris entre 1834 e 1839, deixou importantes registros sobre os escravizados nas ruas da cidade do Rio de Janeiro.

É na Rua do Valongo que se encontra, no Rio de Janeiro, o mercado de negros, verdadeiro entreposto onde são guardados os escravos recém-chegados da África. Às vezes pertencem a diversos proprietários e são diferenciados pela cor do pedaço de pano ou sarja que os envolve, ou pela forma de um chumaço de cabelo na cabeça inteiramente raspada.

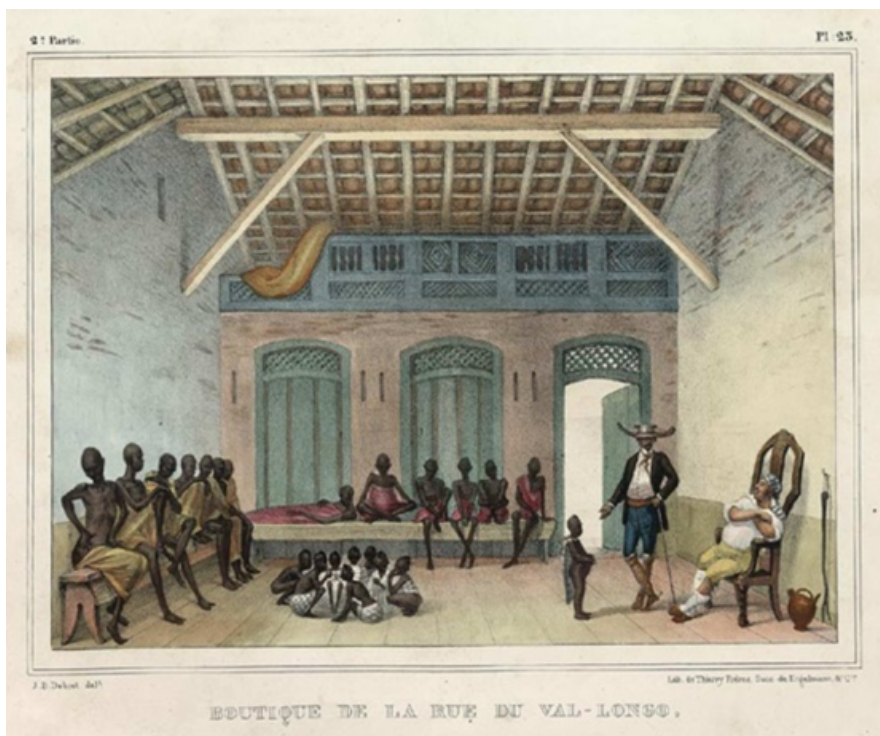
Essa sala de venda, silenciosa o mais das vezes, está infectada pelos miasmas de óleo de rícino que se exalam dos poros enrugados desses esqueletos ambulantes, cujo olhar furioso, tímido ou triste lembra uma *ménagerie*<sup>45</sup>. Nesse mercado, convertido em salão de baile por licença do patrão, ouvem-se urros ritmados dos negros sobre si próprios e batendo o compasso com as mãos; essa espécie de dança e semelhante a dos índios do Brasil<sup>46</sup>.

---

44 Para uma abordagem do tema ver COLLEEN, A. Vasconcellos, *Children and Youth in History*, em página dedicada ao ensino a autora traz uma seleção de citações de obras que tratam do tema. Disponível em: <<http://chnm.gmu.edu/cyh/teaching-modules/141?section=bibliography>>.

45 uma coleção de animais selvagens que são mantidos em particular ou para serem exibidos ao público. Disponível: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/menagerie> e <https://michaelis.uol.com.br/palavra/xWWxv/menagerie/#:~:text=1%20cole%C3%A7%C3%A3o%20de%20animais%20selvagens,s%C3%A3o%20mantidos%20os%20animais%20selvagens>. Acesso: 18/09/2023; *Ménagerie* (lê-se “*menagerri*”), é uma palavra francesa para designar uma coleção particular de animais vivos em cativeiro, geralmente selvagens e exóticos[1]. Trata-se de um estabelecimento histórico, de luxo e de curiosidade, para manter e apresentar animais selvagens e exóticos, podendo ser considerado o predecessor dos jardins zoológicos modernos. Embora trate-se de uma atividade que remonta às épocas imemoriais, o termo foi usado pela primeira vez no século XVII na França para designar uma coleção de animais da realeza ou da aristocracia, sendo o exemplo mais célebre naquele momento a coleção privativa de animais selvagens localizada no Palácio de Versalhes. Disponível: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Menagerie> - Acesso: 18/09/2023.

46 DEBRET, J. B. *Viagem Pitoresca e histórica ao Brasil*. São Paulo. Circulo do Livro S.A. Tradução cedida para o Circulo do Livro S.A. por cortesia da Livraria Martins Editora S.A. s/d. p. 229.



**Figura 1:** Mercado do Valongo<sup>47</sup>

O bávaro Johann Moritz Rugendas representou os escravizados nos seus melhores corpos, utilizando-se de tons de cinza e esfumados que dão aos corpos escravizados uma postura tranquila e serena, que condiz com as cenas bem iluminadas com tons claros e escuros, dando graça ao movimento, conferindo ritmo aos corpos, que são anteparo às luzes que produzem uma dinâmica variada<sup>48</sup>.

47 DEBRET, Jean Baptiste. *Voyage pittoresque et historique au Brésil*. Tomo I prancha 25 Biblioteca Nacional Acervo Digital. Disponível em <[http://acervo.bn.digital.bn.br/sophia/index.asp?codigo\\_sophia=16381](http://acervo.bn.digital.bn.br/sophia/index.asp?codigo_sophia=16381)>. Acesso em 14 julho de 2023.

48 Rodrigo Naves. *A forma difícil: ensaios sobre a arte brasileira*. Rio de Janeiro: Ática, 1997. p. 110.



**Figura 2:** Mercado de escravos<sup>49</sup>

Entretanto, sua prancha do Valongo, de grande beleza estética, se contradiz com seu relato, que diz serem as casas do mercado “verdadeiras cocheiras”, mas, por outro lado, dá uma excelente descrição sobre a situação dos negros novos no Valongo<sup>50</sup>.

49 RUGENDAS, Joham Moritz, Voyage Pittoresque dans Le Brésil, 4<sup>a</sup> divisão, prancha 3 – Biblioteca Nacional Acervo Digital. \_ No alto a direita vê-se a torre da igreja de São Francisco da Prainha (na atual Sacadura Cabral, Largo da Prainha), COARACY, Vivaldo. Memórias da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Livraria José Olímpio Editora, 1965, PP. 360 e 376.

50 De acordo com Rodrigo Naves, na obra e Viagem Pitoresca através do Brasil, Rugendas litografou apenas duas pranchas de seu livro, e outros 22 litógrafos participaram da obra, o que lhe confere, inclusive, uma grande variação de estilos e qualidade. Como os desenhos originais do artista não se encontram a disposição para um cotejo, resta analisar o que temos, levando em conta que, embora tenha havido infidelidades na passagem dos desenhos para as litografias, Rugendas afinal aprovou a obra, o que nos revela muito de sua concepção. Mas seus registros não perdem por isso o valor documental. CARNEIRO, Newton, 1979. p.33-36, Apud NAVES, Rodrigo. A forma difícil: ensaios sobre arte brasileira. Rio de Janeiro: Ática, 1997.

Da alfândega os negros são conduzidos para os mercados, verdadeiras cocheiras. Aí ficam até encontrar comprador. A maioria dessas cocheiras de escravos se acha situada no bairro do Valongo, perto da praia. Para o europeu, o espetáculo é chocante e quase insuportável. Durante o dia inteiro êsses miseráveis, homens, mulheres, crianças, se mantêm sentados ou deitados perto das paredes dêsses imensos edifícios e misturados uns aos outros; e, fazendo bom tempo saem à rua. Seu aspecto tem algo horrível, principalmente quando não se refizeram da travessia. O cheiro que se exala dessa multidão de negros é tão forte, tão desagradável, que se faz difícil permanecer na vizinhança quando ainda não se está acostumados. Os homens e mulheres andam nus, com apenas um pequeno pedaço de pano grosseiro em volta das ancas. São alimentados com farinha de mandioca, feijão e carne-seca. Não lhes faltam frutas refrescantes<sup>51</sup>.

Mesmo achando que o mercado era um lugar que oferecia um espetáculo chocante e quase insuportável, Rugendas, considerava que os escravizados eram mais bem tratados nesses mercados que durante a travessia, por isso raramente queixam-se, e são mesmo vistos de cócoras ao redor do fogo, entoando cantos monótonos e barulhentos, que acompanham com as mãos. Inquietos para conhecer seu destino, explodem em alegria quando são comprados e acompanham com prazer os seus novos senhores<sup>52</sup>. Essa impressão possivelmente resulta do fato de que os africanos conheciam a escravidão e de algum modo sabiam, ou esperavam, que o dia a dia nas mãos de um único senhor fosse mais fácil que o deslocamento até o momento da venda final.

Podemos perceber que tanto as imagens e textos de Debret, Rugendas e os escritos dos viajantes e naturalistas sobre o negro e a escravidão na cidade, apesar de diferenças por acusa da técnica empregada, estética e visão pessoal de cada autor, todos eles compartilhavam a mesma visão de mundo eurocentrista. Ou seja, reconhece-se a humanidade do negro, mas a conce-

---

51 RUGENDAS, Johann M. Viagem pitoresca através do Brasil. São Paulo: Edusp/Martins, 1972, p. 175.

52 “Essa situação por mais que desagradável que possa ser, parece-lhes realmente suave depois dos sofrimentos da travessia. Isso explica porque não se mostram os negros infelizes nestes mercados.” RUGENDAS, op cit., p. 175.

bem de forma degradante, degenerada, tendo de ser recuperada através do processo civilizador europeu<sup>53</sup>.

### ***A Provedoria-Mor da Saúde e controle sanitário dos negros novos no porto***

A fiscalização e regulamentação do exercício profissional das artes de cura e do comércio das drogas, nos três primeiros séculos de colonização, eram exercidas pelo físico-mor e o cirurgião-mor do reino e nas colônias estava a cargo de seus delegados. O Senado da Câmara das vilas e cidades também legislava sobre a e higiene e, por meio de seus médicos, zelava pela saúde e fiscalizava os profissionais médico-farmacêuticos e boticários, dentro das possibilidades da época. Em 1782, no reinado de D. Maria I, foi criada a Real Junta do Proto-medicato, com sede em Lisboa e delegados na América Portuguesa. A partir de então, os representantes das autoridades da Junta passaram a examinar os candidatos e conceder as cartas necessárias ao exercício da profissão, mediante exame. Também cassavam diplomas e licenças, inspecionavam boticas, regulamentavam o preço das drogas, vistoriavam hospitais, tomavam medidas de defesa sanitária em tempos de epidemias, e eram responsáveis pela regulamentação da fiscalização nos portos.

De acordo com um aviso de 23 de maio de 1800, a Real Junta do Proto-medicato obrigava todos os cirurgiões que quisessem embarcar a serviço a obter licença para exercer seu ofício em viagem:

A Real Junta do Proto-medicato faz saber, que havendo o Príncipe Regente Nosso Senhor determinado por aviso de 23 de maio de 1800, expedido pelo secretario de Estado e Negócios do Reino, á mesma Real Junta, que todos os cirurgiões que se destinarem para o serviço da Marinha, e que costumam andar embarcados, devem obter licença da Real Junta do Proto-medicato para curar de Medicina, e exercitar a arte farmaceutica a bordo dos navios procedendo para isso hum exame próprio a este desígnio [...] <sup>54</sup>.

---

53 FREITAS, Iohana Brito de. O Desafio do Visível: a representação da população negra nas Viagens Pitorescas de Debret e Rugendas. Revista da ABPN • v. 12, n. Ed. Especial – Caderno Temático: “Africanos, escravizados, libertos biografias, imagens e experiências atlânticas” • agosto de 2020, p. 16.

54 Edital da Real Junta do Proto-medicato de 16 de dez. 1803 (Lisboa). AN, maço – IS41.

Com a chegada da Família Real e sua Corte ao Brasil, começa a modificar-se o quadro da medicina na colônia. Junto como príncipe regente e sua Corte, chegaram renomados médicos portugueses, formados pela Universidade de Coimbra, entre os quais, Manuel Vieira da Silva e José Corrêa Picanço, tendo esse recebido, em fevereiro de 1808, a Carta Régia que o autorizava a criar a primeira escola de Medicina do Brasil: a Escola de Anatomia e Cirurgia da Bahia, quando a Corte aí aportou. Seguindo o príncipe regente para o Rio de Janeiro, em 27 de fevereiro de 1808, foram nomeados para os cargos de físico-mor e cirurgião-mor do reino, respectivamente, e em 13 de novembro de 1808, mediante alvará, passou-se a responsabilidade da fiscalização da medicina no Brasil ao cirurgião-mor do reino, José Corrêa Picanço – essa função até então era exercida pela Real Junta do Proto-medicato, extinta em 7 de fevereiro de 1809.

Eu Príncipe Regente Faço saber aos que o presente Alvará com força de Lei virem, que Tendo nomeado Físico-Mór, e Cirurgião-Mór do Reino, Estados, e Dominios Ultramarinos, por decretos de vinte sete de Fevereiro de mil oitocentos e oito aos Doutores Manoel Vieira da Silva, e José Correia Picanço, do Meu Conselho; e havendo declarado a Jurisdição que lhes compete, no Alvará de treze de Novembro do mesmo ano[...] Sou servido abolir, e extinguir a sobredita Junta de Proto-Medicato [...] Rio de Janeiro em sete de Janeiro de mil oitocentos e nove<sup>55</sup>. Príncipe - Conde de Aguiar

Pelo Decreto de 28 de julho de 1809, foi criada a Provedoria-Mor da Saúde. Na ocasião, foi criado também o posto de provedor-mor da Saúde, que foi ocupado por Manoel Vieira da Silva, a quem, entre outras atribuições, competia fiscalizar as embarcações no porto. ”dezanexando da Inspeção das Câmaras, e unindo lhe toda a jurisdição necessária a fim que por si, e seus Delegados se conserve a Saude publica pondo-se em pratica no que for applicável o Regimento do provimento da Saude”<sup>56</sup>

O Alvará de 22 de janeiro de 1810 deu regimento aos delegados do fi-

---

55 ANRJ – Série Saúde \_ IS 41 – alvará de 07 de janeiro de 1809.

56 ANRJ – Série Saúde – IS41- Decreto de 28 de julho de 1809 que institui o cargo de Provedor-mor da Saúde – Ministério do Reino e Império – Provedoria da Saúde – ofícios e documentos diversos – 1809-1817.



sico-mor e estabeleceu as providências necessárias para a aplicação da saúde pública, estabelecendo o quanto cada embarcação nacional e estrangeira de acordo com o porte pagaria para entrada no Lazareto, assim como se pagaria por cada escravizado pela visita da saúde aos navios, ”mas alemdelles pagará cada para o cofre da Saúde 200 reis e sendo os menores de dez annos 100 reis; o que será cobrado na alfandega com os outros direitos; e desta contribuição sahir as despezas do edificio e reparo do Lazareto”<sup>57</sup>.

O mesmo alvará estabelecia que todos os navios ancorados no porto do Rio de Janeiro tinham que receber a inspeção da Junta da Saúde antes do desembarque. Em especial, as embarcações provenientes de portos negreiros passariam a ancorar em frente ao Paço ou no ancoradouro da Boa Viagem, aguardando a fiscalização da saúde. Em caso de quarentena, a embarcação era encaminhada para a Ilha do Bom Jesus.

Já no Alvará de 28 de julho de 1810, D. João estabelece que os emolumentos que oficiais da Saúde deveriam receber pelas visitas e demais diligências, deveriam ser razoáveis e moderados, de acordo com a “gradação de cada um dos lugares estabelecidos, importância de suas funções, ordenados perceberem”,<sup>58</sup> pois ao mesmo tempo em que era justo receberem pelos seus serviços, não poderiam contribuir para a carestia dos gêneros, muito menos aumentar os encargos das embarcações, pois impediriam a prosperidade da Marinha. O alvará esclarece que não havia interesse em prejudicar o comércio, nem os fiéis vassallos<sup>59</sup>.

### ***A quarentena na Ilha do Bom Jesus e a criação do Lazareto da Gamboa***

O príncipe regente ordenou ao físico-mor Vieira da Silva a construção de um lazareto na Ilha de Boa Viagem, onde deveriam ficar em quarentena os navios vindos de portos suspeitos, mas este lazareto nunca foi construído e as embarcações continuaram sendo ancoradas na enseada da Boa Viagem ou no ancoradouro do Paço, onde deveriam receber a visita da saúde e a

---

57 Alvará de 22 de janeiro de 1810 - Coleção Leis do Brasil de 1810. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1891.

58 ANRJ – Série Saúde – IS42 – Alvará de 28 de julho de 1810 – grifos nossos.

59 ANRJ – Série Saúde – IS42 – Alvará de 28 de julho de 1810.

quarentena sendo cumprida na Ilha do Bom Jesus<sup>60</sup>, conforme estabelecia o Regimento de 22 de Janeiro de 1810.

[...] Os navios, que trouxerem cargação de escravos, esperarão no ancoradouro do Paço, ou no da Boaviagem, até que se faça a visita da Saude pelo Guarda-Mór e mais Officiaes; e feita ella, irão ancorar, e ter quarentena no ancoradouro da Ilha de Jesus. No acto da visita se determinarão os dias que cada um destes navios deve ter de quarentena, conforme as molestias que trouxer, mortandade que tenha havido, e mais circumstancias que ocorrerem; porém nunca terão de quarentena menos de oito dias,[...] os negros [...] ahi serem tratados, fazendo-os lavar, vestir de roupas novas, e sustentar de alimentos frescos; depois do que se lhes dará o bilhete de Saude e poderão entrar na Cidade para se exporem á venda no sitio estabelecido do Valongo<sup>61</sup>.

A espera no ancoradouro do Passo ou no da Boa Viagem não agravava os negociantes que queriam que os navios negreiros aguardassem no ancoradouro da Ilha do Bom Jesus e que fosse dispensada a espera no ancoradouro do Paço ou da Boa Viagem, onde os navios ficavam expostos aos inconvenientes do tempo. Alegavam que tal espera lhes causava prejuízo se por isso enviaram ao príncipe regente um requerimento no qual pediam dispensa dessa espera<sup>62</sup>.

---

60 No início do século XVIII, a ilha foi doada aos franciscanos, que ali ergueram a Igreja do Bom Jesus da Coluna, nome pelo qual passou a ser conhecida, além de um hospício e um convento. Entre o final do século XVIII e primeiras décadas do século XIX, o local recebeu milhares de escravos africanos, que tivessem contraído alguma moléstia durante a travessia do Atlântico. Os que se recuperavam eram enviados às lojas do Valongo. Os que não resistiam, eram sepultados no cemitério dos Pretos Novos. Cf MATOS, Hebe; ÁBREU, Martha; GURAN, Milton. Inventário dos Lugares de Memória do Tráfico Atlântico de Escravos e da História dos Africanos Escravizados no Brasil. Rio de Janeiro: LABHOI. Universidade Federal Fluminense, abril 2013.

61 Alvará de 22 de janeiro de 1810 – Coleção das Leis do Brasil de 1810 – Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

62 BNRJ – Representação dos proprietários e armadores de resgate de escravos dirigida a S.A.R. Códice II, 34, 27, 15.



**Mapa 2:** Detalhe da Ilha do Bom Jesus<sup>63</sup>

O príncipe regente encaminhou o requerimento dos negociantes ao provedor-mor pedindo-lhe informações sobre os negociantes e que também desse seu parecer sobre o dito requerimento. O provedor, em sua resposta, procurava defender os interesses da repartição da saúde, ao mesmo tempo, tentava conseguir apoio do poder real, com o objetivo de desqualificar os argumentos dos negociantes que, segundo ele, eram calcados na “ambição que os cegava e que os revoltava contra a mesma utilidade pública que apre-goavam”, criando uma lei que para si mesmos<sup>64</sup>.

O provedor alegava que os negociantes queriam ser “juizes das soberanas determinações de V.A.R” e que tal pleito “destituía a autoridade do legislador e as bases dos direitos dos cidadãos” e “se perceberem que o trono os escuta”

63 FONTE: Laboratório de Cartografia da UFRJ.

64 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – Série Saúde – IS42 – 1810.

fariam novas representações<sup>65</sup>. Os negociantes alegavam que não havia razão para duas ancoragens, (uma no Paço ou na Boa Viagem e outra na Ilha de Jesus) porque a primeira já devia ser considerada uma espera de quarentena. O provedor alegava que a lei determinava apenas uma ancoragem, na Ilha do Bom Jesus, sendo a espera no ancoradouro do Paço ou da Boa Viagem momentânea, para a visita da saúde e que na sua brevidade não trazia qualquer risco. Segundo os negociantes, a preocupação era com os alimentos, pois “A Costa d’África donde são importados os Escravos, he escassa de mantimentos, e de viveres para o sustento dellez, e quazi sempre vem alimentados com os do retorno que na viagem de podiam estragar rapidamente<sup>66</sup>.”

Os traficantes alegavam que a Provedoria da Saúde dava um tratamento igual a todos, que os escravizados sadios não deveriam permanecer em quarentena junto com os doentes, isso se agravava quando misturavam escravos de mais de um navio, e que era desumano expor os sadios à contaminação<sup>67</sup>.

Vieira da Silva responde que os escravos não eram levados para a ilha para permanecerem misturados, mas que mesmo escravos aparentemente sadios, adoeciam gravemente após o desembarque e morriam de “moléstias epidêmicas, nascidas de infecções contraídas a bordo”. Vieira da Silva diz:

Isto só poderá pretender a desmedida ambição dos suppesq praticando o comercio o mais afrontozo a humanidade pela desumanidade e tratamto dos negros na sua condição atrevem-se a fallar repetidas vezes no seo requerimento em humanidade e que as providencias da Lei se não compadecem com ella. Esta linguagem da hipocresia este descaramento desafia os suppes toda a execração<sup>68</sup>.

Segundo os traficantes, todos esses inconvenientes somados aos que ocorriam na costa africana lhes causavam muitos prejuízos, sendo assim os danos maiores que os benefícios, o que os desestimulavam a permanecer

---

65 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva –Série Saúde – IS42 – 1810.

66 BNRJ – Códice – II, 34, 27, 15.

67 BNRJ – Códice – II, 34, 27, 15.

68 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva –Série Saúde – IS42 – 1810.

nesse comércio, o que traria também muitos prejuízos ao próprio Estado e a todos aqueles que dependiam dos braços dos escravos<sup>69</sup>.

Para Vieira da Silva, as providências da lei traziam mais benefícios que malefícios, pois as despesas realizadas com a quarentena acabavam sendo módicas, uma vez que os escravos limpos e sadios alcançam um melhor preço na hora da venda<sup>70</sup>.

Os negociantes afirmavam que os escravos novos que vinham da costa da África para o Rio de Janeiro, tinham ordinariamente as seguintes moléstias: bexiga (varíola) e sarampo, e essas moléstias já não ofereciam grande perigo, pois após a descoberta e o uso da vacina não passavam de um mal moderado, portanto não havia necessidade de tanta exigência de quarentena<sup>71</sup>.

Estando ele ainda cético com relação à vacina contra a varíola que começava a ser aplicada, pois ainda havia muitas discordâncias quanto ao seu uso e eficácia, “mostrando a experiência que mesmo vacinados muitos morrem”. Afirmava o provedor que no caso do sarampo nada ainda havia se afirmado em relação à sua cura pelo uso de vacinas<sup>72</sup>. A vacina era gratuita e aplicada anualmente a qualquer um que levasse seus escravos aos postos vacínios mantidos pelo governo. Segundo escreve o viajante alemão Georg Wilhelm Freireyss, que visitou o Valongo em 1814:

As doenças eram inúmeras e pareciam estar relacionadas a fadiga as misérias e maus tratos que sofreram na viagem e de que são de conseqüências. Muitos morrem de febres infecciosas, desenteria, escorbuto, nostalgia etc., antes de chegarem ao novo senhor, mas também muitas vezes logo depois. A varíola vítima também anualmente uma grande porção dos infelizes, não obstante, podem ser vacinados gratuitamente, para o que o governo mantém postos vacínios em muitos lu-

---

69 BNRJ – Códice – II, 34, 27, 15.

70 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – Série Saúde – IS42 – 1810.

71 BNRJ – Códice – II, 34, 27, 15.

72 Entre 1804 e 1818, a vacina era aplicada na Casa da Câmara, mas não encontramos registros sobre o número ou as condições em que essa vacinação era realizada. Segundo indica a documentação do Instituto Vacínico: Tem se vacinado na Casa da Instituição desde o ano de 1811, até julho do presente ano, 102.719 indivíduos, não se fazendo menção dos que se vacinarão na Casa da Câmara desde 1804 até o fim de 1818 que nada se publicou. ANRJ – IS442 – Instituto Vacínio – 1833. Op. Cit. ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – Série Saúde – IS42 – 1810

gares. A indiferença, porem dos traficantes pela vida dos escravos é tão grande que não utilizam-se destes postos úteis até aqueles que conduzem escravos para o interior saem da capital sem terem vacinado um só preto. Não se pode negar, todavia que a maior parte sucumbe por falta de cuidados e bens médicos<sup>73</sup>.

A vacina era gratuita, mas muitos traficantes e compradores de escravos não recorriam à vacinação, o que pode estar ligado ao descaso ou indiferença com a saúde do escravizado, conforme afirma Freireyss ou por não acreditarem na eficiência da mesma com afirmam os inspetores do Instituto Vacínio, mas o curioso é que os negociantes que reivindicavam o fim da quarantena alegavam justamente que doenças como a varíola não passavam de um mal moderado justamente depois da descoberta e propagação da vacina. Os inspetores da vacina apelavam para todos argumentando: “hé se esperar que alguns incrédulos se convenção desta verdade, e mandem de vacinar seus filhos e escravos; não deixando também de os mandar no 8º dia á casa da de Instituição para serem observados”<sup>74</sup>.

Segundo Vieira da Silva, mesmo que a vacina fosse utilíssima, os negociantes eram os primeiros a impedir que elas fossem aplicadas nos escravos, antes de serem postos a venda pela demora inevitável a que estava sujeita, e pela despesa do curativo. Depois da venda, sua aplicação era inviável, porque os senhores não se interessavam em conhecer suas vantagens; e mesmo que quisessem, quase nunca havia quem soubesse aplicá-la. Para contrapor a alegação dos negociantes, que a bexiga e o sarampo eram incômodos passageiros, o provedor lembrava da epidemia de sarampo trazida por um navio negreiro que grassou na cidade em 1804 e 1805<sup>75</sup>.

Todos os argumentos utilizados pelos negociantes para tentar mudar a lei em seu favor eram combatidos pelo provedor, numa tentativa de demonstrar o quanto tais interesses eram nocivos. Contra o argumento de que o aumento dos custos tornava esse comércio inviável, Vieira da Silva mostrava-se convencido de que os negociantes não teriam outros motivos que não sua própria ambição, já que as “despesas que a lei os sujeitava não

---

73 Freireyss. Op. cit. p. 130. grifos meus.

74 ANRJ – IS442 – Instituto Vacínio - 1833

75 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – Série Saúde – IS42 – 1810.

passavam de módicas”]; e mesmo a um custo mais alto era bom para os compradores adquirir escravos sadios. A principal reivindicação constante do requerimento dos negociantes era a mudança na lei para que pudessem desembarcar os escravos sadios imediatamente no Valongo, entregando-os a quem pertencessem, ficando os doentes para serem tratados em suas casas e/ou bordo dos navios<sup>76</sup>.

Para Vieira da Silva, isso era indeferível, não só porque destruía a lei, mas porque era um risco à saúde pública. Ele recomendava cautela aos estabelecimentos de saúde sobre todas as pessoas que vinham em navios da costa da África, pois não se podia de modo algum permitir a cura de enfermos em navios ou residências, colocando em risco toda a população, e estava admirado que os negociantes não vissem que curá-los nos navios além de ser uma temeridade, deixava os navios retidos no porto, o que seria um grande prejuízo para seus proprietários.

De um navio que vem infectado de moléstias contagiosas como são certamente , os escorbutos, as sarnas, os Sarampos, as bexigas e outros que os Escravos da Costa d’ África trazem, não devem de modo algum permitir-se que nenhum destes saíam imediatamente para os armazéns do Valongo, expõemse á venda ainda quando externamente mostrem não estarem tocados de alguã das referidas moléstias interiormente virem infectados de humgermem contagioso, q em breve tempo se desenvolve e se propaga estando suas viceras infectadas da corrupção dos alimentos e das impurezas do ar que se respira abordo de semelhantes embarcações<sup>77</sup>.

Pelo relatório de provedor pode-se concluir que, finalmente, chegaram a um acordo. O provedor-mor reconheceu que a Ilha do Bom Jesus era muito distante e imprópria para o tratamento dos escravizados novos e decidiram construir um novo lazareto para acolhê-los, segundo as determinações do Alvará de 28 de julho de 1810:

---

76 BNRJ – Códice – II, 34, 27, 15.

77 ANRJ – Relatório do Provedor Mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva –Série Saúde – IS42 – 1810.

[...]. Constatando das averiguações, a que procedeo o Provedor-Mór da Saude, que a Ilha de Jesus era mui distante desta cidade, e com passagem de Mar, e por estas razões menos própria para a quarentena, que devem fazer os Escravos novos; e Attendendo, que não heesta rigorosamente necessária para os que chegão sãos, e sem suspeita de epidemia: Determino, em declaração dos § §V. e VI. do Regimento, que o lugar da quarentena seja adiante do Sitio da Saude, designado pelo Provedor Mor; e que os que chegarem sãos, sendo lavados, e envoltoes em roupas novas, se entregue logo a seus donos para poderem vender nos seus armazéns, ficando em quarentena os doentes, ou empestados pelo tempo, que for julgado necessário<sup>78</sup>.

Assim, podemos constatar, se não foram atendidos em todos os seus pleitos (como tratar eles mesmos de seus escravos doentes), os negociantes conseguiram que - contrariando o parecer do provedor - os escravizados “sadios” fossem imediatamente lavados, vestidos e encaminhados aos armazéns do Valongo, de acordo com o Alvará de 28 de julho de 1810, revogando-se assim os parágrafos cinco e seis do Regimento de 22 de janeiro de 1810.

O novo lazareto seria construído atrás do monte de Nossa Senhora da Saúde. Não existindo no local escolhido um edifício adequado, nem dispondo o diminuto Cofre da Saúde dos recursos necessários para a obra, os maiores negociantes de escravizados da cidade foram convocados “para a edificação da dita obra com a condição de ficarem proprietários desta e perceberem um justo interesse a título de aluguel, por cada um dos escravos, que se recolhessem no mencionado lazareto.”<sup>79</sup> Dentre eles apenas três tomaram para si esse encargo: João Gomes Valle, Jose Luiz Alves, e João Álvares de Souza Guimarães e Companhia<sup>80</sup>. A planta do prédio foi aprovada por Sua Alteza Real, que o tornou público por meio do Aviso Régio de 23 de setembro de 1810, e autorizou o provedor-mor da Saúde a arbitrar quanto os negociantes deveriam receber por cada escravo recolhido no lazareto.

---

78 ANRJ – Série Saúde IS42 – Alvará de 28 de julho de 1810

79 ANRJ – Série Saúde IS42 – Relatório do Provedor-Mor da Saúde em resposta de construção do Lazareto – Provedoria da Saúde – 1811.

80 Todos os negociantes matriculados na Real Junta do Comércio.



Segundo o provedor, os negociantes assumiram a construção, calculando-se que a despesa da obra deva ter excedido cem mil cruzados. Essa despesa deveria ser restituída pelo pagamento de 400 réis por cada escravidado recolhido no lazareto, conforme ordenou S.A.R. por meio do Aviso de 6 de maio de 1810. O aviso determinava que todo o proprietário ou consignatários das embarcações cujas arqueações entrassem no lazareto as cumprisse fielmente. O que ocorreu foi justamente o contrário. Os negociantes recusaram-se a pagar a devida quantia por acharem-na abusiva, desobedecendo assim a Ordem Régia e, liderados por João Gomes Barroso e Antonio Ferreira da Rocha, encaminharam um abaixo-assinado ao príncipe regente, pedindo a revogação do documento.

Representam a Vossa Alteza Real com todo o respeito os negociantes desta Corte abaixo assinados, proprietários, consignatários, e armadores de resgate de escravos, que tendo Vossa Alteza Real dignado mandar estabelecer um lazareto em beneficio dos habitantes pelo Alvará de 22 de janeiro de 1810, impondo e determinando pelo § quinto duzentos réis sobre cada um dos escravos maiores, e cem réis sobre os de menor idade para desta contribuição se tirarem as despesas do edifício, reparo do mesmo lazareto, e ordenado das pessoas empregadas no cuidado, manutenção dele, cobráveis pela alfândega para o cofre da saúde; tem os representantes satisfeito o referido imposto: e porque sendo semelhante instituto criado para se medicarem os doentes, e não para acolherem sãos, e os representantes são obrigados pela visita da saúde a desembarcarem as armações inteiras em um armazém da Gamboa a titulo de lazareto para se pagarem aos proprietários do dito armazém, quatrocentos réis por cada um por entrarem nele, serem lavados, e vestidos de novo para saírem para os outros do Valongo [...] <sup>81</sup>.

Esse documento é muito importante para entendermos a dinâmica do comércio de africanos novos no Valongo, pois ele também nos diz quem era

---

81 BNRJ – Seção de manuscritos, II-34, 26, 19 – Representação dos proprietários, consignatários e armadores de resgate de escravos a Sua Alteza Real, reclamando dos altos preços dos alugueis cobrados pelos proprietários dos armazéns da Gamboa e do Valongo, destinados ao desembarque e venda de escravos.

e quem não era proprietário de imóveis no Valongo e como os grandes negociantes controlavam esse negócio. Citamos como exemplo a família Gomes Barroso: João Gomes Barroso, um dos líderes do abaixo-assinado é o cabeça de uma empresa traficante da qual participavam seus parentes Diogo e Antonio Gomes Barroso, todos traficantes possuidores de grandes cabedais, reconhecidos como família das mais poderosas. Atuavam, simultaneamente e de maneira majoritária, em diferentes rotas e domínios: Angola, Goa, Portugal, entre outras. Arrematantes de impostos, os Gomes Barroso estavam entre as famílias que durante vários anos, na passagem do século XVIII para o XIX, possuíam os contratos do Rio Grande do Sul (charque e couro), combinando essa atividade com aquilo que sabiam fazer de melhor, controlar o mercado. Entre 1811 e 1830, fizeram parte das 16 maiores famílias, que foram responsáveis por quase 50% das viagens empreendidas ao continente africano para a compra de escravizados<sup>82</sup>.

O príncipe regente pediu parecer ao provedor-mor da Saúde, Manoel Vieira da Silva argumentou que, independente dos motivos, um vassalo não tem o direito de suspender disposições reais como fizeram os negociantes, acusando-os de “gérmen da desgraça”<sup>83</sup>. O provedor relatou como “futilidade” as reclamações dos negociantes sobre a taxa de 400 réis a ser paga, por escravo, aos proprietários do lazareto. Como a justificativa para a cobrança estava associada ao custo da construção do lazareto (cem mil cruzados), os negociantes argumentavam que com o desembarque anual de cerca de vinte mil escravos a decorrente (vinte mil cruzados), era excessiva. O provedor então argumentou que mesmo supondo a entrada de vinte mil escravos por ano, o montante não correspondia ao lucro do lazareto, pois dele saíam não apenas os custos da construção, mas também toda a administração que abrange tanto o edifício quanto seus utensílios (tinhas, caldeiras grandes e outros materiais importados) além das despesas de seu conserto e manutenção do prédio. Cabia ainda aos proprietários do lazareto a despesa com água, lenha e azeite para luzes. Empregavam-se ali também pessoas de diferentes ministérios. Os proprietários do lazareto eram responsáveis ainda pelo extravio ou dano culposos sofridos pelos escravos internados. Calculando-se

---

82 FLORENTINO, 1997. p. 174-211. FRAGOSO, João. Mercados e negociantes imperiais: um ensaio sobre a economia do império português (séculos XVIII e XIX). *História: Questões & Debates*, n. 36, p. 99-127, 2002. p. 119.

83 ANRJ – Série Saúde – IS42 – Informações dos negociantes da praça do Rio de Janeiro - 1810

o preço de noventa réis por escravo, chega-se a quatro milhões e meio de cruzados. Assim argumenta o provedor:

Concordo que esse risco não é tão grande, mas é algum, portanto deve haver um prêmio, mesmo que pequeno posto que reduzindo este a diminuitíssima quantia de hum quarto por cento, seguro, que jamais se fez, nem há no mundo um premio de quatro contos e quinhentos mil reis, relativamente a dita importância de quatro milhoens e meio; e obtendo-se o dito premio a quantia de vinte mil cruzados, vem a restar três contos e quinhentos mil reis, de que ainda se devem extrahir todas as despezas do Lazareto assim a mencionadas, assim como também a Décima de todo o rendimento do prédio da qual não heizento, e o foro de chão em q' esta edificado<sup>84</sup>.

Os proprietários do lazareto, por sua vez, argumentavam que a coisa mais fácil de acontecer em uma casa onde se recolhem quinhentos, oitocentos ou mesmo mil escravos sem grilhões, de uma ou mais arqueações simultaneamente, sem a devida segurança, é que se extrviassem ou roubassem. Por isso, o lazareto tinha que manter um administrador e guardas para tomarem as providencias necessárias para a vigilância sobre as “arqueações” (ou seja, os escravos de cada navio) ali guardadas, especialmente à noite. Caso contrário, seria fácil para os escravos arrombarem as portas fugirem, extraviando-se, levando ao roubo ou descaminho de muitos, sem contar os que se embrenhariam nas matas, havendo ainda o risco de, na fuga, depredar o lazareto e matar os empregados do lazareto. Justificam o temor alegando ser isso o que também acontecia nas embarcações<sup>85</sup>.

Diante dos riscos descritos, os proprietários do lazareto celebraram uma vigorosa convenção com o ministro para arbitrar um “interesse proporcionado aos fundos que empregaram na sua construção e manutenção”<sup>86</sup>. A obra foi feita dentro das condições arbitradas pelo ministério. Os negocian-

---

84 Relatório do provedor-mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ– Série Saúde – IS41 – 1811.

85 Relatório do provedor-mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ– Série Saúde – IS41 – 1811.

86 Relatório do provedor -mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ– Série Saúde – IS41 – 181.

tes adquiriram um direito “inauferível sobre o interesse arbitrado”, conforme a natureza do contrato, “pois é da justiça e Dignidade Real mantê-lo”<sup>87</sup>.

Os proprietários do lazareto eram negociantes e os recursos que empregaram no lazareto, oriundos do seu comércio, uma parte considerável vinda do tráfico de escravos. Vieira da Silva argumentou que, como comerciantes, eles bem sabiam que cem mil cruzados empregados no tráfico da escravatura rendiam anualmente muito mais que vinte mil cruzados. Usando como exemplo viagens sobre as quais obteve informação, indicou as reais expectativas de lucro do negócio de escravizados. Segundo suas palavras:

Mestre João Reiz Pereira de Almeida, Membro, e apoio desta ardilosa opposição quanto lhe coube de lucro na viagem passada do Indiano a Cabinda, sendo interessado com Fernando Carneiro Leão; porque seguizer falar a verdade confirmará o calculo que os práticos desta negociação fazem, e vem a ser, que só aquella arqueação não produzio para ambos os ditos interessado menos de secenta mil cruzados isto se corrobora pelo que ha pouco se ferificou a respeito da menor arqueação corveta Bom Fim, vinda de Cabinda com quinhentos e quatorze escravos pertencentes a João Gomes Valle, hum dos Proprietários, e sócios do Lazareto, em q' teve de interesse liquido o melhor de cinqüenta mil cruzados<sup>88</sup>.

Com esses números, Vieira da Silva pretendia demonstrar que de modo algum a cifra de vinte mil estava acima das possibilidades dos negociantes envolvidos na construção do lazareto. Com o mesmo fim, calculou o preço de guarda de produtos nos trapiches dizendo que por uma pipa pagava-se seiscentos e quarenta réis, por uma caixa de açúcar de até quarenta arrobas, a mesma quantia. E pergunta: por acaso a guarda desses volumes será mais dispendiosa ou de maior responsabilidade do que a dos escravos novos? Ainda que os escravos fossem considerados como simples volumes de fazenda, devem pagar muito mais pela sua guarda na casa ou armazéns do lazareto<sup>89</sup>.

---

87 Relatório do provedor -mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ– Série Saúde – IS41 – 181.

88 Relatório do provedor-mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ – Série Saúde – IS41 – 1811.

89 Relatório do provedor-mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – ANRJ– Série Saúde

Outro argumento usado pelos negociantes para não pagar o valor cobrado pelo lazareto, era que os trapiches que faziam a guarda dos escravos novos cobravam bem menos. O provedor respondeu que, esses trapiches não eram locais apropriados para serem usados como lazareto e não tinham sido aprovados por Sua Alteza Real, pelo fato de não serem construídos com essa finalidade, não possuindo instalações e a comodidade necessárias. Por outro lado, os donos de trapiches não tinham o conhecimento necessário para administrar um lazareto, e ainda que alegassem ter, um trapiche não tem a segurança, nem o espaço necessário de um lazareto.

O provedor termina por concluir que, por todos esses motivos e “finalmente a utilidade pública, a justiça, a promessa e Real Dignidade não permitem que o lazareto dos escravos novos se mude para outro edifício”<sup>90</sup>.

[...] Os Proprietários do Lazareto o construirão por ordem Regia, e debaixo das clauzulas de huma solemnisima conservação para servir privativamente para nelle se recolherem, e tractarem todos os escravos novos.

Faltar a isto he contra a justiça e Dignidade do Augusto Príncipe Regente e, deixando iludida a Real Promessa, e cauzando aos Proprietários o gravíssimo prejuízo de haverem empregado grossos fundos em hum edificio, e depois deixaremos sem o uso destinado, e o correspondente, e promettido interesse. He isto aque pertendem os arrojados Impugnadores sem consideração alguma ao bem publico, sem respeito as determinações e Dignidade do soberano, e sem attenção ao prejuízo particular dos Proprietários do lazareto que desviando-se da mesquinharia, e da baixeza de seos companheiros igualmente conservados, acquiescerão sic Pronpntamenteá proposta do Ministério, e com tão honroza confiança nelle, que fizeram a obra antes de saberem o interesse que lhes arbitraria [...] <sup>91</sup>

Essa afirmação indica que a obra foi iniciada quando ainda se discutia os termos do acordo. Segundo o provedor, a confiança dos pro-

---

- IS41 - 1811.

90 Relatório do provedor-mor da Saúde - Manoel Vieira da Silva - ANRJ- Série Saúde - IS41 - 1811.

91 ANRJ- Série Saúde - IS41 - 1811 - Relatório do provedor-mor da Saúde.

prietários do lazareto não poderia ser traída porque os ousados impug-  
nadores que acusavam de tão excessiva, abusiva e arbitraria quantia de  
quatrocentos réis, não podiam negar que por igual motivo pagava-se em  
Buenos Aires um peso por cada escravo; em Santos trezentos e vinte réis.  
Mesmo que fossem menores os valores cobrados nesses lugares, não se  
prova o excesso da cobrança de 400 réis justificada porque naqueles es-  
tabelecimentos não foram aplicadas somas tão grandes e nem lá se fazem  
tantas despesas. Em sua representação ao príncipe regente, os negocian-  
tes alegavam que já pagavam na Alfândega duzentos réis para os escravos  
maiores e cem para os pequenos e que desse valor já se retirava a despesa  
do lazareto e os salários dos empregados da Provedoria da Saúde e ma-  
nutenção do escaler, mas segundo o provedor-mor a reclamação feita  
pelos negociantes de se acumular os diretos que se pagavam por cada  
escravo à Repartição Saúde, mais a contribuição que se pagava ao lazare-  
to pela quarentena dos escravos, não se justificava, mas só demonstrava  
o ódio que eles sempre nutriram por aquele estabelecimento desde a sua  
criação. E que todos os valores pagos revertiam direta ou indiretamente  
em benefício dos próprios escravos.

Vieira da Silva reafirma várias vezes a necessidade do pagamento  
para o sustento do lazareto e condena a resistência dos negociantes:

[...] A ambição e a dezumanidade destes homens levanta-se, e embarvece-se contra tudo aquillo que obsta a Crueldade com que tractão os miseros Escravos para fazerem-se o mal entendido interesse apsar dos estragos da utilidade, e da saude publica.[...]

Mas clamando tanto estes insaciaveisimpgnadores contra o pezo e excesso destas contribuições abeneficio dos mesmos Escravos porque não clamão contra a contribuição de oitocentos reis por cada hum, imposta para a policia?

Esta he sem duvida mais gravoza, e alem disso a policia nem um trabalho tem com os Escravos novos, nem para elles aplica humso real: Logo porque não gritão contra este imposto?

He pois evidente, que he injusto este clamor, e nascido do ódio e do orgulho. [...]<sup>92</sup>

---

92 ANRJ- Série Saúde - IS41 - 1811 - Relatório do provedor-mor da Saúde.

Adverte o príncipe que se esses homens, ao invés de serem punidos severamente fossem atendidos, seria necessário que os empregados do serviço público se demitissem, e fossem chorar na vida privada a próxima ruína do Estado. O provedor-mor da Saúde faz uma defesa contundente dos proprietários do lazareto e acusa os demais negociantes de agirem em defesa dos seus próprios interesses em detrimento do bem público. Apesar de todos os argumentos apresentados pelo provedor em defesa dos proprietários do lazareto e ao mesmo tempo em defesa da Provedoria da Saúde, os negociantes de escravos acabaram obtendo algum resultado em suas reivindicações como se vê pela decisão do príncipe regente:

Sendo presente ao Príncipe Regente Nosso Senhor o requerimento de João Gomes Valle, José Lins Alves e João Alvares de Souza Guimarães & Comp., negociantes desta praça, e proprietários dos armazens do Lazareto para os escravos novos, em que se queixam de que João Gomes Barroso, Antonio Ferreira da Rocha, e outros negociantes desta mesma praça, recusam pagar a quantia de 400 réis por cada escravo, que tem entrado no Lazareto, como foi determinado no Aviso de 6 de Maio do corrente anno, e sendo igualmente presente a representação dos mesmos João Gomes Barroso, Antonio Ferreira da Rocha e outros em que se queixam de ser excessivo o preço de 400 réis determinado no mencionado a viso, e as reflexões, que V. S. poz na sua real presença: é o mesmo Senhor servido, que estes paguem aos proprietários do Lazareto o que lhes estiverem a dever até ao presente das entradas dos escravos novos no dito Lazareto, á razão de 400 réis por cabeça, e que parecendo alguma cousa excessivo o preço de 400 réis, daqui em diante paguem a quantia de 320 réis no que concordam os proprietários do referido Lazareto.

A lei sem dúvida não foi de todo alterada, mas foi adequada à reivindicação dos traficantes que passaram a pagar 320 réis por cada africano novo que entrasse no lazareto com o consentimento dos proprietários. Também passaram a retirar do lazareto, imediatamente após a visita da Saúde, os es-

cravos sadios que seriam logo expostos para venda no Valongo. A reivindicação de tratar os escravos doentes nos navios, em casa ou nos trapiches não foi atendida. Entretanto, temos indícios de que, apesar dos protestos do provedor, isso ocorria. O traficante José Alves Moreira, estabelecido no Valongo, costumava encarregar Úrsula da Costa do tratamento dos africanos, remunerando-lhe em 4\$800 réis por cabeça, sobrevivessem eles, ou não<sup>93</sup>. O próprio provedor denuncia em seu parecer que os negociantes preferiam deixar seus escravos nos trapiches. Defensor da existência do lazareto e da necessidade de quarentena de todos os escravos, tanto doentes como os sãos, Vieira da Silva amargaria muitos aborrecimentos ao longo dos anos, pois se tornaria prática comum dos traficantes alugarem casas particulares vizinhas ao lazareto para tratamento de escravos, burlando a lei e a vigilância da Provedoria da Saúde<sup>94</sup>. Após a Independência, as atenções dispensadas pelo novo governo imperial à Provedoria da Saúde parecem ter diminuído. Analisando a correspondência entre a Provedoria e o novo governo ao longo da década de 1820, observa-se que os conflitos não cessaram, são muito mais queixas do que trabalho efetivamente, onde se observa pedidos de médicos para realização de serviços em atraso,<sup>95</sup> pedido de recursos para recuperação do Lazareto de Pernambuco que se achava em ruínas,<sup>96</sup> e queixas sobre as embarcações que não aguardavam no porto a visita da Saúde<sup>97</sup>.

No âmbito das medidas de controle sanitário do porto, houve um afrouxamento da fiscalização das embarcações. Apesar das queixas do físico-mor do império, Francisco Manoel de Paula, um Decreto e uma Portaria de 9 e 25 de junho de 1821, dispensavam de fiscalização as boticas dos navios engajados no tráfico africano, alterando o disposto no Alvará de 11 de janeiro de 1810. Após um mês da promulgação desse regulamento, Manoel de Paula remeteu um ofício a seus superiores, alertando sobre os riscos da

---

93 FLORENTINO. Op. cit. 1997. p. 138.

94 ANRJ – Série Saúde – IS41 – Ofício do provedor-mor da Saúde – Manoel Vieira da Silva – 1816; RODRIGUES, Jaime. Festa na chegada: o tráfico e o mercado de escravos do Rio de Janeiro. In SCHWARCZ, Lília Moritz e REIS, Leticia Vidor de Sousa. Negras imagens: ensaios sobre cultura e escravidão no Brasil. São Paulo: EDUSP, 1996, p.108.

95 ANRJ – Série Saúde – IS41 – Ofício do provedor-mor da Saúde Francisco Manuel de Paula – 1825.

96 ANRJ – Série Saúde – IS42 – Representação de Manoel Vieira da Silva à sua Majestade.

97 ANRJ – Série Saúde – IS42 – Ofício de Francisco Manoel de Paula para Jose Clemente Pereira – ministro do Império – 1828.



referida dispensa, mas teve como resposta a informação de que “o mesmo Augusto senhor nada se dignou a alterar do que tinha determinado”. Não satisfeito com a resposta, em 1823 o físico-mor voltou a questionar as mesmas decisões. O Imperador manteve sua decisão, garantindo o privilégio dos traficantes: “Manda o mesmo Augusto Senhor pela Secretaria do Estado dos Negócios da Marinha participar ao mencionado físico-mor do Império que devem continuar a ser dispensados os sobreditos navios daquela visita”<sup>98</sup>.

Em fins da década de 1828, em meio às acirradas disputas entre os negociantes e os burocratas da Saúde, os primeiros ainda levavam a melhor. A Provedoria da Saúde foi extinta por Decreto de 30 de agosto de 1828, de autoria do deputado do Rio Grande do Sul, Francisco Xavier Ferreira, com indicativo para a extinção dos cargos de físico-mor e cirurgião-mor do império<sup>99</sup>. Com o fim da Fisicatura e do cargo de provedor de Saúde da Corte, a responsabilidade pelos serviços de saúde pública no Brasil foi transferida para os municípios, conforme proposto pelo Regimento de 1828. Tal mudança colocou os médicos em franca oposição à autoridade das câmaras municipais, manifestada por meio de discursos críticos, apontando a incoerência do que, segundo Roberto Machado,<sup>100</sup> se poderia chamar de higiene desmedicalizada. Essa ofensiva dos médicos visou restaurar o poder perdido com o Regulamento de 1828. Em 1929, inspirados na Academia de Medicina de Paris, os médicos fundaram a Academia de Medicina do Rio de Janeiro, que deveria funcionar como órgão de consultoria das autoridades do governo, em questões relativas à higiene pública das cidades<sup>101</sup>.

Em 7 de novembro de 1831, foi promulgada a Lei de Extinção do Tráfico de Africanos para o Brasil. Com isso, o trabalho da repartição da Saúde nos navios deveria diminuir, mas aconteceu o contrário, pois aumen-

---

98 ANRJ – Portaria de 25 de junho de 1821; ofício de Manoel Antonio Farinha a Francisco Manoel de Paula, 23 de junho de 1821; ofício de Luiz da Cunha Moreira ao físico-mor do império, 28 de abril de 1823 – Ministério do Império e Saúde, caixa 480, pacote 4. Cf. PIMENTA, Tânia Salgado. Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997, p. 77. RODRIGUES, Jaime. De Costa a Costa: Escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860). São Paulo: Companhia das Letras, 2005, p. 291.

99 RODRIGUES, 2005, Op. cit. p. 293.

100 Cf. MACHADO, Roberto. Danação de normas: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

101 MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Da polícia médica à cidade higiênica. Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Pernambuco, 2002, v. 59. p. 67-90.

tou o número de navios no porto, e os funcionários da repartição da Saúde passaram a ter como missão evitar o desembarque de africanos no porto da cidade do Rio de Janeiro<sup>102</sup>. Com isso, aumentou também o poder de barganha do órgão da Saúde, mas tudo o que conseguiu foi a edição de um novo regimento, em 09 de julho de 1833,<sup>103</sup> que reforçava sua estrutura burocrática, aumentava o pessoal. Essas alterações não foram acompanhadas dos recursos necessários para o serviço de busca nos navios que permitisse identificar indícios de tráfico.

Apesar de o Valongo ter sido declarado ilegal, o comércio continuou, já então na clandestinidade<sup>104</sup>. Os traficantes passaram a agir pelo sistema de contrabando, com a conivência do governo e das autoridades brasileiras. Muito embora os ingleses tentassem vigiar, reprimir e exigir o cumprimento dos tratados e convenções firmados, todos os esforços para reprimir o tráfico de africanos foram insuficientes. Mesmo tendo o comércio de escravos novos sofrido um forte impacto no início da década de 1830, a partir de 1835-36 assistimos sua recuperação em função da conjuntura política do período regencial. Estima-se que do total de africanos importados para Brasil durante os trezentos anos de tráfico atlântico, aproximadamente 20% chegou entre 1830 e 1855, demonstrando assim a importância desse comércio durante o período da clandestinidade do tráfico<sup>105</sup>. Conclui-se que, com a ajuda das próprias autoridades, os traficantes continuaram realizando seu comércio, desafiando a lei de extinção do tráfico e o regimento da Provedoria da Saúde.

### *Fontes e bibliografia*

IS4 1 – Ministério do Reino e Império. Provedoria da Saúde. Ofícios e Documentos diversos. (1809 – 1817).

IS4 2 – Ministério do Reino e Império. Provedoria da Saúde. Ofícios e Documentos diversos (1818 – 1824).

---

102 ANRJ – Relatório de 5 de fev. de 1834. Série Saúde IS4 3.

103 RODRIGUES, 1996, Op. cit. p. 109.

104 KARASCH, 2000, Op. cit. p. 74; PIRES, 2006, Op. cit. p. 22-23.

105 PIRES, Ana Flávia Cicchelli. Tráfico ilegal de escravos: os caminhos que levam a Cabinda. Dissertação de Mestrado. Niterói – UFF, 2006, p. 25; ELTIS, David. **Economic growth and the ending of the transatlantic slave trade**. New York: Oxford University Press, 1987.

IS4 3 – Ministério do Reino e Império. Provedoria da Saúde. Ofícios e Documentos Diversos (1829 – 1836).

IS442 – Instituto Vacínio – RJ 1809 – 1830.

Alvará de 22 de janeiro de 1810 - Coleção Leis do Brasil de 1810. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1891.

AGCRJ, Manuscritos- Autos de homens de negócio e comerciantes de escravos (1758-68) Códice: 6.1.9.

Livros de Décima Urbana das freguesias de São José, Sé, Santa Rita e Parte do Engenho Velho - 1809-1831. AGCRJ.

Livro de Óbitos de escravos da freguesia de Santa Rita – 1812-18/1824-30/1820/32 - ACMRJ

Códice – 425 – Intendência de Polícia do Rio de Janeiro sobre despachos de escravos e emissão de passaportes entre 1809 e 1833. In CD-ROM – Tráfico interno de escravos e relações comerciais no Centro-Sul, séculos XVIII e XIX (coord.) FRAGOSO, João Luís. Brasília: IPEA; Rio de Janeiro: UFRJ. LIPHIS, 2000.

Representação dos proprietários, consignatários e armadores de resgate de escravos dirigida a S.A.R., Rio de Janeiro, 1811 – Códice I, 17-12-1 – Códice II – 34-27-15 – Códice – II – 34 – 26 – 19. BNRJ

Relatório do Marques de Lavradio Vice-rei do Rio de Janeiro, entregando o governo a Luiz de Vasconcelos e Souza, que o sucedeu no vice-reinado – 19 de jun. de 1779, publicado na Revista do IHGB. Rio de Janeiro, T. 4, vol. 4, nº 16, pp. 452-453, 1843. Relatório do Vice-rei do Brasil Luiz de Vasconcelos ao entregar o governo ao seu sucessor Conde de Rezende, publicado na Revista do IHGB. Rio de Janeiro, T. XXIII, vol. 23, pp. 182-183, 1860.

AHU – Códice 226, p. 249.

AHU – Avulsos RJ, cx. 84, doc. 19.

AHU – Códices Rio de Janeiro, cód. 225.

BETHELL, Leslie. *A abolição do tráfico de escravos no Brasil, 1807-1869*, Rio de Janeiro: Expressão Cultural, 1976.

BICALHO, Maria Fernanda. *A cidade e o império: o Rio de Janeiro no Século XVIII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CONRAD, Robert E. *Tumbeiros. O tráfico escravista para o Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

\_\_\_\_\_. *Os últimos anos da escravatura no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

CAVALCANTI, Nireu. *O Rio de Janeiro Setecentista: a vida e a construção da cidade da invasão francesa até a chegada da Corte*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

DEBRET, J. B. *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*. São Paulo. Circulo do Livro

S.A. Tradução cedida para o Circulo do Livro S.A. por cortesia da Livraria Martins Editora S.A.

EBEL, Ernst. *O Rio de Janeiro e seus arredores em 1824*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1972.

ELTIS, David; RICHARDSON, David. *Atlas of the Transatlantic Slave Trade*. New Haven & London: Yale University Press, 2010.

ENDER, Thomas. *Viagem ao Brasil nas aquarelas de Thomas Ender*. Apresentada

por Robert Wagner e Julio Bandeira. Petrópolis/RJ: Kapa, 2000.

EWBANK, Thomas. *Vida no Brasil ou diário de uma visita à terra do cacaueteiro e da palmeira*. Belo Horizonte: Itatiaia: São Paulo: Edusp. 1976.

FLORENTINO, Manolo. *Em costas negras: Uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro*. São Paulo: Companhia da Letras, 1997.

\_\_\_\_\_. *Tráfico, cativo e liberdade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005

FRAGOSO, João. *Homens de Grossa Ventura: Acumulação e Hierarquia na Praça do*

Rio de Janeiro 1790 – 1830. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

\_\_\_\_\_; BICALHO, Maria F., GOUVÊA, Maria de F. (Orgs). *O Antigo regime nos Trópicos. A dinâmica imperial portuguesa (séculos XVI- XVIII)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

\_\_\_\_\_. *Mercados e negociantes imperiais: um ensaio sobre a economia do império português (séculos XVIII e XIX)*. História: Questões & Debates, n. 36, p. 99-127, 2002.

FREIRYSS, Georg W. *Viagem ao interior do Brasil nos anos de 1814-1815*. Trad. Alberto Löfren. São Paulo: 1906.

FREITAS, Iohana Brito de. *O Desafio do Visível: a representação da população negra nas Viagens Pitorescas de Debret e Rugendas*. Revista da ABPN v. 12, n. Ed. Especial – Caderno Temático: “Africanos, escravizados, libertos biografias, imagens e experiências atlânticas” agosto de 2020, p. 172-196.

GRAHAM, Maria D. *Diário de uma viagem ao Brasil e de uma estada nesse país durante os anos de 1821, 1822 e 1823*. São Paulo: Cia Ed. Nacional, 1956.

KARASCH, Mary. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KLEIN, Herbert S. *O comércio Atlântico de Escravos: quatro séculos de comércio escravagista*. Lisboa: Editora Replicação Ltda, 2002.

LISBOA, Baltazar da Silva. *Anais do Rio de Janeiro, 1834*, v. 2, p. 53. In: ABREU, Maurício. *Geografia histórica do Rio de Janeiro (1502-1700)*. Rio de Janeiro: Andrea Jakobsson Estudio, 2011.

MEYEN, Franz Julius Ferdinand. *Reise um die Erde: Ausgeführt auf dem Königlich preussischen Seehandlungs-Schiffe Prinzess Louise, commandirt von Capitain W. Wendt, in den Jahren 1830, 1831 und 1832*. Ed. 1834.

PIMENTA, Tânia Salgado. *Artes de curar: um estudo a partir dos documentos da fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

PIRES, Ana Flávia Cicchelli. *Tráfico ilegal de escravos: os caminhos que levam a Cabinda*. Dissertação de Mestrado. Niterói – UFF, 2006.

RUGENDAS, Johann M. *Viagem pitoresca através do Brasil*. São Paulo: Edusp/Martins, 1972.

SANTOS, Rafael Chaves. *Os viajantes e o negro no Rio de Janeiro do século XIX*. Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar, n. 15 – abr-jul. 2008

SCHICHTHORST, C. *O Rio de Janeiro como é (1824-1825)*. Senado Federal – Brasília – 2000.

SPIX, Johann Baptist von & MARTIUS, Carl Friedrich philip von. *Viagem pelo Brasil*, 2 volumes. Primeira edição em alemão – 1823 – tradução de Lucia Furquim Lahmeyer. São Paulo – Brasília, Editora Melhoramentos – INL, 1976.

RODRIGUES, Jaime. *O infame comércio*. Proposta e experiências no final do tráfico de africanos para o Brasil (1808 – 1850). Campinas: Unicamp, 2000.

\_\_\_\_\_. *Os traficantes e seu 'infame comercio' (1827-1860)*. Revista Brasileira de História. 15 (29), pp. 139-55. 1995.

\_\_\_\_\_. *De costa a costa: escravos e tripulantes no tráfico negreiro (Angola – Rio de Janeiro, 1780-1860)*. Campinas, IFCH-UNICAMP, 2000. Tese de doutorado.

\_\_\_\_\_. *De Costa a Costa: Escravos, marinheiros e intermediários do tráfico negreiro de Angola ao Rio de Janeiro (1780-1860)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

\_\_\_\_\_. *Festa na chegada: O tráfico e o mercado de escravos do Rio de Janeiro*. In SCHWARCZ, Lília Moritz e REIS, Leticia Vidor de Sousa. *Negras Imagens: Ensaio sobre cultura e escravidão no Brasil*. São Paulo: Edusp, 1996.

SILVA, Lúcia Helena Pereira da. *DE RECÔNCAVO DA GUANABARA À BAIXADA FLUMINENSE: LEITURA DE UM TERRITÓRIO PELA HISTÓRIA*. Recôncavo: Revista de História da UNIABEU Volume 3 Número 5, julho - dezembro de 2013.

## 4

### ***A Comissão João Lopes Cardoso Machado: salvando vítimas da epidemia de febres intermitentes na ribeira do Acaracú, capitania do Siará Grande (1791-1792).***

Zilda Maria Menezes Lima<sup>1</sup>

Caio Sidonio da Silva<sup>2</sup>

O presente ensaio tem por objetivo apresentar uma expedição de saúde nomeada Comissão João Lopes Cardoso Machado, enviada sob as ordens da metrópole portuguesa ao norte da capitania do *Siará Grande*<sup>3</sup>, com o intento de debelar uma epidemia de febres intermitentes. A citada Comissão desenvolveu o trabalho de diagnosticar e tratar as tais febres na ribeira do rio Acaracú e nas Vilas de Granja<sup>4</sup> e Sobral entre 1791 e 1792, espaços importantes para o criatório de gado bovino e produção da carne de charque para as regiões açucareiras de Pernambuco.

---

1 Professora Associada da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora do Programa de Pós-Graduação em História, Cultura e Espacialidades (PPGHCE-UECE).

2 Graduado em História pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Programa de Pós-Graduação em História, Cultura e Espacialidades (PPGHCE-UECE).

3 Siará Grande é como a documentação do período colonial denomina o atual estado do Ceará e usaremos tal denominação com base na documentação utilizada para este texto.

4 Embora efetivamente a Comissão não tenha chegado à Vila da Granja, inicialmente este lugar estava previsto no seu itinerário. Segundo o médico Chefe da Comissão (João Lopes), esse deslocamento até Granja não fora realizado, em virtude das autoridades locais dispensarem os serviços da Comissão, em razão da fase mais aguda dos efeitos da epidemia de febres já haverem se encerrado (Sutdart, 2004). Portanto, a Comissão só desenvolveu curas na Barra do Acaracú (atual cidade do Acaraú-CE) e na Vila do Sobral, porém incluímos a Vila da Granja como também parte dos trabalhos da Comitativa, dada a importância da Vila da Granja como polo comercial de Pernambuco.

## *O Siará Grande e a ribeira do Acaracú*

A historiografia colonial de modo geral, reservou à capitania do *Siará Grande* um lugar secundário na dinâmica econômica do Império português dos séculos XVII e XVIII. Não foi muito diferente com muitas pesquisas produzidas no âmbito da historiografia cearense<sup>5</sup>, que atribuíram à capitania apenas o lugar de uma terra pobre para o investimento em agricultura, coalhada de um gentio selvagem e, portanto, carente de interesses maiores da metrópole portuguesa naquele momento. Este mesmo território somente obteria autonomia política e econômica a partir de 1799, posto que até então, seguira atrelado primeiro ao vasto e inexplorado Estado do Grão-Pará e Maranhão e depois à próspera capitania de Pernambuco (Araripe, 2002).

Para Valdelice Carneiro Girão (1995), a capitania do *Siará Grande* teria sido tardiamente inserida ao processo de colonização e fixação do invasor à América Portuguesa. Não obstante tivessem ocorrido algumas tentativas de ocupação estrangeira durante o século XVII, somente no XVIII, o território foi genuinamente ocupado pelos colonizadores. Segundo a autora, após a ocupação dos sertões da capitania, esta passou a desempenhar uma atividade econômica própria, bem como foram estabelecidas as bases para a instalação das primeiras povoações e caminhos que pontuaram seu território. Assim, a capitania teria despertado pouco interesse econômico na metrópole portuguesa, posto que esta privilegiava os investimentos nas capitanias onde estavam concentrados os engenhos e a produção açucareira. Ademais, outros fatores dificultaram a conquista do território como a resistência do nativo e a prioridade da Coroa Portuguesa aos negócios no Oriente, por exemplo.

Maiores investimentos na produção açucareira a partir do XVIII, requisitaram também grandes quantidades de terras para criação do gado e para o abastecimento das plantations. Esse processo, obrigou os criatórios a serem deslocados para o interior da colônia bem como exigiram um limite de distância entre os engenhos e os currais, como forma de impedir que o gado avançasse sobre as lavouras.

Deste modo, foi através das instalações das fazendas de gado que os sertões do *Siará Grande* foram ocupados por elementos oriundos de outras

---

5 Atualmente, tem surgido algumas pesquisas importantes sobre o Ceará Colonial, que apresentam novas perspectivas. Destaque para Alencar (2014), Galdino (2013), Maia(2010), Oliveira (2015), Nogueira (2010), Silva (2010).



capitanias e uns poucos indivíduos vindos de Portugal. Nesta ótica, é importante frisar que a pecuária desempenhou papel primordial na dizimação de várias nações indígenas que ocupavam o interior da capitania do Siará.

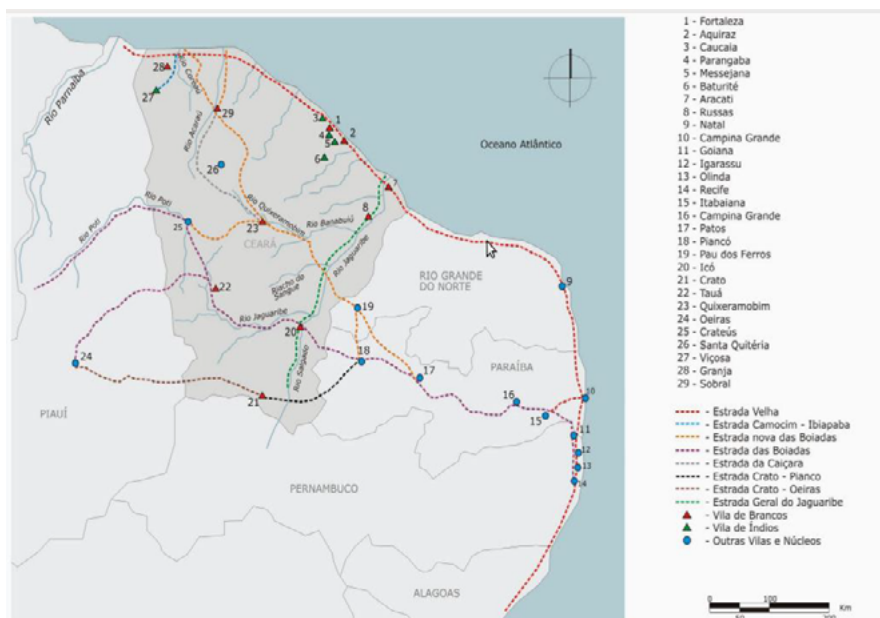
Nas datas de sesmarias, foram estabelecidas as fazendas de gado, localizadas em pontos estratégicos: locais elevados e próximas a um riacho ou rio

Já na primeira metade do século XVIII, a fazenda de gado dispersa no sertão sediou o povoamento. Foi a sede das sesmarias, da unidade familiar da atividade produtiva onde se encontraram as condições propícias para os primeiros sinais de acumulação de renda no sertão. Além disso, foi sede da vida política local, de toda autarquia sertaneja e suas famílias, com poderes quase que absolutos, e da rede de mandos e desmandos que pautou a organização territorial. Cumpriu, ainda, o papel de defesa diante da população indígena ou perante outros sesmeiros na luta pela posse das terras (Juca Neto, 2012, p. 3).

As ribeiras foram os principais focos dessa ocupação e no caso do Siará Grande, as ribeiras dos rios Jaguaribe e Acaracú (hoje Acaraú) foram os espaços inicialmente ocupados nesse processo. Vários fatores contribuíram para a rápida expansão da pecuária no território cearense, como a disponibilidade de grandes pastagens e os vastos rios. Contudo, esse processo não foi linear e contínuo, pois as secas periódicas dificultaram o aumento do rebanho e a conquista do sertão cearense deixou um rastro de sangue indígena, posto que estes não aceitaram passivamente serem expulsos de suas terras, resistindo bravamente ao invasor.

Para a metrópole, também era necessário neste momento e importante administrativamente, investir nessa ocupação. Necessário porque outros povos europeus já haviam se instalado em pontos estratégicos do território e a metrópole temia perder essas terras para outras potências europeias. Importante também porque tanto o gado quanto outras atividades comerciais ali desenvolvidas, iriam proporcionar a circulação de riquezas e a consequente tributação que recairiam sobre tais atividades. Por outro lado, seria também compensador para a ocupação organizada dos sertões. Destarte era a chance de ocupar um espaço há muito tempo conquistado e anexado, mas não efetivamente ocupado segundo interesses mais amplos da Coroa Portuguesa.

Nesse processo, homens e mulheres embrenharam-se pelo interior do território ampliando as fronteiras da colonização. Margeando os rios foram edificando os currais e as casas dos vaqueiros, senhores e demais indivíduos (Galdino, 2013). Para a compreensão da questão que norteia nossa proposta geral, é necessário analisar mais detalhadamente a *ribeira do Acaraú*, (hoje denominado Vale do Acaraú), localizado na região Noroeste do atual estado do Ceará. O mapa abaixo possibilita um olhar sobre as principais ribeiras e vilas cearenses.



Mapa do território do Siará, estradas, vilas e ribeiras.

Fonte: GALDINO, Maria Raket Amancio. Populações e mudanças nas vilas coloniais: uma discussão a partir dos vestígios deixados pelos moradores da povoação da Caiçara da capitania do Ceará Grande. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA, 5., 2011, Maringá. Anais... Maringá: UEM, 2011. Disponível em: <[www.cih.uem.br/anais/2011/trabalhos/201.pdf](http://www.cih.uem.br/anais/2011/trabalhos/201.pdf)>. Acesso em: 17 de abril 2022.

Os números 28 e 29 representam as Vilas de Granja e do Sobral e cortando as duas vilas é possível vislumbrar a ribeira do Acaraú. Essa ribeira ocupa a maior parte da região noroeste do território. Embora exista

a presença de serras com clima úmido e ameno, a maior parte do sertão do Acaracú possui um solo quente e uma vegetação típica de clima seco para resistir aos longos períodos de estiagem.

Às margens do rio Acaracú, estabeleceu-se inicialmente a povoação de Caiçara. A economia desse povoado girava em torno da criação de gado e com o tempo, se tornou um lugar estratégico para o desenvolvimento desta atividade. Em 1773, o povoado de Caiçara foi elevado à Vila Distinta e Real de Sobral por várias razões. Entre elas, podemos citar a política metropolitana liderada pelo Marquês de Pombal, que visava ampliar o alcance do poder do Estado cujo fim era controlar e fiscalizar a vida nas colônias. Assim, a Vila do Sobral tinha a finalidade de assentar homens livres e pobres que vagavam pelos sertões da capitania sem endereço fixo, compreendidos como vagabundos e/ou vadios. O objetivo era fixá-los e fazer com que esses indivíduos pudessem produzir e contribuir com a acumulação de riqueza do Império além de controlar suas práticas sociais. Por outro lado, antes de tornar-se a Vila do Sobral, Caiçara já possuía um certo fluxo comercial de bens por se localizar em uma região de certo trânsito humano naquele contexto<sup>6</sup> constituindo um lugar estratégico para atividades econômicas.

A fazenda Caiçara foi beneficiada pelo comércio de gêneros, o que a fez ser escolhida como local onde seria erigida a vila de Sobral. Quando esta foi criada, o comércio tanto dos produtos das serras quanto de couro e gado já existiam no lugar que servia como pouso para os passantes. As pessoas passavam com o gado e provavelmente abasteciam suas tropas com os produtos trazidos das serras para a fazenda. Isso fazia com que sempre mais pessoas procurassem o local, e com o desenvolvimento do criatório e, posteriormente, das charqueadas, a Fazenda Caiçara se beneficiou e grande monta com o comércio (Oliveira, 2015, p.73 *apud* Souza, 2006, p. 30).

O desenvolvimento foi crescente ao ponto de já nos finais do século XVIII, as Vilas de Granja e do Sobral constituírem as mais importantes vilas da capitania do Siará Grande. Consequentemente, a ribeira do Acaracú tam-

---

6 A igreja também se interessou em expandir sua atuação naquela área, "(...) uma vez que os caminhos abertos também facilitaram o acesso e a frequência dos fiéis" (Oliveira, 2015). \*Ha uma divergencia entre os pesquisadores acerca da ribeira mais produtiva se a do Acaracu ou do Jaguaribe.

bém se consolidara como a mais importante região de produção de carne seca para a capitania de Pernambuco (Oliveira, 2015).

### *Uma “grande” calamidade na ribeira do Acaracú*

A capitania do Siará nos finais do século XVIII, apresentava a conquista e ocupação do território bem avançadas e o desenvolvimento econômico resultante da pecuária e das oficinas de charque, desempenhavam um papel fundamental no funcionamento econômico daquele território. Uma elite proprietária de terras e rebanhos ali se consolidara e o território da capitania já estava pontilhado por uma série de vilas. No entanto, em 1791, Luiz da Motta Féo e Torres, Capitão-Mor e Governador da capitania do Siará, em correspondência à D. Thomaz Joze de Mello, Capitão General da capitania de Pernambuco, dava a saber

Proximamente recebi a carta de Vossa excelênciadatada em 3 do corrente mês<sup>7</sup>, na qual me ordenava, que mais individualmente lhe informasse da situação, em que se achava a Vila do Sobral, e Distrito do Acaracú, cujo calamitoso estado havia eu a Vossa Excelência enunciado, não porque dele se me houvesse, nem haja até hoje dado parte, e sim pela notícia dada por algumas pessoas, que chegavam daquelas partes, aquêem acaso perguntava se havia por lá algumas doenças; e sem demora expedi ordem ao comandante daquela Vila, para que de acordo com o único Cirurgião da mesma, me informasse de tudo o que fosse concernente à terrível epidemia que tem devastado aquele distrito igualmente que o da Ribeira do Acaracú, Camocim, e Villa da Granja, que tem experimentado (segundo as últimas notícias) o mesmo, ou semelhante estrago, com a perda de dois mil habitantes, mais ou menos, mortos á violência daquele mal, e sepultados nas matrizes, e capelas filiais, sem falar em muitos, que se diz costumam ser sepultados junto aos currais das fazendas, cujas distâncias impossibilita a condução dos cadáveres para os lugares sagrados (Torres, 1791, p.5).

Segundo o excerto acima, as notícias que o Capitão Mor do Siará havia recebido sobre doenças nos distritos citados eram vagas, mas parecia que várias povoações ao longo da ribeira do Acaracú, haviam sido atingidas por

---

7 Mês de Agosto.

uma terrível epidemia. Tais notícias foram dadas, segundo algumas pessoas que regressavam de viagem daquelas paragens e informavam a dimensão da mortalidade que atingira aquelas povoações: cerca de duas mil mortes.

No Censo realizado em 1804, a população da Vila de Sobral era de 9.952 habitantes. E segundo os assentos dos mortos enviados à Pernambuco após o fim dos trabalhos da Comissão, teria morrido 250 pessoas na Vila da Granja e 473 pessoas na vila do Sobral. E embora faltem dados de outras povoações menores daquela ribeira, não foi possível constatar o número que Luiz da Motta Féo Torres mencionou ao se reportar a autoridade pernambucana. É possível também que mais mortes tenham ocorrido e que escaparam aos registros de sepultamentos fornecidos pela igreja, visto que muitos indivíduos moravam distante das capelas ou mesmo da matriz da Vila do Sobral.

De toda sorte, essa correspondência enviada pelo Capitão-Mor Luiz da Mota Féo e Torres, motivou D. Thomaz Joze de Mello a enviar para os sertões do Siará Grande, uma Comissão formada por vários oficiais de saúde: tal Comissão era composta de um médico (ou físico), dois cirurgiões licenciados, um boticário e dois sangradores, além de vários medicamentos destinados a tratar os doentes. No entanto, ao acessar a documentação que registra a criação e planejamento da Comissão, percebemos um cenário mais complexo a ser observado no deslocamento dos doutores ao local da epidemia.

### *A Formação da Comissão de Saúde*

Acompanhando a correspondência entre D. Thomas Joze e Luiz da Mota Féo e Torres, no ano de 1791, observamos uma movimentação na capitania de Pernambuco no sentido de forjar uma solução para o problema sanitário no sertão do Siará Grande. Vejamos

(...) convoquei os três Médicos que há nesta Villa do Recife, e um que há na cidade de Olinda, e lhes ordenei que me propusessem o que devia praticar [?] o que lhes satisfizeram dizendo que era indispensável irem aos Lugares infeccionados um Médico, dois Cirurgiões, um Boticário provido do Receituário competente e dois sangradores. Julgando acertado este parecer (Mello, 1791, p.3)

Nesse diapasão, D. Thomaz, nomeou o *phisico* (médico)<sup>8</sup> João Lopes Cardoso Machado - que na época era Comissário Geral e Juiz Delegado de Medicina da Junta do Proto-medicado em Pernambuco - para chefiar a Comissão Médica que deveria tratar os acometidos pela epidemia e escolher os profissionais que o acompanhariam nessa empreitada. Transcrevemos um excerto da Carta de Nomeação dos profissionais indicados para compor a Comissão Médica que efetivamente veio ao Siará

Pela Ordem vocal que me deu o Ilustríssimo, e Excellentíssimo Senhor General o Senhor Dom Thomaz Joze de Mello na qual me mandou que nomeasse(...) aos cirurgiões aprovados Joaquim Joze Henriques, Theotonio Anastacio Ferreira dos Reys, boticário aprovado João Pio Caetano e aos sangradores aprovados Felix Correa, e Bernardino Gomez (Castro, 1791, p. 25).

A indicação do Dr. João Lopes para Chefe da Comissão não foi aleatória. O físico ou médico de fato, ocupava a posição de maior prestígio entre os oficiais de cura na capitania de Pernambuco, visto que o trabalho manual (dos cirurgiões e sangradores) portava menos valor na sociedade portuguesa. No período em tela, o ofício do médico era mais nobre, diferente dos cirurgiões, boticários, sangradores, parteiras e outros, posto que o médico exercia seu ofício intelectualmente e os demais de modo prático.

Porém, não só o cumprimento à hierarquia intelectual foi a responsável pela indicação do Dr. João Lopes como líder ou chefe da Comissão. Foi exigência de D. Thomaz colocar o médico nessa posição e, essa ordem, submetia os demais profissionais integrantes da Comissão às ordens do esculápio. Também, deveriam as autoridades do Siará, acatarem as solicitações e orientações da Comissão. Assim, a autoridade do Dr. João Lopes na condução da Comitiva e dos trabalhos no Siará, não residia somente em sua formação e lugar de médico, mas também na força política a ele conferida por D. Thomaz.

---

8 *Physico*, às vezes vai o mesmo que *Medico*. No Sexto dos Decretaes, livro 3. Tit. 24. Cap. I. aonde se proíbe aos Ecclesiasticos a *Physica*, a *Medicina*. Nas Universidades há hum axioma que diz, *Ubi definit Physicus, incipit Medicus*, porque nelas se lé particularmente o livro dos *Physicos* de Aristoteles para aquelles, que se hão de graduar em *Medicina*. E assim o *Medico* em quanto teoricamente considera a compleção, temperamento, he *Physico*; & na pratica do curar com proporcionados medicamentos, he *Medico*." BLUTEAU, Rafael. Vocabulario portuguez e latino, aulico, anatomico, architectonico, bellico, botanico, no Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1712.

Um outro Conselho foi constituído por Dr. João Lopes por três médicos e dois cirurgiões-mores do Regimento em Pernambuco<sup>9</sup>, para que elaborassem pareceres sobre quanto deveria receber financeiramente, cada profissional

(...) para o médico três mil réis para cada dia, cada um dos cirurgiões mil e seiscentos réis, ao boticário mil duzentos, e oitenta réis, cada um dos sangradores quatrocentos e oitenta réis. Já como ajuda de custo, recomenda “(...) quatro centos e oitenta mil reis de ajuda de custo para o preparo, aos cirurgiões e Boticário duzentos e quarenta mil réis, e aos sangradores sessenta mil reis (Castro, 1791, p.8)

A documentação aponta que não houve consenso sobre a matéria financeira, posto que cada médico produzia um parecer individual. Então a Junta da Real Fazenda de Pernambuco definiu os valores das diárias e ajudas de custo

Ajudas de custo, e estipêndio diário que hão de vencer os professores de Medicina que vão ao Siará acudir a epidemia que ali grassa, reguladas na Junta da Real Fazenda de 23 de setembro de 1791

	Ajuda de custo	Estipulado diário
O médico	400\$000	3\$000
Cada cirurgião	200\$000	1\$500
O boticário	200\$000	1\$500
Cada Sangrador	100\$000	\$750 (...)

(Rois, 1791, p.14)

O trabalho da Comissão era remunerado pelos recursos públicos e a definição tanto dos vencimentos como das ajudas de custo, serviam para esclarecer que os profissionais não poderiam cobrar por nenhum de seus serviços no Siará. Quanto à botica

---

9 Este parecer foi assinado pelo médico Antonio Jozé de Miranda Castro. Além dele foram consultados João Lopes, Miguel Ferreira Guimaraens e João Luis da Serra Cavalcanti, somente este de Olinda. Já os cirurgiões foram Antonio Jozé e Joze da Fonseca Silva. Observando a documentação da viagem da Comitiva percebemos que havia um certo numero de profissionais da medicina na capitania de Pernambuco.

(...) e não sendo justo que esta contribua com os remédios gratuitamente<sup>10</sup>; senão as pessoas indigentes, que os não poderem satisfazer: Ordeno ao referido médico que de acordo com os cirurgiões, e boticário avaliem as receitas que se aprontarem para os doentes que as possam pagar segundo as informações que se houverem das pessoas que regerem a Vila ou Povoação[?] respectiva fazendo se assento de todo dinheiro, para na volta a esta Praça o entregar no Cofre Real o referido boticário, ficando este desde logo advertido que os medicamentos vão a seu cargo, e que se lhe hão de descontar somente os que mostrar ter[?] dispendido pelas Receitas; entregando o resto, com o abatimento que se julgar tradicional: devendo ficar entendidos todos os referidos Médico, cirurgiões, sangradores, que positivamente lhes ordeno que assistindo com todo o desvelo e cuidado as pessoas pobres, não possam exigir delas retribuição alguma: por que para esse fim é que vão pagos a custa da Real Fazenda; e outrosim que as receitas que se derem gratuitas deverão ser legalizadas pelo Pároco que deverá atestar a indigência do enfermo, ou o Comandante do Lugar; o qual fará que os que tiverem posses paguem os ditos remédios (Castro, 1791, p. 21).

Esclarecendo acerca dos procedimentos da Comissão, o documento ainda deixava claro que cabia às autoridades públicas, Câmara e Capitães Mores<sup>11</sup>, fiscalizar o exercício das atividades efetuadas pelos profissionais da cura no Siará, produzindo e sendo testemunha da prestação de contas de seus ofícios e dos trabalhos da Comissão, consoante o ordenamento de normas expedidos por D. Thomaz

Ordeno aos capitães mores das Villas, ou comandantes dos lugares do Siará aonde chegar o Doutor João Lopez Cardozo Machado, e os cirurgiões, e mais pessoas que o acompanham, para acudir a epidemia que neles grassa, notifiquem os Senhores das fazendas para que lhes emprestem Cavalgaduras para se pedirem transportar as umas povoações a outras, por que os que tem com

---

10 Refere-se a Junta da Real Fazenda, pois era a principal financiadora.

11 D.Thomaz se refere a Câmara e os comandantes das regiões que a Comissão deveria passar, mas esse alerta é sobretudo para as autoridades da Vila do Sobral.



que se possam curar lhes devem mandar cavalos quando precisarem da sua assistência, devendo-se praticar o mesmo quando os ditos professores voltarem a esta Praça; porque também os ditos povos devem concorrer com algumas couza para o auxílio que lhes mandado. Ordeno outro sim que lhes aprontem os Índios que forem necessários para os avisos respectivos ao curativo, de que vão encarregados: e em qualquer parte aonde se acharem se lhes mandará aprontar alimento, e agua que precisarem pagando eles pelo preço das [...] das câmeras, e aquele em que elas não faltarem pelo estilo das terras (Castro, 1791, p. 20).

A assistência das autoridades locais era fundamental para o êxito da Comissão, posto que alimentos, água, transportes, abrigo e pessoas que conhecessem o território do Siará, eram vitais e com tais “auxílios” a Comissão não poderia arcar. Contudo, ao desembarcar na Barra do Acaraú, o Dr. João Lopes informava que

(...) e aqui temos estado padecendo muitos incômodos, por não agasalho, e se quis ter carne para comer, e os mais mandei matar uma vaca para pagá-la depois ao dono, pois o comandante não é obedecido, e não a venda, pedindo-se; precisando de galinha, apenas achei uma, por muito favor. (Machado, 1791, p.5).

Nesse excerto, a recepção da Comissão no primeiro porto, foi narrada por Dr João Lopes. Para a compreensão da situação descrita pelo médico é necessário um esclarecimento. Quem exercia o verdadeiro poder nas terras dos sertões do Siará eram as elites formada por proprietários de grandes extensões de terra e criatórios. Essas elites exerciam um domínio direto e indireto sobre as demais populações residentes na região e a formação sociopolítica na ribeira do Acaraú, era pontuada de tensões e contradições entre os interesses das elites locais e da Metrópole.

Na primeira metade do século XVIII, a fazenda de gado dispersa no sertão sediou o povoamento. Foi a sede das sesmarias, da unidade familiar da atividade produtiva e também onde se encontraram as condições propícias para os primeiros sinais de acumulação de renda no sertão. Além disso, foi sede da vida política local, de

toda autarquia sertaneja e suas famílias, com poderes quase que absolutos, e da rede de mandos e desmandos que pautou a organização territorial. Cumpriu, ainda, o papel de defesa diante da população indígena ou perante outros sesmeiros na luta pela posse das terras (Juca Neto, 2012, p.3).

Para o sucesso das atividades da Comissão, compreendia corretamente Dr. João Lopes que o papel dos donos de criatórios era fundamental para a execução dos trabalhos da Comitativa, por isso ao chegar “dedicou algumas ordens aos administradores locais e aos povos”. No caso da Barra do Acaracú, povoação pertencente ao termo da Vila do Sobral, a autoridade política conferida por Pernambuco ao Dr. João Lopes nada significava, posto que consistia em população pequena e distante de qualquer hierarquia que não se limitasse ao chefe local. Situação diferente ocorreu na Vila do Sobral, vejamos:

Ilustríssimo Senhor Luiz da Motta Feo e Torres. Cheguei a esta Villa do Sobral no dia três deste mês na companhia do sargento Mór Francisco Róiz da Cruz, que foi pessoalmente conduzir-nos, e nos dispôs pelo caminho o melhor agasalho que se podia dar neste sertão, tratando-nos com muito amor cuidado, e acertadas, e prontas providencias, e pelo seu incansável zelo temos tido tudo quanto precisamos a tempo, deque lhe estamos muito obrigados, e a Vossa Excelência também que nos dirigio ahum taõ honrado official, e digno de maiores cargos (Machado,1791,p.24).

Acreditamos que a diferença no tratamento dispensado à Comissão, na Barra do Acaracú e Vila do Sobral pode ser compreendida facilmente. A Vila do Sobral era um importante centro político e administrativo da região, pois seu termo abrangia quase toda a zona norte da capitania. A elite econômica daquela Vila, gradativamente tornou-se também política, ocupando cargos do legislativo e executivo. Esta Vila ao lado da Vila de Granja, detinha os maiores negócios do criatório e da “carne do sertão” da região norte. Dessa maneira, a Coroa transformava essa elite em sua representante de Estado nos sertões cearenses e era compreensível que essas duas localidades fossem mais próximas ao poder central.

A força normativa da administração colonial vinculava as vilas mais importantes às suas malhas, na medida do possível naquele tempo e lugar. O sargento-mor da Vila do Sobral, proporcionou à Comissão todas as assistências, conforme o cumprimento do ordenamento normativo despachado pelo capitão-general de Pernambuco. Porém, esta vila era fundamental para o abastecimento de carnes secas e couros para os engenhos daquela capitania. Entendemos assim, a preocupação e empenho com essa distante localidade por parte de D. Thomas de Mello para salvar aquelas gentes, em parte. Já na Barra do Acaraú, mais distante dos poderes constituídos e sem tanta importância econômica, rareavam as comunicações inclusive com os poderes locais na Vila de Fortaleza de Nossa Senhora da Assumpção, assim, tampouco as solicitações do médico foram ouvidas, conforme seu relato.

### *A epidemia grassava no sertão...*

Estimei que as referidas providencias mereçam a Real Apreciação de Sua Magestade, e de Vossa Excelencia, e que por meyo delas se consiga, extinguir hua epidemia que tem causado tantos estragos em huma Capitania tão importante e que vai afflorecer cada vez mais, pois os dízimos della se arrematarão ultimamente pela somma de 73: 307 [...] (Mello, 1791, p.4).

No excerto acima, D. Thomaz Joze de Mello, Capitão General da Capitania de Pernambuco, informava sobre as ações tomadas para socorrer a Capitania do Siará Grande, que conforme já citado, vivenciava a experiência de uma epidemia de febres que assolava algumas ribeiras, entre elas a do Coreau e a do Acaracú<sup>12</sup>.

Como enunciamos, diferente das capitanias do litoral, a ocupação portuguesa no território do Siará Grande somente ocorreu de forma efetiva no século XVIII<sup>13</sup>. Neste ensaio interessa especialmente a Ribeira do Acaracú, hoje denominada Vale do Acaraú, localizada na região norte do atual estado do Ceará e foi às margens do Rio Acaracú, que se estabeleceu inicialmente a

---

12 Retomando o mapa - temos a Villa da Granja (número 28) localizada as margens do Rio Coreau e a Villa do Sobral (número 29), as margens do Rio Acaracú.

13 Não obstante algumas tentativas de ocupação já tivessem ocorrido no século XVII, porém é neste século que a colonização adentra o interior do território, bem como enquadra o Siará num projeto econômico racional na dinâmica do Império.

povoação de Caiçara, futuramente, Vila do Sobral. No sentido de possibilitar uma compreensão de como se realizou o combate às febres naquela região, faremos uso do *Diário do Dr. João Lopes*<sup>14</sup>, uma espécie de relatório, produzido pelo médico chefe da Comissão, sobretudo sobre as atividades realizadas na Vila do Sobral e adjacências. Vejamos como o médico relata uma de suas experiências com a população daquela ribeira.

Dona Quiteria, quinquagenaria, de temperamento limfático, moradora em Canassú, foi acometida no mez de junho de Quotidianas Intermitentes, e desde esse tempo até outubro, alguas suspensões lhe fizeraõ repetiraõ-lhe a 17 deste mez, e foi vela o licenciado Joaquim Joze Henriques, aplicou-lhe hum vomitório. Tinha sintomas ordinários e boa dieta. Naõ avizou mais. Constou, que sarou com remédios cazeiros. (Machado, 1791, p.16)

O excerto acima, extraído do citado Diário, apresenta o caso de uma moradora em Canassú<sup>15</sup>. O que chama atenção de imediato, além do tratamento de Dona<sup>16</sup>, indicando o status social da doente, é a logística do registro ao atendimento: a preocupação em registrar o nome, a origem social, a idade, o lugar onde residia a doente, a sintomotologia, a observação dos aspectos fisicos gerais da paciente, tratamento dispensado, bem como a suposta cura.

D. Quiteria inicialmente, foi acometida de uma febre *Quotidiana Intermitente*, pois segundo o *Diário*, para cada tipo de febre, existia um tratamento específico. Depois, esclarece o Doutor, que não foi ele próprio quem

---

14 A obra denominada de *O Diário das enfermidades de que tratei e das comunicadas pelos Licenciados Joaquim Joze Henriques, e Theotonio Anastasio Ferreira, no Lugar da Barra do Acaracú, e Villa do Sobral*, possui sete paginas. No total é registrado o tratamento de 41 pessoas, sendo 21 casos na Barra do Acaracú (18 homens e 3 mulheres) e 20 casos na Vila do Sobral (10 homens e 10 mulheres). Não há no documento a data de sua elaboração, no entanto pela forma que foi organizado, acreditamos que sua elaboração seja do ano de 1791, pois D.Thomaz exigia a elaboração de um manual informando os casos e acompanhamento do andamento das atividades da Comitiva.

15 Não identificamos uma localidade com esse nome. Pode referir-se a uma fazenda, mas inferimos que era próxima a Ribeira do Acaraú, pois esse registro pertence a essa secção do Diário.

16 DONA, expressao utilizada no sertao colonial para definir mulher poderosa, proprietaria de terras, gado e escravos.

a tratou, mas sim o Licenciado Joaquim Joze Henriques (um dos cirurgiões da Comissão). No receituário, um vomitório, e afirma seus sintomas serem comuns aos de outros pacientes com as ditas febres, porém que se alimentava bem. Mas o que chama atenção é a última frase: **consta** que tinha sarado com “remédios cazeiros” e pelo visto a paciente não voltou a procurar os médicos. Como sabia que teria sarado? Outra paciente:

Maria Joze, preta forra, quinguagenaria, desde o mez de julho até 22 de outubro, padeceo quartans intermitentes, fazendo-lhe alguns intervalos grandes. Os symptomas foraô comuns; andava de pé, e sahia fora. Estava muito obstruída. Foi vomitada, e se pôs no uso de fomentação desobstruente. Não avisou mais. (Machado, 1791, p.16).

Além do lugar social de Maria Joze e das febres quartãs e obstruções, chama atenção também o fato da Comissão não ter notícias da cura ou óbito da paciente. Maria Joze assim como Dona Quitéria teria buscado sua cura por outros meios? O que representaria essa ausência de informações? A brevidade dos atendimentos? O pequeno tempo da Comissão naquelas ribeiras? Nos dois casos acima selecionados, percebemos que os vomitórios faziam parte do tratamento. Teriam as pacientes se sentido mais debilitadas e rejeitado tal tratamento? O tratamento fracassou e o médico não quis informar? Infelizmente o *Diário* é muito lacunar quanto ao sucesso ou insucesso dos tratamentos dispensados a população. Vejamos o próximo caso de Ignacio Martins

(...) homem branco, sujeito a insultos hemoptoicos, seco, e bilioso, teve no dia 17 de Outubro um ataque de hemoptise, pelo qual o mandei sangrar, e lhe apliquei os encrassantes, que haviam na Botica de Sua Magestade, foi diminuindo a quantidade do sangue, e a tosse, e em três dias se achou bom, porem no dia seguinte que foi a 21 de Outubro foi acometido de frio, que lhe durou mais de hora, e entrou em uma febre alta, modorra[?], e delírio, pulso mole, pequeno, ligoa na cor natural, fastio, nenhuma sede, urina grossa, e cor de alambre[?] escuro. A febre, o delírio, e a sonolência foram continuando sem remissão, antes se foi passando a um coma; No terceiro dia, apareceu alingoa seca, vermelha, e conspurcada de um limo amarelo escuro, a urina crocea. O caráter da

enfermidade, que era uma Febre podre biliosa, me fez seguir o método seguinte. Até o sétimo dia o pus no uso de um diluente nitrado, no 3º lhe apliquei dois largos cáusticos nas coxas. No dia 7º aumentado o delírio, fazendo-se o pulso duro, e alto, o mandei sarjar na nuca, e espadoas, e lhe dei um poncã de limonada de vinagre. Aplacou o delírio de sorte, que pode confessar-se[?], e sacramentar-se, porem continuava a mesma febre, as urinas vieram sem sinal de cozimento. No dia 9º dei-lhe uma bebida solutiva com maná, tamarindos, e sal catártico: Apareceu no decimo com remitência na febre, mas delirando ainda algumas vezes: No undécimo cedeu o delírio com um afeto critico que lhe veio, manifestando-se huã Icterícia por todo o corpo: No duodécimo extingui-se a febre. Tornei a purgá-lo do mesmo modo, e ficou bom no dia quatorze. Este homem em todos os dias da sua enfermidade beberia apenas quatro caldos de galinha. O seu gênio ativo, o seu delírio, o seu fastio o fazia repugnar todo o alimento, e um escravo que o tratava facilmente lhe obedecia. Ficou muito débil, e como já o era pela sua antiga queixa, lhe aparecerão depois algumas grossuras edematosas nos pés, mas foi convalescer para fora. (Machado, 1791, p.16).

Pela descrição o quadro da doença era bem sério. O homem branco, apresentando sintomatologia complexa, foi submetido a sangrias e purgas, além de uma série de misturas com diversas ervas e raízes. Não obstante a narrativa do seu esforço, Dr. João Lopes apenas informou que seu paciente foi melhorar “fora”. Ou seja, mais um paciente em que o médico não registra cura efetiva ou óbitos. E assim são vários casos reportados por ele. São raros os casos em que o médico declara a cura total da paciente

A mulher de Antonio Luiz de Lima, de 33 annos, foi acometida no Mez de Outubro, de Quotidianas Intermitentes, as quaes passaraõ a Quotidianas continuas, dahi a Terçans Intermitentes, a que se seguiu huã Diarreja biliosa, fastio grande, ansiedade, securas implacáveis, hum affecto ictérico com dor no estomago; huma [?] com inchações edematosas nas extremidades inferiores; Neste estado fui chamado para curala, a 10 de Novembro; não tinha dieta alguma. Apliqueilhe dois vomitórios de Ipecacuanha preta, e com eles melhorou da diarreja, passei ao uso de hum remédio aperiente, e febrífugo, e

de fomentação desobstruente, e com este remédio, foraô diminuindo os accessos; porem como naô se extinguiuô, dei-lhe Agoa de Inglaterra, com a qual a quarta doze, faltou a sezaô, acabou a garrafa, conservando-se em die-ta. Passados oito dias, teve hum acesso, mandeilhe dar a quina em substancia, **ficou boa.** (Diário, 1791, p.18, grifo nosso).

No Diário do Dr. João Lopes constam apenas 41 casos de pacientes que de alguma maneira foram tratados pela Comissão. De fato, em alguns casos, é registrada a “melhora” de alguns, mas declaração de cura, é rara. Entretanto, o excerto abaixo mais que insinua as dificuldades que o Dr João Lopes e sua Comitiva tiveram para tratar a população da Ribeira do Acaracú

E porque a maior parte da gente pobre, e dos trabalhadores, ou por estarem acostumados a remédios do mato, ou por serem insensíveis a sua própria disgrassa, morrem na sua mesma mizeria, sem procurar o seu legitimo remédio e huâ semelhante inação, e indolência merecendo todos os esforços da piedade, e naô se podendo esta praticar sem huâ espécie de violência, recorrendo as obrigações da obediência e ao meio da autoridade, julgo que se poderá evitar a maior parte de huâ semelhante dezordem mandando-se aos Capitães-mores e comandantes respectivos, que pelos capitães-subalternos, obriguem aos que assim procedem, ou a hir, ou a receitar-se por informação aos respectivos cirurgioes, e a fazrem o que eles determinarem. (Machado, 1791, p.7).

Inferimos que Dr. João Lopes, embora com confiança inabalável na medicina que exercia, tentava também obedecer às normativas estabelecidas pela medicina portuguesa orientadas pelas Reformas Pombalinas. A segunda metade do século XVIII no Império português, foi marcada por uma maior fiscalização das práticas médicas e pela institucionalização da medicina, no sentido da criação de instituições e cargos que somente os médicos poderiam ocupar (Abreu, 2011).

No Siará, segundo o entendimento do Dr. João Lopes, cabia as autoridades locais, obedecer às orientações da Comissão e se necessário fosse recorrer a violência, para tratar as “pessoas indolentes e pouco esclarecidas”

daquelas povoações distantes. Porém, acreditamos que além das dificuldades em fazer cumprir suas recomendações médicas, João Lopes pode ter se deparado com uma rede, talvez, bem constituída, de praticantes de uma medicina popular, considerando a distância das localidades que visitava, de povoações com algum médico licenciado. Em tais povoados era demasiadamente comum que a população recorresse aos *remédios do mato* e a curadores e benzedores, conhecedores das propriedades curativas de ervas desconhecidas para os médicos.

Desse modo, neste contexto, os objetivos médicos se alinhavam com as intenções de Pombal. Na medida que aumentava a centralização do estado português sobre diversas atividades da sociedade colonial, o reconhecimento oficial de apenas um tipo de saber médico, o acadêmico, era favorável ao segmento. As práticas populares de curar, que outrora conviviam (não sem alguma tensão) com os saberes oficiais de cura não seriam mais toleradas. Os indivíduos que desejassem curar e/ou comercializar remédios (boticários), sangrar ou exercer as artes do parto, teriam que forçosamente ser autorizados por um órgão institucionalizado em saúde e ser submetidos a exames de prática, para receber uma licença e consequente autorização para realizarem seus ofícios<sup>17</sup>.

No Diário, são evidentes as tentativas do Dr. João Lopes em desacreditar e descredenciar os saberes tradicionais de cura, praticados sobretudo, pelos curadores pobres da Villa do Sobral e adjacências, reivindicando para si o poder absoluto para tratar (e evitar a morte) daquelas populações. Sem dúvida, tal atitude, significava para o médico uma autoconsciência de seu papel na hierarquia sociocultural portuguesa e na colônia, possuindo absoluta clareza do papel que lhe cabia representar. No entanto, acreditamos que, ao contrário do que argumentou o Doutor, a população da ribeira (Villa do Sobral, Granja e distrito do Acaraú), fez amplo uso de chás, mezinhas, remédios da natureza e outros na tentativa de combater as febres. Nesse sentido, provavelmente os saberes repassados de geração em geração durante os séculos, consolidados, e popularizados, eram mais confiáveis a vista das pessoas, não só pobres, mas também donos de capitais, que a medicina

---

17 A título de exemplo desse período específico da Colônia, citamos o próprio João Lopes que era Comissário Geral Juiz Delegado de Medicina pela Junta do Protomedicato, além de ser médico trabalhou com a fiscalização das boticas e das práticas médicas. No entanto, nos locais mais distantes da colônia, evidentemente as práticas populares de cura, continuaram ocorrendo.



praticada pela Comissão. Esse saber tradicional esteve muito mais próximo das pessoas em meio aqueles sertões distantes, posto que o saber médico, científico e institucionalizado, para elas, pouco representava, pouco conheciam, mas também estranhavam e desconfiavam da medicina praticada por pessoas que lhes eram estranhas. Entendemos que a experiência de curar vai além de alcançar a saúde, envolve poder e discurso, mas sobretudo naquele momento, significava confiar em quem estava propondo a cura.

Havia o interesse da administração portuguesa em padronizar e centralizar as práticas médicas e de cura. Porém, o processo de institucionalização da medicina não foi algo linear e automático, e ao que parece esse debate chegou aos sertões do Siará Grande, através do Dr. João Lopes e da sua Comissão, contudo esse saber acadêmico se deparou com uma realidade consolidada, que se traduzia nas práticas populares de curas que eram (são) diversas e conhecidas da população.

Embora existam rastros da tensão entre saber científico e saber tradicional naquelas povoações, principalmente por parte do Dr. João Lopes e da Comissão, cabe observar que diversas ervas e raízes utilizadas pelo médico para tratar os doentes, eram apropriações dos europeus desde os primeiros tempos de colonização e que foram muito utilizadas pelos jesuítas, como é o caso da Ipecacuanha, utilizada em um dos poucos tratamentos utilizados pela Comitiva, em que a cura de uma paciente é relatada.

Em muitos aspectos, as práticas médicas científicas de meados ao final do XVIII, em muito se assemelhavam as práticas tradicionais de cura e o embate era sobre o monopólio dessas práticas. Ser médico diplomado significava status no vasto Império português, entretanto, esse profissional era raro nas paragens coloniais e a população sobrevivia (ou não) as doenças, apoiada em diversas práticas de saúde herdadas dos conhecimentos indígenas principalmente. Saúde e doenças, para além de processos biológicos, são conceitos socialmente construídos, pois o modo de se compreender a doença pode implicar na própria fundamentação de como esta deve ser tratada (Silveira e Nascimento, 2004).

Entendemos que não foi somente a razão humanitária que levou D. Thomaz a mobilizar o envio de uma Comissão de saúde e remédios para socorrer a ribeira do Acaracú. É possível inferir que para os poderes instituídos o fenômeno doença ao atingir o povo da ribeira, desestruturou o impor-

tante comércio de carne seca. Preservar a saúde cabia promover estabilidade econômica da região e da capitania de Pernambuco.

Tal compreensão evidenciada nas ações de D. Thomaz tampouco pode ser reduzida a mera singularidade, posto que mesmo sendo distante, os ecos das transformações propostas pela Era Pombal ecoaram na colônia portuguesa. Nesta questão específica, preservar a saúde do povo era também preservar os interesses econômicos de Portugal. É preciso chamar atenção igualmente que esse local de destaque ou exclusivo de fala dos médicos na capitania de Pernambuco, foi delegado por D. Thomaz que reuniu em conselho, requisitou pareceres e acolheu integralmente a proposta da Comissão. Assim, *dar aos médicos o que era dos médicos* também foi uma marca da Era Pombal que lhes outorga a exclusividade sobre o saber das doenças e curas.

Assim, não é possível estabelecer uma relação vertical entre as reformas pombalinas e a dinâmica do mundo colonial, especialmente no Siará Grande, pois esta capitania não esteve desconectada à dinâmica do Império, porém, as relações tecidas pelo cotidiano promoveram adaptações e negociações de toda a espécie com os poderes constituídos e em certa medida com os moradores daqueles distantes rincões.

## **Referências**

Assento dos mortos da freguesia da Vila da Granja desde Janeiro até fins de novembro tudo do ano presente de 1791. *AHU\_ACL\_CU\_015, Cx.180, D.12587*. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767). Acesso em: 18/02/2024.

ALENCAR, Ana Cecília Farias de. *Declaro que sou “Dona”, viúva e cabeça de casal: Mulheres administradoras de bens nos sertões de Quixeramobim (1727-1822)*. 2014. 151f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História) – Universidade Estadual do Ceará, 2014. Disponível em: <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=84812>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2024.

ABREU, Jean Luiz Neves. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

ABREU, Laurinda. A institucionalização do saber médico e suas implicações sobre a rede de curadores oficiais na América portuguesa. *Tempo*, v. 24, p. 493-524, 2018.

ABREU, Laurinda. Formações e carreiras médicas em Portugal no tempo de José Pinto de Azeredo (1764-1810). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 28, p. 919-938, 2021.

ALMEIDA, Carla Berenice Starling de. *Medicina mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas*. São Paulo: Annablume, 2010.

ARARIPE, Tristão de Alencar. *História da província do Ceará: desde os tempos primitivos até 1850*. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 2002.

CASTRO, Antonio Jozé de Miranda. Parecer. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.178,D.12471*. 21 de setembro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

CAVALCANTI, Joam Luis da Serra. Parecer. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.178,D.12471*. 20 de setembro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

GALDINO, Maria Rakel Amancio. *Mulheres escravas e forras na Ribeira do Acaraú (1750-1788)*. 2013. 277f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em História, Fortaleza (CE), 2013.

GIRÃO, Valdelice. “As charqueadas”. *Revista do Instituto Histórico do Ceará*. Fortaleza, 1996. p.71 – 92. Disponível em: <https://www.institutodoceara.org.br/revista/Rev-apresentacao/RevPorAno/1996/1996-AsCharqueadas.pdf>. Acesso em: 20 de abril, 2022.

GURGEL, Cristina. *Doenças e curas: o Brasil nos primeiros séculos*. São Paulo: Contexto, 2010.

JUCÁ NETO, Clovis Ramiro. Os primórdios da organização do espaço territorial e da vila cearense – algumas notas. *Anais do Museu Paulista*, v. 20, p. 133-163, 2012.

MACHADO, João Lopes Cardoso. Diário das enfermidades de que tratei e das comunicadas pelos licenciados Joaquim Jozé Henriques e Theotonio Anastácio Ferreira, no lugar da Barra do Acaraú e Villa do Sobral. *AHU\_ACL\_CU\_015,Cx.180, D.12587*. Disponível em: <https://resgate.bn.br/>

docreader/DocReader.aspx?bib=015\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767. Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

MACHADO, João Lopes Cardoso. Parecer. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.178,D.12471*. 23 de setembro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120365). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

MACHADO, João Lopes Cardoso. Barra do Acaracú. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.180, D.12587*. 27 de Outubro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

MACHADO, João Lopes Cardoso. Villa do Sobral. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.180, D.12587*. 12 de novembro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

MACHADO, João Lopes Cardoso. Recife. *AHU\_ACL\_CU\_015,Cx.180, D.12587*. 8 de março de 1792. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=121767). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

MELLO, D.Thomaz Joze. Recife de Pernambuco. *AHU\_ACL\_CU\_015,-Cx.178,D.12471*. 31 de outubro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

NOGUEIRA, Gabriel Parente. *Fazer-se nobre nas fímbrias do império: práticas de nobilitação e hierarquia social da elite camarária de Santa Cruz do Aracati (1748-1804)*. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 09/09/2010. Disponível em: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2877/1/2010\\_dis\\_gpnogueira.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2877/1/2010_dis_gpnogueira.pdf). Acesso em: 04/10/2023.

OLIVEIRA, Adriana Santos de. *Pecúária, agricultura, comércio: dinâmica das relações econômicas no termo da Vila de Sobral (1773-1799)*. 2015. 129f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em História, Fortaleza (CE), 2015.

PINHEIRO, Francisca Gabriela Bandeira; LIMA, Zilda Maria Menezes. A escrita do Dr. Antônio Justa: memórias de si e da lepra em Fortaleza (1922-1934). In: SANTOS, Nádia Maria Weber;

LIMA, Zilda Maria Menezes (orgs.). *Saúde e Doenças no Brasil: perspectivas entre a História e a Literatura*. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018

PINHEIRO, F.J. Os Povos Nativos do Ceará. In: CHAVES, Gilmar (org). *Ceará de Corpo e Alma*. Rio de Janeiro: Relume Dumará / Fortaleza: Instituto do Ceará, 2002.

ROIS, Pedro Antonio de. Ajudas de custos, e estipendio diario que hao de vencer os professores de Medicina que vão ao Seará acudir a epidemia que ali grassa, reguladas na Junta da Real Fazenda de 23 de setembro de 1791. *AHU\_ACL\_CU\_015,Cx.178,D.12471*. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

SILVA, Rafael Ricarte da. *Formação da elite colonial dos Sertões de Mombança: terra, família e poder (século XVIII)*.15/10/2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em História) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

SILVA, Joze da Fonseca. Parecer. *AHU\_ACL\_CU\_015,Cx.178,D.12471*. 20 de setembro de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

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 (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SOUZA, Raimundo Nonato Rodrigues de. *Rosário dos pretos de Sobral – CE: irmandade e festa (1854-1884)*. Fortaleza:NUDOC, 2006. p.30.

TORRES, Luiz da Motta Féo e. Villa da Fortaleza de Nossa Senhora da Assupção da Capitania do Ceara Grande. *AHU\_ACL\_CU\_015,Cx.178,D.12471*. 24 de agosto de 1791. Disponível em: [https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015\\_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368](https://resgate.bn.br/docreader/DocReader.aspx?bib=015_PE&Pesq=carlos%20de%20faria%20machado&pagfis=120368). Acesso em: 18 de fevereiro de 2024.

## 5

### *Dinâmica e ressignificações das tradições alimentares*

Mônica Chaves Abdala<sup>1</sup>

Resumo:

A proposta desta discussão é pensar a construção histórica das tradições alimentares e suas ressignificações. O foco é a cozinha mineira, analisando tabus alimentares relacionados às concepções de saúde e doença, ao longo dos séculos, desde o período da colonização até o início do século XX. Na contemporaneidade, impõe-se um recorte no complexo conjunto de pautas emergentes que se mesclam à questão do saudável e influenciam diretamente no desenho das tradições, móveis e dinâmicas como o tempo.

#### *I*

O desafio a que nos propusemos, ao receber o convite para o Colóquio de História das Doenças, foi retomar as reflexões realizadas durante a pesquisa desenvolvida no final dos anos 1980, quando nos colocamos a problemática de compreender porque a cozinha mineira se tornou um pilar central na imagem de Minas Gerais, analisando a construção histórica dos hábitos que conformaram o que se convencionou considerar como “cozinha tradicional e típica mineira” (Abdala, 2007)<sup>2</sup>.

Nos séculos XVIII, XIX e nas primeiras décadas do XX, percebemos a existência de uma lógica relativa à combinação de fatores conjunturais decorrentes das possibilidades de abastecimento, de subsistência e da significa-

---

1 Graduada em Ciências Sociais com mestrado e doutorado em Sociologia. Professora Titular da Universidade Federal de Uberlândia, aposentada, e atua como docente do corpo permanente no Programa de Pós-graduação em História.

2 Passadas praticamente três décadas de nossa pesquisa, esclarecemos que esta discussão, apresentada na Mesa redonda “Dieta, sustentabilidade e saúde”, consiste numa revisão do capítulo *Tabus, classificações alimentares e ordem social*, de nosso livro *Receita de Mineiridade* (Abdala, 2007), que resultou da investigação.

ção atribuída aos alimentos no contexto das relações sociais. Consideramos também um sistema de conhecimentos e princípios ordenadores de carácter simbólico, por meio do qual são estabelecidas as relações entre alimento e organismo, com sua complexa rede de recomendações de preparos e interdições, no que diz respeito às classificações dos alimentos.

Trata-se de uma teoria popular sobre os alimentos, que resulta de uma percepção do organismo humano e de consequências observáveis de sua ingestão, como observou Woortmann (1978). Para o autor:

[...] os padrões alimentares dos grupos estudados obedecem a uma lógica onde de um lado opera uma estratégia de subsistência em que são maximizados os recursos e fatores dos quais depende a reprodução da força de trabalho e a sobrevivência da família; e onde opera, de outro lado, um sistema de conhecimentos e de princípios ideológicos pelo qual se procura otimizar a relação alimento/organismo. Da conjugação de ambos esses planos resultam os padrões que caracterizam os hábitos alimentares. (Woortmann, 1978, p. 178-179)

A importância das normas e prescrições relativas à comida e às reuniões por ela propiciadas é indicada também por Valeri (1989), quando afirma que comer corretamente pressupõe garantir uma *relação correcta com a ordem social e intelectual*. Dessa forma, a violação de regras dietéticas está sujeita a sanções. No dizer do autor:

A possibilidade de se comerem ou não e o carácter puro impuro dos alimentos dependem de razões de ordem cosmológica. Comer corretamente significa perpetuar uma relação correcta com a ordem social e intelectual. Cada violação das regras dietéticas provoca uma desordem cuja expressão é o estado de impureza ou “contaminação” em que se encontra. (Valeri, 1989, p. 202)

Por ocasião da pesquisa, reunimos poucos dados a esse respeito nas fontes então disponíveis. De qualquer forma, eles auxiliaram a compreensão do modo como ingredientes foram selecionados, aproveitados e preparados, tendo suas receitas e recomendações passado

de geração em geração. De outro ângulo, ficou evidente o significado de representações sobre o alimento em termos de manutenção de uma ordem social, como sugere a leitura do texto de Valeri (1989).

No Brasil, os alimentos em geral são classificados, pelas populações que os consomem, em quentes ou frios, fortes ou fracos e reimosos<sup>3</sup>. As classificações são responsáveis por determinar formas de preparo e consumo, que resultam em criações de pratos e seleção de preferências, dentro de limites simbolicamente impostos. Algumas das classificações e interdições – os chamados tabus alimentares – foram introduzidas no país por meio da colonização portuguesa, desde seus primórdios, e atravessaram os séculos.

O antropólogo Rodrigues (2001) traz importante contribuição ao estudo da temática, apontando a origem de tais classificações no pensamento da medicina humoral dos gregos Hipócrates e Galeno, e de sua influência que chegou até os países ibéricos, sendo o médico persa Avicena (século XI) um importante divulgador<sup>4</sup>. Em seu entender: “No século XVI, a medicina da Península Ibérica era o resultado de múltiplas influências: as crenças celtas, os princípios da medicina grega e romana, o uso das preces e bênçãos cristãs e as crenças mouriscas. A medicina baseada nas práticas gregas predominava nesse tempo das conquistas.” (Rodrigues, 2001, p. 136)<sup>5</sup>.

No que diz respeito à medicina humoral, o autor aborda seus princípios fundamentais:

Hipócrates afirmava que há dois elementos que compõem

---

3 Além dessas, pode ocorrer também a classificação em secos ou úmidos. No período em que realizamos a pesquisa, o livro de Brandão (1981) significou importante fonte, pois apresenta rico e detalhado estudo sobre classificação dos alimentos e sua importância na dieta da população analisada, em diferentes momentos. Outra fonte foi o estudo de Maués e Motta Maués (1978) que analisam a categoria da reima numa comunidade de pescadores no Pará, recorrendo à dissertação de Peirano (1975) entendida como o estudo mais completo sobre a reima até aquele momento.

4 Focaremos especialmente em autores/as que abordam as influências da medicina humoral no Brasil. Há, no entanto, vários trabalhos sobre tais influências em Portugal. Citamos dois exemplos, cuja ênfase recai na relação entre preparações culinárias e conhecimentos de dietética com base na teoria dos humores: Ornellas e Castro (2023) e Braga (2014).

5 Também Claude Papavero (2010, p. 144), em seu estudo sobre a alimentação no Brasil holandês na primeira metade do séc. XVII, se refere à influência dos preceitos hipocráticos na seleção de ingredientes e no preparo das comidas, tanto para portugueses quanto para holandeses: “Se os usos locais portugueses orientaram prioritariamente a seleção dos ingredientes saboreados no Brasil holandês, isso se deveu, provavelmente, ao fato de lusos e holandeses respeitarem ambos os preceitos da medicina humoral (hipocrática ou galênica) vigentes na Europa até meados do século XVIII.”



todas as criaturas vivas, o fogo e a água, e que, ao morrer, todos os componentes do corpo humano retornam à sua própria natureza. Ele descreveu quatro humores básicos: o sangue que é quente e úmido; o catarro que é frio e úmido, a bile negra que é fria e seca e a bile amarela que é quente e seca. São eles que determinam o equilíbrio de forças necessário para a manutenção da higidez do organismo. Ter saúde depende de um organismo equilibrado e isso só é possível quando nenhum fator prepondera sobre os outros (Rodrigues, 2001, p.135).

Nessa perspectiva, a manutenção da saúde depende de um equilíbrio entre as propriedades dos alimentos, dos corpos e das condições climáticas do lugar onde se vive.

Ao analisar três dos primeiros cronistas portugueses no Brasil do século XVI - Gandavo, Soares e Cardim -, o estudo de Soares (2022) também dá mostras dessa presença dos preceitos da medicina hipocrática e galênica em seus escritos. Além disso, assim como a autora assinala em relação às obras desses três autores, Rodrigues aponta a preocupação dos primeiros exploradores do Novo Mundo em “pesquisar a flora e a fauna da nova terra, que classificaram de acordo com o sistema que conheciam e compreendiam” (Rodrigues, 2001, p.136). Desse modo, a incorporação de saberes e práticas dos nativos ficava evidente nos registros dos primeiros séculos da colonização, aparecendo muitas vezes associada aos preceitos da medicina humoral.

No dizer de Rodrigues:

Foi longo e tortuoso o caminho pelo qual o melhor pensamento científico da Antigüidade penetrou no saber popular latino-americano. [...]

A transferência dos componentes da cultura ibérica para o novo mundo aconteceu através de mecanismos formais e informais. O Estado e a Igreja elaboraram planos formais para orientar a política colonial, ao mesmo tempo em que o contato com os povos nativos adaptavam os costumes ibéricos à nova realidade (Rodrigues, 2001, p. 136).

Soares e Rodrigues chamam a atenção para a grande disseminação

desses conhecimentos para o público em geral, por meio da transmissão oral, de geração em geração, assim como recorrendo a uma “literatura higiênica” expressa em manuais de consulta e guias práticos para problemas relativos à saúde. Essa literatura portava também conhecimentos destinados à população rural, como princípios para a lavoura e sobre o tempo, a exemplo do *Lunário Perpétuo* e do *Dicionário de Medicina Popular de Chernowiz* (RODRIGUES, 2001). De acordo com o autor:

O Dicionário de Medicina Popular, usado por muitas mães de família do século XIX e início do século XX, é uma versão resumida do Formulário do mesmo autor e que, construído com base em princípios da medicina humoral e utilizando muitos conhecimentos da flora medicinal brasileira, foi manual de farmacologia nas escolas de Medicina e Farmácia desde 1843 até os primeiros anos do século XX. (idem, p. 137-138).

As noções de quente e frio, portanto, são herdadas da sabedoria grega clássica, com algumas modificações. Um exemplo que encontramos em Câmara Cascudo (1983), o grande estudioso da *História da Alimentação no Brasil*, foi aquele relativo às classificações das frutas, muito corrente ao longo de nossa história. Ele indica que Galeno classificava as frutas em duas classes quanto à procedência: nascidas ao rés-do-solo e colhidas nos galhos das árvores. Dentre as primeiras, melão, melancia, abóbora, pepinos, etc. são as mais difíceis de digerir porque são de fria substância e de umidade supérflua, fáceis de corromper-se no ventre (Cascudo, 1983, p. 794). Pela sua natureza fria e úmida, não deveriam ser comidas quentes do sol, pois a diferença de temperatura perturbaria o equilíbrio dos humores e a digestão. Só deveriam ser aquecidas espécies que se prestassem às iguarias das panelas (idem).

Para Cascudo, nossas *superstições alimentares* vieram através de Portugal<sup>6</sup>, algumas originadas nos preceitos da Antiguidade Clássica, cuja base é a proibição de misturar alimentos sólidos ou líquidos. A confusão fora proibida por Hipócrates (Cascudo, 1983, p.793). De acordo com ele, carne e peixe não deveriam ser misturados numa mesma refeição. Além da restrição às misturas, outro preceito que se destaca é a recomendação quanto

---

6 Os comentários sobre tabus de portugueses, indígenas e africanos que o conduzem a tal conclusão estão sobretudo às páginas 791-792 de seu livro (Cascudo, 1983).

ao processo de preparação dos alimentos, que devem ser preferencialmente cozidos. A esse respeito, Carmen Soares afirma: “não menos interessante é notar os passos em que se menciona que o processo de cozedura altera as qualidades básicas de qualquer ingrediente” (Soares, 2021, p. 26).

Também Rodrigues traz observações nesse sentido:

A compatibilidade do corpo com o alimento deve ser entendida como a capacidade que o organismo tem para resistir ao seu efeito. Cada pessoa reagirá de maneira diferente, conforme sua condição orgânica, à capacidade agressiva dos alimentos. Esse potencial de agressividade está ainda condicionado à forma como eles são consumidos e, principalmente, preparados. Alimentos cozidos são menos perigosos que alimentos crus (Rodrigues, 2001, p.139).

A categoria da reima<sup>7</sup> é ilustrativa dessa complexidade nas classificações dos alimentos e suas preparações. A reima não é definida, mas percebida em função de características do alimento, de sua relação com o organismo, de estados desse organismo e do processo culinário. Consequências observáveis influem em sua caracterização - é o caso das erupções de pele -, como também construções simbólicas relativas a períodos liminares. Normalmente, o alimento reimoso é considerado prejudicial à saúde. Entretanto, um mesmo alimento pode ser classificado de maneira diferente conforme atestam Maués e Motta Maués (1978) e Brandão (1981), notando-se inclusive diferenças regionais na atribuição de propriedades nefastas a determinados alimentos.

Maués e Motta Maués elaboraram um estudo sobre a complexidade da classificação relativa à reima envolvendo três momentos a serem considerados antes que um alimento passe da categoria de potencialmente reimoso para reimoso ou não-reimoso: 1º) o alimento em estado natural; 2º) o estado da pessoa que vai consumi-lo; 3º) o modo de preparação do alimento (Maués; Motta Maués, 1978, p.124).

---

7 “Etimologicamente reima ou reuma origina-se do grego e significa a corrente de um líquido ou o fluxo de um humor orgânico, enquanto reimoso é definido como aquilo que provoca a reima. O que primeiro ressalta é o significado etimológico da palavra reima: sua associação à teoria dos humores para explicar as doenças. Assim, se reima é o fluxo dos humores, reimoso será aquele alimento ou atitude capaz de perturbar esse fluxo” (Rodrigues, 2001, p. 140).

O processo de preparo do alimento, utilizado de maneira adequada, pode contribuir para a alteração na sua classificação. De acordo com eles: “Mesmo no caso dos alimentos de origem vegetal que podem ser consumidos crus, seu cozimento (sob a forma de doces, por exemplo) diminui a reima, no caso de serem reimosos” (Maués; Motta Maués, 1978, p.144)

A análise dos dois pesquisadores nos pareceu adequada para entendermos o caso que estudamos. De outro modo, teríamos dificuldade em explicar a mistura de compotas de frutas entre si e dessas com queijo, doces de leite, doces de ovos ou pudins feitos com leite e ovos e servidos com compotas de frutas.

Lembramos que as frutas verdes ou de vez são desaconselhadas pelo médico persa Avicena, desde o século XI. No entanto, compotas de figos, pêsegos, laranjas, mamão e até jabuticabas podem ser feitas com os frutos verdes. Mangaba e manga são utilizadas de vez. A presença do açúcar, considerado quente, ameniza os perigos. No entanto, o açúcar, por si só, provavelmente não seria capaz de operar a transformação. Tido como *contra-veneno clássico*, não foi suficiente para anular o preconceito quanto à combinação de frutas na salada, tida como venenosa até os primeiros anos do século XX (Casado, 1983, p.56).

É o processo de cozimento que parece influenciar decisivamente na forma da classificação dos alimentos, não só quanto à reima. No seu estado puro eles podem representar alguma ameaça, porém, uma vez transformados, cozidos e açucarados como ocorre com os doces, altera-se a condição que lhes conferia o caráter de indigestos e perigosos. Os processos de elaboração dos alimentos servem, portanto, a domesticações, que ampliam seu tempo de conservação. Em Minas, vimos como a possibilidade de conservar alimentos foi de fundamental importância, tanto nos períodos de carestia, quanto naqueles em que uma relativa fartura deveria ser aproveitada em pratos sempre prontos para receber visitas inesperadas. Os preceitos alimentares combinam-se ao hábito de manter estoques, contribuindo para uma preferência por alimentos que passaram por um processo de cocção ao invés de alimentos crus.

Uma análise dos cardápios mineiros desde o povoamento do território até às primeiras décadas do século XX evidenciará que, à exceção de algumas frutas, os alimentos crus praticamente não aparecem em sua composição. Verduras eram sempre refogadas ou cozidas, frutas predominavam em compotas. As carnes eram sempre fritas, assadas ou cozidas, muitas vezes

depois de salgadas ou defumadas. A esse respeito, lembramos que os pratos cozidos são predominantes em relação aos assados, caracterizando um maior aproveitamento e uma forma de economia que percebemos sobretudo no mexido, nas farofas, sopas e demais pratos que combinam alimentos, aproveitando partes menos nobres de carnes, sobras, culturas de quintal, como o milho, a abóbora, a mandioca e, até mesmo, alimentos destinados aos animais. Nesse último caso, destaca-se a canjiquinha, canjica de milho quebrada, também conhecida como quirera, usual para as criações de galináceos, que pode ser cozida e misturada a costelas de porco, ou mesmo aos pés, orelhas, rabo e focinho do animal: é o péla-égua dos pobres de algumas regiões, muitas vezes única possibilidade de alimentação.

A culinária mineira resultou, assim, de uma permanente elaboração, em processos lentos, longos e ritualizados, que podem ser percebidos nos procedimentos adotados, que, algumas vezes, duravam dias. No plano simbólico, a preferência pelos alimentos domesticados guarda uma íntima relação com o processo de estruturação social da nova capitania. A necessidade de preceitos que normatizem o conjunto das relações sociais, no período da mineração, parece ser evidente. Uma estrutura social fluida, o aventureirismo, a presença numerosa de desclassificados sociais, as constantes tensões provocadas pelas exigências da Coroa Portuguesa, ou pelo desvio de riquezas por parte de escravos e trabalhadores livres, e a mistura de raças são características da nascente sociedade mineira, que exigem um processo de culturalização, de civilização. Os tabus alimentares são parte desse processo. A ordenação do organismo humano é parte de uma ordenação do organismo social, de uma necessidade de demarcar diferenças, impor limites, demonstrar racionalidade nos moldes europeus que visam estruturar a colônia.

Analisadas de tal perspectiva, tanto no plano alimentar como no plano social, as misturas não são aconselháveis e devem ser evitadas. Lembramos que tal preceito, adequado a essa sociedade que se forma, tem origem na Antiguidade Clássica, em que as diferenças sociais são profundamente demarcadas, cidadãos não se misturam a escravizados, da mesma forma que sólidos não devem ser misturados aos líquidos, carnes aos peixes, quente ao frio. Assim, também a ingestão de comidas cozidas ou assadas representa sua elaboração cultural e racional, que demarca a diferença entre o instinto

animal e o humano, civilizado. Daí, o ditado corriqueiro que encontramos na literatura relativa ao período colonial: “não sou cavalo para comer capim”.

Dessa forma, ainda no século XIX, somente os rudes vaqueiros do sertão recorriam a frutos silvestres e alimentos em seu estado puro, diferenciando-se daqueles que se esmeravam numa elaborada culinária exposta aos visitantes em verdadeiros rituais, marcados pela herança do passado de opulência, momentos por excelência de demarcação de *status* social. Depreende-se, portanto, que os alimentos, como a sociedade, se mostram perigosos em estado natural. Os preceitos são necessários para prevenir as erupções que resultam de uma desordem alimentar, do afrontamento da ordem alimentar, da mesma forma que se devem prevenir erupções sociais.

Nas informações até aqui discutidas predominaram as referências a proibições absolutas, que expressam uma concepção geral de saúde/doença, de acordo com a qual quem é sadio pode comer de tudo, mesmo os alimentos que se considera fazerem mal. No entanto, em situações liminares - como resguardo, luto, menstruação - os princípios lógico-classificatórios são evidenciados.

Na pesquisa sobre Minas Gerais, notamos um aspecto interessante quanto a essas situações. Ainda que não tenhamos conseguido documentação sobre classificação de alimentos relativas aos povos nativos e aos africanos escravizados no estado, nessas situações é perceptível que produtos por excelência da terra e da dieta influenciada por esses povos assumem um caráter curativo e regenerador, como as farinhas de milho e de mandioca e o fubá, não apenas no pós-parto, mas em vários momentos<sup>8</sup>. Ainda hoje é comum o tratamento de vômito, diarreia e desidratação com água de fubá. O escaldado feito com fubá ou farinha de mandioca não falta à mesa dos doentes ou convalescentes: alimenta quando não se tem apetite, é ótimo suador... Se o problema é enjoo de gravidez ou se o *intestino é preso*, reco-

---

8 Soares (2021) apresenta numerosos exemplos que os cronistas dos Quinhentos mencionam sobre as plantas curativas do Novo Mundo e seus usos, tanto por nativos quanto por colonos, referindo-se à “preparação de mezinhas: xaropes, emplastros, unguentos e tisanas”, ou mesmo consumidas na forma de alimentos cozidos considerados adequados em circunstâncias determinadas. Uma grande variedade foi mencionada: o milho; a mandioca; frutas como caju, cajá, banana, mangaba, maracujá, entre tantas outras; plantas diversas, entre as quais goembegoacú, camará, folhas de jaborandiba, taioba, tanchagem; favas de mucuná; óleos de copaiba, de araucária entre outros. Trata-se de vasta prática da botica caseira ou exercida por médicos e cirurgiões na colônia, no que diz respeito a enfermidades “que afetam o exterior do corpo humano”, ou “partes internas vitais” ou “cabeça, ânus e sexo”. Conforme especialmente páginas 23 a 31.

menda-se o escaldado de fubá; o de farinha de mandioca é o mais adequado se o intestino é *solto*. No entanto, o escaldado não faz parte da alimentação de parturientes, pois sua receita inclui ovos, que estão entre os alimentos proibidos nessa fase.

Um destaque merece ser dado à dieta da parturiente. A sopa de farinha de milho com galinha, única refeição admitida durante a primeira semana de resguardo no tempo de nossas avós, ainda nos anos 1990 era comumente servida durante os primeiros dias do resguardo, como pudemos constatar durante a pesquisa acima referida. Na verdade, a galinha era a única carne admitida durante os 40 dias que se seguiam ao nascimento do bebê. No tempo em que não havia geladeira, criavam-se 40 galinhas, pois a comida requentada de um dia para outro não era recomendada nessa ocasião.

O milho, também fundamental nesse período, garante ainda hoje sua presença na dieta do pós-parto. Juntamente com as sopas de farinha de milho e fubá, o bolo de fubá considerado alimento forte, além de sustentar a mulher que amamenta, tem a fama de propiciar um aumento do leite materno. O mesmo princípio é atribuído à canjica de milho, cozida na água e temperada com açúcar ou rapadura. O emplastro quente de angu de milho ou de fubá feito com água, enrolado numa fralda, é aplicado às crianças com dor de barriga, no local da dor. Serve, também, ao alívio de cólicas nos adultos. O emplastro à base de farinha de mandioca é recomendado para aplicações no ouvido, na garganta e no peito em caso de bronquite ou asma, sempre envolto em tecido. Tais costumes, vale notar, também compunham relatos de sondagens e entrevistas que realizamos nos anos 1990.

## II

Pudemos observar uma longa duração nos princípios que nortearam as dietas alimentares e a seleção de preferências dos mineiros pois, como vimos, não ocorreram modificações significativas nos padrões alimentares e hábitos a eles associados durante os séculos XVIII e XIX, até as primeiras décadas do XX. As poucas alterações ficaram por conta de ampliações no receituário provocadas por um incremento da produção agropastoril, o que propiciou, também, algumas presenças mais constantes no cardápio cotidiano, como as do arroz e da carne de vaca.

Rodrigues aponta que significativos avanços da medicina são relativamente recentes. Concordamos com o autor quando pondera que novos conhecimentos científicos são lentamente apreendidos por pessoas comuns. No seu dizer:

O conhecimento dos microorganismos e de sua ação, bem como o da célula e da ação das glândulas, aconteceu na segunda metade do século XIX e a bioquímica celular e a imunologia só nas duas últimas décadas do século XX deixaram de ser tratados como uma curiosidade científica. Por outro lado, a maior parte dos medicamentos hoje prescritos pelos médicos foram desenvolvidos a partir de 1930 (Calder, 1976).

A medicina formal abandonou aqueles conhecimentos tradicionais, substituindo-os pelas descobertas recentes que a transformaram. Entretanto, novas teorias passam lentamente dos pesquisadores que as criam para o povo. Por isso, o conhecimento popular sobre saúde, doença e terapia continua ligado ao saber tradicional fundamentado em um dos princípios da medicina hipocrática: a necessidade de manter o equilíbrio das forças antagônicas que convivem dentro do organismo (Rodrigues, 2001, p.138).

Representações relativas a prescrições e a tabus alimentares permanecem, portanto, até o século XX, quando fatores característicos de novas formas de sociabilidade, fundadas na industrialização da sociedade e no processo de urbanização, aliados às descobertas e inovações na medicina propiciam alterações nos princípios até então operantes. Além disso, um conjunto complexo de aspectos influencia a dinâmica das tradições, que sobrevivem permanentemente ressignificadas.

A partir da entrada de imigrantes estrangeiros que vieram construir a nova capital mineira, transferida de Ouro Preto para Belo Horizonte nos últimos anos dos Oitocentos, fazem-se sentir algumas mudanças que, no entanto, não provocam rupturas profundas nos padrões alimentares costumeiros. Há a introdução de várias novidades, que Frieiro (1982) atribuiu sobretudo aos colonos italianos, portugueses e espanhóis.

É provável que a inclusão de hortaliças na alimentação dos habitantes da capital tenha sido estimulada também por campanhas, a exemplo da que



foi promovida pela Secretaria de Abastecimento e Crédito Rural, num momento em que houve grave crise de carne, cujo preço se tornou proibitivo. Frieiro reproduz os conselhos que visavam reformular hábitos alimentares da população: “Não basta comer muito, necessário é comer bem. Com sais minerais e vitaminas das hortaliças pode-se ter boa saúde, bastando comer uma hortaliça crua e outra cozida, uma de cor amarela e outra de cor verde, nas refeições diárias” (Fireiro, 1982, p. 182).

A data e os resultados da campanha não são fornecidos pelo autor, mas sabemos que em Minas Gerais, como nos demais estados brasileiros, há uma preferência especial pela carne às refeições. Sua importância aparece simbolizada, por exemplo, na posição de destaque que lhe é dada nas marmitas. Mais do que um alimento forte, nutritivo, ela é um item de prestígio. As famílias empenham-se em guardar os melhores pedaços de carne para os membros que carregam marmitas, pois constitui motivo de vergonha e demonstração de que se *passa mal*, a constatação de sua ausência por algum companheiro de trabalho<sup>9</sup>.

Uma questão importante no que diz respeito à alimentação ao longo do século XX, concerne ao que Fischler considerou ser uma *gastro-anomia*. No dizer do autor: “É um jogo de linguagem para chamar atenção para as dificuldades que as pessoas têm para lidar com a complexidade que se tornaram as práticas e representações alimentares na sociedade contemporânea.” (Goldenberg, 2011, p.237).

Um conjunto complexo e heterogêneo de informações traz insegurança e desconfiança às pessoas em relação ao ato de alimentar-se. Há certa desestruturação das regras que tradicionalmente orientavam o que comer, quando e como, e também as concepções de saudável, que passam a conviver com uma verdadeira *cacofonia* de discursos. As regras não estão claramente estabelecidas, donde a inspiração no conceito durkheimiano de *anomia*. De acordo com Fischler (Goldenberg, 2011, p.240):

---

9 No ano de 1990, em entrevista com a Sra. Maria Stella Libânio Christo, estudiosa da cozinha mineira, ela nos chamou atenção para esse aspecto. Comentou sobre o trabalho que desenvolvia junto a operários da construção e habitantes da periferia em Belo Horizonte, incentivando-os a aproveitarem riquezas vegetais que crescem nos quintais, como o ora-pro-nóbis que, segundo pesquisas, apresenta mais de 40 tipos de proteínas diferentes. Constatou o apego às carnes, em detrimento das espécies vegetais disponíveis, consideradas “matos”, e hoje conhecidas como PANCS (plantas alimentícias não convencionais).

Além dos especialistas, médicos e nutricionistas, bombardeando as pessoas com uma proliferação de novas e contraditórias informações nas revistas, jornais, rádios e televisão, além das celebridades dizendo o que comem para ficarem belas, jovens e saudáveis, a internet se tornou um banco de dados inesgotável sobre o que se deve ou não se deve comer, dos benefícios e malefícios de determinados alimentos e, também, das diferentes doenças causadas por eles. Esse excesso de informações bombardeando as pessoas criou um sentimento que acredito ser geral de total confusão ou incompetência dos comedores.

De outro ângulo, ocorre um grande movimento de afirmação de tradições locais, em relação com movimentos globais, que colocam na ordem do dia pautas de soberania e segurança alimentar, sustentabilidade, locavormo e políticas de patrimonialização. Nesse contexto, são recuperados saberes ancestrais e cultivares tradicionais. Um exemplo em Minas é o Festival Igarapé Bem Temperado, cujas protagonistas, senhoras idosas do município de Igarapé – na região metropolitana de Belo Horizonte - retomam os cozidos feitos com plantas dos quintais, ausentes da culinária por longo tempo: as assim chamadas PANCS<sup>10</sup>. São os guisadinhos, comida recuperada das histórias e lembranças, *comida de quintal*, que tem como base o angu de fubá ou de milho, acompanhado de um cozido de verduras da horta ou do quintal, e quando possível de uma carne, em geral de porco, frango ou galinha. Na cozinha doméstica, o feijão de caldo também é muito presente como acompanhamento.

Reavivar o hábito de consumo dessas plantas significa revitalizar a pequena produção em consonância com os princípios da soberania e segurança alimentar, assim como do saudável – posto que é alimento orgânico e rico em nutrientes. Nesse aspecto, é significativa a contribuição de movimentos como o *slow food*, promovendo o alimento “bom, limpo e justo”, recuperando cultivares e alimentos tradicionais, em nível global. Também o reconhecimento de singularidades associadas ao território, na forma de Indicações Geográficas

---

10 Não podemos deixar de registrar que pesquisadores e pesquisadoras que se debruçam sobre cozinhas de comunidades tradicionais, que historicamente recorrem aos cultivares assim nomeados, têm feito um questionamento sobre a utilização desta nomenclatura com uma indagação: “não convencionais para quem?”

(IG), contribui para recuperação e divulgação de saberes e práticas por muito tempo relegadas ao cotidiano de pessoas desfavorecidas.

### *III*

A construção de tradições alimentares ocorre dentro de uma complexidade de aspectos relacionados a conjunturas históricas. Uma vez que o objetivo da proposta foi compreender como concepções de saúde e doença contribuíram de modo decisivo para conformação de hábitos alimentares ao longo do período colonial moderno, no Brasil, recorreremos ao cotejamento das influências da medicina humoral nesse contexto.

À luz dessa literatura, enfrentamos o desafio de retomar nossa pesquisa sobre a cozinha e a construção da imagem do mineiro, reiterando nossa percepção de que tabus alimentares são parte de um processo de ordenamento social, de culturalização e civilização da sociedade colonial em moldes europeus. Ordenação do organismo humano e do organismo social propiciam demarcar diferenças, demonstrar racionalidade.

Documentação recuperada na literatura sobre classificação de alimentos relativa aos povos nativos e aos africanos escravizados no país corroboram observações obtidas em relatos da pesquisa em Minas Gerais, acima referidas, que indicam a incorporação, à luz da medicina humoral, de produtos naturais da terra, assim como da dieta influenciada por esses povos, na prática da botica caseira, ou de médicos atuando na colônia. Desse modo, concepções de quente e frio, forte e fraco e reimoso aplicadas aos alimentos orientam modos de preparo e consumo, definindo padrões e hábitos e moldando tradições.

A permanência desses preceitos e representações é observada durante gerações, chegando ao princípio do século XX. Este, mostrando-se bastante complexo e dinâmico, coloca dificuldades para seguirmos na observação do foco saúde/doença. Por um lado, devido à heterogeneidade dos discursos e à pluralidade de especialistas que reivindicam essa temática, expressos num conjunto nada coerente. De outro lado, pautas emergentes se mesclam à questão do saudável e influenciam diretamente no desenho das tradições, móveis e dinâmicas como o tempo: soberania e segurança alimentar, sustentabilidade que, por sua vez, adquirem sentido na confluência com questões

relativas ao reconhecimento de singularidades e patrimônios, colocadas em perspectiva global.

De modo algum houve a pretensão de esgotar a imensa complexidade de elementos atinentes à construção das tradições alimentares, sua permanência e ressignificação. Por meio da temática proposta num Colóquio dedicado à história das doenças, e considerando o limite de tempo e espaço para que a discussão fosse efetivada, o objetivo foi estabelecer, a partir do caso mineiro, um recorte que tornasse visível uma parte do amplo conjunto de aspectos em que as concepções de saúde e doença tangenciam as tradições em diferentes conjunturas históricas.

## **Referências**

ABDALA, M. C. Práticas sustentáveis temperadas por memórias e experiências. *Ingesta*, v.1, n.1, mar. 2019. p.159-171.

ABDALA, Mônica Chaves. *Receita de mineiridade: a cozinha e a construção da imagem do mineiro*. 2 ed. Uberlândia: Edufu, 2007. [1 ed. 1997]

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *Plantar, colher, comer: um estudo sobre o campesinato goiano*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

BRAGA, Isabel D. Da dietética à gastronomia regional portuguesa: um estudo de caso. *ArtCultura*, Uberlândia, v. 16, n. 28, p. 129-142, jan-jun. 2014.

CASCUDO, Luis da Camara. *História da alimentação no Brasil*. Belo Horizonte: Itaitaia; São Paulo: Edusp, 1983. 2 v.

FRIEIRO, Eduardo. *Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros*. 2 ed. rev. aum., Belo Horizonte: Itaitaia; São Paulo: EDUSP, 1982.

GOLDENBERG, Mirian. Cultura e Gastro-anomia: Psicopatologia da alimentação cotidiana. Entrevista com Claude Fischler. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 17, n. 36, p. 235-256, jul.-dez. 2011.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence (Org.). *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

MAUÉS, Raimundo; MOTTA MAUÉS, Maria Angélica. O modelo da “rei-

ma”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. *Anuário Antropológico*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, v.77, p. 120-147, 1978.

ORNELLAS e CASTRO, Inês de. A releitura do alimento medicamento e os tratados higienistas. In: FRANCO, José Eduardo; BRAGA, Isabel Drumond (Coord.). *História Global da Alimentação Portuguesa*. Temas e Debates. Lisboa: Bertrand Editora Ltda., 2023. p.159-164.

PAPAVERO, Claude. Alegrias e desventuras do paladar: a alimentação no Brasil holandês. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n.1, p. 137-147, jan./ fev. 2010.

RODRIGUES, Antônio Greco. Buscando raízes. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 7, n. 16, p. 131-144, dez. 2001.

SOARES, Carmen. A herança dietética Hipocrático-Galénica em escritos do séc. XVI de colonos portugueses sobre a terra brasílica. In: RIBEIRO, Cilene da S. G.; PILLA, Maria Cecília B. A.; SOARES, Carmen (Org.). *Mesas Luso-brasileiras: patrimônio alimentar, turismo sustentável e saúde*. Curitiba: PUCPRESS, 2021. p. 13-37.

VALERI, Renée. Alimentação. In: *Enciclopédia Einaudi*, {Lisboa}: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, v.16, 1989. p. 191-209.

WOORTMANN, Klaas. Hábitos e ideologias alimentares em grupos sociais de baixa renda. *Série Antropologia*, v. 20, Universidade de Brasília, 1978. (Relatório Final).

## 6

# *Hortas urbanas e impacto na segurança alimentar e nutricional: um estudo feito no município de Curitiba-PR*

Cilene da Silva Gomes Ribeiro<sup>1</sup>

Marielle Alves Machado<sup>2</sup>

Maria Cecília Barreto Amorim Pilla<sup>3</sup>

A utilização do conceito e da prática de Hortas Urbanas (HU), historicamente, tem sido baseada em respostas à diferentes crises econômicas existentes, independente dos espaços geográficos mundiais. Os primeiros relatos de HU surgiram na Inglaterra no final do século XVIII, quando ocorreram migrações aumentadas de zonas rurais para as urbanas, se elevando também o contingente populacional e a falta de alimentos disponíveis, o que gerou a necessidade de criação de espaços de cultivo no interior das cidades (Kottas et al, 2021).

No Canadá, durante a Primeira Guerra Mundial, em 1918, o governo provincial foi convencido a tomar posse de terras não utilizadas, para fins de cultivo, sem pagamento de indenização aos proprietários (Rodrigues, 2012), para tornarem as cidades e municípios mais produtivos e para alimentar pessoas em vulnerabilidade.

Já na América Latina, África e Ásia, como uma estratégia de sobrevivência das populações mais pobres atingidas pela crise econômica que se instalou nessas regiões, o cultivo de hortaliças nas áreas urbanas e periurba-

---

1 Nutricionista, graduada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em História e Cultura da Alimentação (UFPR).

2 Nutricionista e Educadora Física graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

3 Graduada em Direito pela Faculdades Integradas Curitiba. Graduada em História pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestre em História pela UFPR e doutorado em História pela UFPR.

nas, com ou sem o apoio governamental, tomou impulso a partir de 1980.

No Brasil, as hortas urbanas e periurbanas ganharam destaque neste período, com o apoio das autoridades locais e instituições da área. A partir dos anos 2000, o apoio a essas hortas passou a ser uma parte integral das políticas nacionais para redução da pobreza e garantia da segurança alimentar (Branco e Alcântara, 2011), além da redução da pobreza.

O Programa Nacional de Agricultura Urbana, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, financiou projetos de hortas comunitárias urbanas em todas as regiões brasileiras, bem como atividades como lavouras comunitárias, avicultura e apicultura (Branco e Alcântara, 2011). As HU buscaram a melhoria da segurança alimentar e nutricional de comunidades urbanas e passaram a criar um habitat urbano melhorado, uma opção para o combate à pobreza com melhorias na segurança alimentar e nutricional, na qualidade ambiental das cidades e na destinação social da terra urbana (Filho, 2021).

Os benefícios associados às práticas de agricultura urbana são numerosos, sendo os mais proeminentes: geração de emprego e renda, redução do custo dos alimentos, melhoria da alimentação e manutenção dos espaços verdes da cidade (Crush; Hovorka; Tevera, 2011; Mok et al., 2014). Portanto, pode-se afirmar que horta urbana é uma temática a ser desenvolvida e discutida nas várias esferas, estando entre elas a econômica, social, ambiental e de segurança alimentar.

Segundo Pereira (2015, p. 63), “a agricultura urbana promove economia, reduz a pobreza e estimula o empreendedorismo, cria empregos para mulheres e outros grupos marginalizados” e a participação nessa atividade cria a possibilidade de auto-organização econômica e social. Corroborando com esta afirmativa, Ricarte (2011, p. 64) cita que a agricultura urbana “pode proporcionar uma contribuição social bastante positiva” por ser um importante mecanismo de combate à fome.

A prática da política soberana de abastecimento alimentar é considerada uma estratégia que beneficia a sociedade como um todo, garantindo o acesso sustentado à alimentação para grupos de baixa renda e vulneráveis e garantindo o acesso à alimentação suficiente e saudável para todos. As pesquisas mostram que a produção de alimentos da agricultura urbana, globalmente, está aumentando, com rendimentos poten-

ciais de até 50 kg/m<sup>2</sup> por ano, envolvendo pelo menos 100 milhões de pessoas (Vieira et al., 2018).

Apesar dos benefícios apresentados mundialmente, no Brasil a prática da agricultura urbana tem encontrado muitos desafios, tais como o insuficiente apoio financeiro do Estado, pouca assistência técnica, falta de propriedade legal do espaço (Santana et al., 2017), dificuldades de identificação de polígonos urbanos disponíveis para a prática, entre outros, resultando em lento desenvolvimento.

Sem dúvidas e, conforme reforça Pereira (2015, p. 29), “a agricultura urbana em todo o Brasil tem característica democrática, participação popular e contribuição em termos sociais e ambientais”, e por isso necessita importante incentivo governamental.

O Direito Humano à Alimentação Adequada é um direito humano básico, reconhecido pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais (adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 e em vigor desde 3 de janeiro de 1976), validado por 153 países, incluindo o Brasil. Esse direito pressupõe uma alimentação adequada, tanto do ponto de vista de quantidade como de qualidade, garantindo a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o direito à vida. Portanto, é de suma importância que o poder público seja mais justo e efetivamente crie políticas que viabilizem esse direito (Consea, 2010). A partir do início deste século, o apoio a HU no Brasil passou a fazer parte da política nacional de redução da pobreza e garantia de SAN. Algumas dessas hortas foram financiadas com recursos federais e estavam incluídas no Programa Nacional de Agricultura Urbana (Branco e Alcântara, 2011).

Segundo dados levantados em diferentes espaços geográficos brasileiros, além da possibilidade de geração de renda para os hortelões, pequenos agricultores, e do possível aumento da disponibilidade física e financeira de alimentos para os municípios, a agricultura urbana e periurbana (APU) pode gerar benefícios não apenas de abastecimento alimentar, mas também de valorização da cultura alimentar local e regional, inserção de alimentos agroecológicos, permite aumento de áreas verdes urbanas, valoriza o direito aos espaços das cidades, bem como contribui para a gestão de resíduos sólidos orgânicos.

No ano de 2015, o município de Curitiba (Estado do Paraná) criou o



programa de hortas solidárias no município, por meio da Lei 14.742/2015, que trata de:

Art. 1º Fica instituído a permissão de Horta Solidária Urbana no município de Curitiba, com os seguintes objetivos:

- I - incentivar a geração de renda complementar;
- II - incentivar a agricultura social e a economia solidária;
- III - incentivar a produção para o autoconsumo;
- IV - reduzir o custo do acesso ao alimento para consumidores finais;
- V - aproveitar mão-de-obra desempregada;
- VI - aproveitar áreas públicas;
- VII - manter terrenos públicos limpos e utilizados;

Parágrafo único. Para os fins desta lei, entende-se por Horta Solidária Urbana toda atividade desempenhada com finalidade social, destinada ao cultivo de hortaliças, legumes, plantas medicinais e para floricultura e paisagismo no âmbito do município.

Em 28 de setembro de 2018, ainda no município de Curitiba (PR), foi aprovada o Projeto de Lei Ordinária nº 15.300/18, que autorizou a ocupação de espaços públicos e privados para o desenvolvimento de atividades de agricultura urbana para pessoas que comprovem sua situação de vulnerabilidade social.

Portanto, explorar as correlações do ambiente urbano de produção de alimentos, sobre a promoção ou proteção de alterações do estado nutricional, considerando características subjetivamente experimentadas sobre o plantio, acesso, o consumo alimentar e o desfecho nutricional em segmento da população adulta. Além disso, é importante ressaltar que, as HU que recebem apoio da gestão municipal no município de Curitiba, têm como público-alvo pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e nutricional, e que avaliar se as HU são uma ferramenta de melhoria de suas condições de vida, é fundamental.

## *Agricultura urbana e periurbana no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional*

Presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Unesco, 1948), o acesso à alimentação adequada é um direito primordial a todo ser humano. No Brasil, está incluído dentro da categoria dos direitos sociais na Constituição Federal Brasileira de 1988, através da Emenda nº 64/2010 (Brasil, 2010), em que a fome, a miséria, a má qualidade de alimentação (seja pela escassez ou excesso) constituem-se na negação da humanidade individual e coletiva.

No Brasil, o direito humano à alimentação é garantido por meio da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que tem como objetivo garantir o direito de todos ao acesso permanente e regular a alimentação em quantidades apropriadas, de qualidade, sem prejudicar o acesso de outras necessidades básicas. Seu pilar está nas práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, culturais, econômicas e socialmente sustentáveis (Consea, 2010).

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar - LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006) assegura que a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Art. 3º).

Ainda, de acordo com o Art. 4º da LOSAN, a segurança alimentar e nutricional abrange:

- I – Ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, em especial da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição de renda;
- II – Conservação da biodiversidade e utilização sustentável dos recursos;
- III – A promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social;

No cenário brasileiro, a Segurança Alimentar e Nutricional é uma formulação multidimensional, construída socialmente e de modo participativo, que representa a garantia do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis (Consea, 2010).

As ações de SAN têm como um dos princípios a articulação entre o governo e a sociedade para a formulação de políticas a fim de fazer cumprir o dever do poder público em respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade (Consea, 2010). Infelizmente, trata-se de temática de política pública que ainda está em consolidação no Brasil, apesar de ter como marco histórico importante a promulgação da Emenda Constitucional 64, no dia 05 de fevereiro de 2010, que inclui a alimentação entre os direitos sociais, fixados no artigo 6º da Constituição Federal (Brasil, 2010a).

Através dos princípios de abrangência, intersetorialidade, equidade, participação social e articulação entre medidas de caráter emergencial e estrutural, se conforma a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. As diretrizes dessa política estão organizadas no sentido de atender a oito dimensões, estando entre elas a promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional; a instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada; o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional; e o monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada (Brasil, 2010b)

A fome, sem dúvida, é um dos flagelos mais aterrorizantes e recorrentes na história brasileira. Presente desde a época da colonização, infelizmente continua assolando nossa sociedade. Em 2020, estudos demonstraram (Vigisan, 2020) que 55,2% dos domicílios brasileiros estavam em condições de in-

segurança alimentar (ia) e 9,0% conviviam com a fome, demonstrando preocupante deterioração socioeconômica e profundas desigualdades na sociedade brasileira, anterior à pandemia da Covid-19 e agravado por ela. Esse quadro persistiu e se agravou consideravelmente em 2021, com as crescentes perdas de poder aquisitivo das famílias e de direitos sociais ocorridas no período. Níveis alarmantes de insegurança alimentar e de fome seguiram vulnerabilizando cada vez mais a população, a partir da falta de acesso a alimentos, em quantidade e qualidade adequadas, constituindo violação do preceito constitucional no Brasil relativo ao direito humano à alimentação adequada.

Segundo dados do II VIGISAN (Vigisan, 2022), entre o final de 2021 e início de 2022, os moradores de pouco mais de 40% dos domicílios de áreas urbanas tinham garantia de acesso pleno aos alimentos, ou seja, viviam em condições de segurança alimentar. Em 28% deles havia referência à instabilidade na alimentação dos moradores, ou seja, se evidenciava a preocupação quanto à possível incapacidade de obter alimentos no futuro próximo e comprometimento da qualidade da alimentação, o que se caracteriza como insegurança alimentar leve. E, segundo dados do mesmo estudo, em 1/3 dos domicílios (30,7%) havia relato de insuficiência de alimentos que atendessem às necessidades de seus moradores, caracterizando insegurança alimentar moderada ou grave, dos quais 15,5%, conviviam com experiências de fome.

Por isso, esta pesquisa objetivou identificar a importância das HU para a melhoria da Segurança Alimentar e Nutricional e garantia do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas da população de hortelões e hortelãs atuantes em um município urbano do sul do Brasil, uma vez que os mesmos, em sua grande maioria, vivem em áreas de evidente vulnerabilidade social.

### ***As Hortas Urbanas e os movimentos de produção, acesso e consumo de alimentos***

A partir da realização de uma pesquisa transversal, de cunho quantitativo, realizada a partir de espaços de produção de alimentos, neste caso específico com adultos usuários ativos das hortas e lavouras urbanas, foi possível identificar sua relação com a terra, do pertencimento à esta e como a produção auxilia no acesso e consumo de alimentos saudáveis. A amostra acessada foi de 51 pessoas, sendo 27 homens e 24 mulheres, demonstrando que nesses espaços, não são necessariamente as mulheres que atuam na produção do alimento. O acesso se deu em torno de 25% dos indivíduos que atuam na terra, em cada uma das HU pesqui-

sadas, sendo convidados à participação à medida que chegavam ao local e que eram indicados por seus pares. Foram acessadas quatro áreas de produção de alimentos, todas presentes em regiões cuja vulnerabilidade social se demonstra, no município em questão.

Foi possível identificar que a idade influencia o tempo que o hortelão se dedica aos cuidados com a horta. Sendo assim, idosos, principalmente aposentados, tem um tempo de atividade maior na horta do que os adultos jovens que possuem atuação remunerada durante o dia. Aplicando-se teste estatístico de Spearman é possível afirmar, com 95% de probabilidade, que o tempo que os produtores se dedicam aos cuidados com a horta se difere de forma significativa conforme a idade do hortelão.

Além disso, utilizando o teste estatístico de Qui-quadrado em estudo realizado, foi possível afirmar, com 95% de probabilidade, que a principal fonte de renda dentre os hortelões estudados, seja ela proveniente do trabalho, aposentadoria ou uma combinação de ambos, não tem influência significativa no tempo dedicado à horta. Esses resultados indicam que, independentemente de ser trabalhador ativo ou aposentado, o indivíduo tende a dedicar o mesmo grau de comprometimento e dedicação ao cultivo de sua horta. Ou seja, demonstra que a prática da HU é um interesse genuíno que não se limita a uma determinada fase da vida ou situação econômica.

Além disso, não há distinção de renda ou gênero quando se trata do destino dos produtos cultivados. Tanto homens quanto mulheres hortelões têm a mesma responsabilidade e oportunidade de utilizar o que produzem na horta para fins comerciais. A logística envolvida na venda dos produtos também não apresenta diferenças entre os gêneros, pois ambos são igualmente capazes de executar estratégias de comercialização.

Além do mais, a quantidade de refeições que se faz em um dia é igual entre as rendas e entre as idades, dentre os hortelões estudados no município de Curitiba. Em relação a preocupação com que a comida acabasse antes que as famílias tivessem condição de comprar, receber ou produzir é similar entre homens e mulheres, evidenciada para todos os níveis de renda financeira e entre todas as idades, o que caracteriza insegurança alimentar nas famílias pesquisadas.

Porém, utilizando o teste estatístico de Qui-quadrado, é possível afirmar, com 95% de probabilidade, que a quantidade de refeições realizadas

em um dia é diferente entre os gêneros. Sendo assim, pôde-se perceber que as mulheres referem consumir, em média, 4 refeições ao dia, enquanto os homens referem consumo de 3 refeições diárias, o que pode também pode interferir diretamente no estado nutricional destes indivíduos.

Ao analisarmos a renda familiar, identificam-se as vulnerabilidades. Quando avaliamos as 51 famílias pesquisadas, percebemos que a maioria delas possui uma renda mensal que varia de 1 a 3 salários-mínimos. Essa renda familiar é responsável pelo sustento de um número de pessoas que varia de duas a onze, resultando baixa renda per capita. O medo de não possuírem alimentos para consumo nos dias seguintes é presente na maior parte das residências, mas o fato de terem o alimento proveniente das hortas lhes assegura que terão alguma coisa para comer, os retirando da fome intensa. Por isso, se evidencia a insegurança alimentar, mas não a fome propriamente dita.

Muitos hortelões reconhecem que os alimentos plantados e colhidos nas hortas são fontes significativas de vitaminas e sais minerais, considerando a alimentação proveniente do plantio da terra de alto valor nutritivo. Mas, consideram que apenas o arroz e o feijão é que realmente sustentam o corpo, sendo as hortaliças e tubérculos produzidos nas HU opções complementares à alimentação. Relatam que as verduras produzidas não geram tanta saciedade e que precisam complementar a alimentação.

É importante considerar que muitas pessoas enfrentam restrições financeiras que limitam suas escolhas alimentares, levando-as a consumir o que está disponível, sem muita opção. Para essas pessoas, mesmo tendo a produção do alimento em suas mãos e podendo se alimentar com o que plantam nos espaços das HU, muitos consideram como refeição perfeita apenas aquelas que elaboram a partir de alimentos disponíveis nas prateleiras de grandes supermercados, devido ao status gerado pela possibilidade de aquisição destes alimentos. O alimento da horta representa algo nutritivo para consumo, mas não um alimento de valor social.

Foi constatado que existe um desconhecimento significativo sobre a alimentação adequada nesta comunidade. Grande parte desses indivíduos não possui o conhecimento necessário para se alimentar de forma saudável e suprir as necessidades nutricionais do corpo. Essa falta de conhecimento pode estar diretamente relacionada ao contexto social e econômico em que vivem, uma vez que a falta de recursos financeiros muitas vezes impede o

acesso a alimentos de qualidade e a informações sobre uma dieta balanceada.

É importante ressaltar que uma minoria considera os alimentos ultraprocessados inadequados, e a maioria acaba consumindo-os, seja pela falta de opções mais saudáveis e acessíveis, seja pela supervalorização gerada pelo que é embalado. Mesmo tendo consciência de que o alimento produzido nas hortas é saudável, fresco, orgânico, que faz bem à saúde e que seu acesso e consumo permite alimentação mais saudável, a valorização deles fica aquém à dos alimentos ultraprocessados, o que demonstra a necessidade premente de amplos processos de educação alimentar e nutricional (EAN) da população e políticas públicas que visem prover recursos e orientações adequadas para que essas comunidades possam aprimorar sua alimentação e, conseqüentemente, sua saúde.

A importância da educação alimentar e nutricional para a população é fundamental e não pode ser subestimada. Ter conhecimento sobre alimentação saudável e nutrição adequada é essencial para promover a saúde e o bem-estar de forma geral. Ao receber uma educação alimentar adequada, esses indivíduos são capacitados a fazer escolhas mais saudáveis, não apenas para si mesmos, mas também para suas famílias. A EAN deve ser disponibilizada e acessível a todos, para que cada indivíduo possa alcançar uma alimentação equilibrada e desfrutar de uma vida mais saudável e plena.

No que diz respeito aos alimentos excedentes que produzem nas hortas do município, a maior parte declara que faz doações ou trocas, auxiliando a comunidade e ampliando seu repertório de consumo. Mas, dos que fazem comercialização dos excedentes, a maior parte relata comercializar a preços mais baixos do que os praticados pelo comércio local (14%), outros valorizam os seus produtos e os vendem a preços mais altos em comparação com os mercados locais (8%), justificando que são alimentos livres de agrotóxicos. Além disso, algumas das HU definem que, em caso de comercialização, todos os horticultores devem praticar preços fixos (18%), evitando assim competição desleal entre eles. Há também aqueles que vendem sempre por um valor entre 1 e 2 reais (16%). Eles relatam que o dinheiro arrecadado é utilizado para comprar sementes ou mudas para a próxima safra ou para pagar a conta de água da horta, dividida entre os hortelões. Isso demonstra que o dinheiro arrecadado com a comercialização de excedentes normalmente não é utilizado para melhorar a renda familiar e sim para a subsistência dos

canteiros de produção. Além das vendas, muitos optam por fazerem doações (39%) para igrejas, familiares, amigos e conhecidos.

Foi possível evidenciar, nessa pesquisa, através das análises, que as comunidades de hortelões são vulneráveis: além da baixa renda per capita, há significativa preocupação com a escassez de alimentos nos domicílios. É interessante observar que as pessoas de baixa renda gastam mais da metade do seu dinheiro para comprar alimentos e por isso esses espaços de HU são essenciais, pois proporcionam uma melhor qualidade de vida, permitindo que as pessoas cultivem seus próprios alimentos e economizem, sem depender dos produtos e preços estabelecidos pelo mercado. Além disso, conforme reforça Pereira (2021) têm a liberdade de cultivar alimentos de qualidade, de acordo com suas preferências e possibilidades.

Pode-se afirmar que a agricultura urbana beneficia os mais pobres, alterando o quadro de fome, principalmente das famílias mais carentes que sobrevivem da agricultura em pequena escala. Sendo assim, é evidente que as hortas urbanas, sejam elas as acessadas no município de Curitiba, seja as já pesquisadas em outros espaços urbanos, são atividades potenciais para a promoção da segurança alimentar e nutricional (Cunha, Cardoso, 2022; Cribb, Cribb, 2009).

De forma profissional, foi observado que nas HU há uma diversidade de gêneros bastante equilibrada, com homens e mulheres engajados de forma igualitária nos cuidados com a horta. No entanto, é importante ressaltar que neste estudo específico, há uma maior participação de homens em comparação às mulheres. Entretanto, a presença feminina é mais explícita em vários processos de plantio de alimentos, conforme cita Delgado (2017) em pesquisa comparativa feita entre os municípios de Lisboa e Viena.

Os agricultores urbanos, das hortas visitadas nesse presente estudo, fornecem uma ampla variedade de produtos frescos. Entre os itens mais populares estão a couve, couve-flor, repolho, cebolinha, salsinha, beterraba, espinafre, jiló, escarola, berinjela e alface. Esses alimentos são utilizados de maneiras criativas na culinária, através de refogados, omeletes com cheiro verde e espinafre, bolos de beterraba, macarrão com beterraba, farofa com folhas de beterraba, enroladinhos de couve com carne e até mesmo brigadeiro de cenoura. De acordo com as diretrizes estabelecidas para estas hortas, existem restrições quanto ao que os agricultores podem cultivar em seus



canteiros. Nesse sentido, por exemplo, a plantação de batata doce, abóbora e pepino é proibida, uma vez que essas espécies têm uma tendência a se expandir e invadir os canteiros vizinhos. Essas restrições visam garantir a organização e a eficiência da produção agrícola, evitando conflitos entre os agricultores e preservando a integridade dos canteiros. É importante respeitar essas regras para manter um ambiente profissional e harmonioso entre os produtores, promovendo assim o sucesso e o crescimento sustentável da agricultura local. Além disso, os agricultores orgulhosamente aproveitam ao máximo tudo o que colhem da terra, incluindo talos, sementes e cascas, para garantir que nada seja desperdiçado.

A principal fonte de renda não tem influência no tempo que o hortelão se dedica a horta, porém é evidente que os idosos têm mais tempo para se dedicar ao processo de plantio. Normalmente, os idosos se encontram aposentados e buscam nas hortas, além do acesso aos alimentos, formas de cuidado à saúde, socialização e valorização. Sabemos que o envelhecimento saudável depende da saúde mental e física, da independência e da integração social, fazendo com que o trabalho na horta estimule a autoestima, a criatividade e a organização desses indivíduos, permitindo que esse envelhecimento seja mais saudável (Scortegagna et al, 2023).

Os hortelões não apenas colhem os frutos de seu trabalho na horta, mas também colhem benefícios para a comunidade. Afinal, todos os hortelões contribuem para o bem-estar de outras pessoas, além daquelas que vivem em suas próprias residências. Eles compartilham os produtos cultivados localmente, seja por meio da venda ou da doação, o que é um gesto valioso para aumentar o número de pessoas beneficiadas por essa produção. Essa atitude demonstra também um compromisso em promover o desenvolvimento local.

### ***Considerações finais***

A agricultura urbana, representada pelas hortas urbanas comunitárias, desempenha um papel crucial na segurança alimentar e nutricional, através da produção em pequena escala de alimentos.

Nesse contexto, as hortas comunitárias têm se mostrado uma estratégia eficaz para promover a saúde e a alimentação adequada. O contato direto com o cultivo e colheita dos alimentos proporciona aos participantes um sentimento de valorização e cuidado, além de incentivar a adoção de práticas alimentares

mais saudáveis. As hortas urbanas também contribuem para a diversificação da dieta, oferecendo uma variedade de alimentos frescos e nutritivos.

Essa prática permite que comunidades tenham acesso a uma alimentação mais saudável, especialmente aqueles que não possuem condições financeiras para comprar alimentos em supermercados ou feiras. Além disso, as hortas urbanas promovem a inclusão social, uma vez que proporcionam oportunidades de trabalho e envolvimento comunitário. Dessa forma, essa atividade contribui significativamente para a promoção da SAN, garantindo o acesso adequado e regular aos alimentos, assim como a melhoria da qualidade nutricional da dieta das populações urbanas.

## ***Referências***

BRANCO, M.C. e ALCÂNTARA, F.A. Hortas urbanas e periurbanas: o que nos diz a literatura brasileira? *Horticultura Brasileira* 29: 421-428, 2011. <https://www.scielo.br/j/hb/a/BBhZ9hvsDdRCbwd9mQF87ZQ/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Emenda Constitucional 64. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*. 04 fev 2010 (a)

BRASIL. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional –SISAN – com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 18 set 2006. (b)

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional: textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília, 2010.

CONSEA. - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil Realização - Indicadores e Monitoramento - da Constituição de 1988 aos dias atuais*. Brasília, 2010. Acesso: <https://pesquisassan.net.br/wp-content/uploads/2020/04/relatorio-consea.pdf>

CUNHA, M. A. DA; CARDOSO, R. DE C. V. Hortas urbanas na promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e desenvolvimento sustentável em Salvador, Brasil. *Ambiente & Sociedade*, v. 25, p. e00943, 16 dez. 2022.

CRIBB, S.L. DE S.P.; CRIBB, A.Y. Agricultura urbana: alternativa para aliviar a fome e para a educação ambiental. *www.alice.cnptia.embrapa.br*, 2009.

CRUSH, J.; HOVORKA, A.; TEVERA, D. *Food security in Southern African cities: The place of urban agriculture*. *Progress in development studies*, v. 11, n. 4, p. 285-305, 2011.

DELGADO, C. Agricultura urbana, espaço de protagonismo feminino Dinâmicas e potencialidades. *Revista Faces de Eva*. n.º37. 37. 2017. file:///D:/Downloads/CECILIADELGADO-Agriculturaurbana-FE37.pdf

FILHO, A. et al. Urbans gardens in Brazil: evolution, challenges and perspectives *Risus. Journal on Innovation and Sustainability*, São Paulo, v. 12, n.1, p. 30-44, jan./ fev. 2021. ISSN 2179-3565

KOTTAS, M. G. et al. Urbans gardens in Brazil: evolution, challenges and perspectives. *Risus - Journal on Innovation and Sustainability*, volume 12, número 1 - 2021 ISSN: 2179-3565

MOK, Hoi-Fei et al. Strawberry fields forever? Urban agriculture in developed countries: a review. *Agron. Sustain. Dev*, v. 34, p. 21-43, 2014.

PEREIRA, L. J. *Hortas Urbanas Comunitária em Brasília – DF*. Planaltina – DF. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão Ambiental) Universidade de Brasília, Planaltina-DF, 2015.

PEREIRA, P. G. Hortas urbanas: importância social, econômica e ambiental para famílias de baixa renda. *Repositorio.ifgoiano.edu.br*, 2021.

RODRIGUES. S. *Um modelo para a implementação de redes de hortas urbanas*. Tese de Mestrado em Gestão Ambiental e Ordenamento do território – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012.

RODRIGUES, A. et al. Movimentos a favor da agricultura urbana em Curitiba – Paraná e a constituição de práticas de ensino ambientais/educativas. *Revista EA*, Volume XXI, Número 81, 2023.

SANTANA, Antônio Cordeiro et al. Mercado Institucional e Agricultura Urbana e Periurbana em Curuçambá, Ananindeua, Pará: Oportunidades e Desafios. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v. 13, n. 1, 2017.

SCORTEGAGNA, P. et al. *Horta universitária e qualidade de vida do idoso*. [s.l.: s.n.]. <[https://sites.uepg.br/conex/anais/anais\\_2018/arquivos/04152018\\_160430\\_5ad3a2b64c423.pdf](https://sites.uepg.br/conex/anais/anais_2018/arquivos/04152018_160430_5ad3a2b64c423.pdf)>.

TADDEI JA, LANG RME, LONGO-SILVA G, TOLONI MHA. *Nutrição em saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio Ltda; 2011. 640 p. <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CsD4VMdnxVpKqrjnDy7m6Hw/>

VIEIRA, LC et al. Unpacking components of sustainable and resilient urban food systems. *Journal of Cleaner Production*, v. 200, p. 318-330, 2018.

VIGISAN. *Olhe para a fome: o desafio é de todas e todos nós*. Rede PENSSAN, 2020. <https://olheparaafome.com.br/pesquisa2020/>

VIGISAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: *II VIGISAN: relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN*. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. (Análise; 1). <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>

## *Entre a Reabilitação Física e a Promoção da Saúde: trajetórias e desafios da Fisioterapia no Brasil*

Carolayne Fernandes Prates <sup>1</sup>

José Patrício Bispo Júnior<sup>2</sup>

### *Introdução*

A Fisioterapia enquanto profissão demanda de um arcabouço teórico e conceitual que defina a natureza e a abrangência das práticas do fisioterapeuta. Todas as áreas e campos de atuação têm como principal objeto de atuação o movimento e o corpo humano. Apesar da ampla discussão e fundamentação quanto a interação entre movimento e corpo humano na Fisioterapia, ainda há carência de maiores debates sobre as transformações e mudanças contínuas que demandam deste profissional diferentes formatos de atuação e capacidade de adaptação (Bispo Júnior, 2021).

Historicamente, a Fisioterapia é marcada por seu caráter reabilitador. Tal identidade profissional é influenciada pelo cenário epidemiológico do passado, com grandes guerras, epidemias e acidentes de trabalho, e pelo estímulo às ações curativas ainda muito presentes nos centros de ensino da profissão (Salmória; Camargo, 2008). Entretanto, as novas demandas de saúde provenientes das transformações do cenário epidemiológico, social e de organização dos sistemas de saúde exigem do fisioterapeuta novas configurações de suas ações profissionais, por meio da inclusão de novos saberes com o intuito de atuar em direção à integralidade do cuidado (Bim et al., 2021).

Os novos hábitos de vida, o padrão acelerado de urbanização e industrialização, culminou no desenvolvimento de novas necessidades de saúde e

---

1 Fisioterapeuta, Mestranda em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA).

2 Fisioterapeuta, Doutor em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Professor Associado do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA).

novas doenças. Tal fato evidencia que essas novas mudanças não podem ser contempladas somente com a fisioterapia voltada para a reabilitação (Bispo Júnior, 2013).

Nessa lógica, a partir da década de 1980, a concepção de promoção de saúde ganha destaque no Brasil, e novos desafios se impõem às profissões com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a reforma do sistema de saúde brasileiro, os princípios de integralidade reforçaram a necessidade de promoção da saúde na prática de todas as profissões, com o intuito de capacitar a população para o autocuidado (Augusto et al., 2011).

Assim, os fisioterapeutas passaram a discutir sobre as práticas de cuidado abrangentes que incluem a promoção da saúde, prevenção de agravos, ações curativas e reabilitação das funcionalidades corporais (Cardozo, et al., 2022). Nesse contexto, a discussão sobre a inserção da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) ganha também notoriedade (Bim et al., 2021). Todavia, a efetiva atuação dos fisioterapeutas no nível primário só pode ser alcançada a partir de uma reformulação da lógica de trabalho, com atualizações epistemológicas sobre as competências, conhecimentos e novas práxis, que são indispensáveis para fundamentar a atuação da profissão em outros níveis de atenção e outros espaços dos sistemas de saúde.

A discussão da ampliação da Fisioterapia para uma concepção social e política tem registros desde 1980, quando se iniciou os esforços para romper com a lógica biológica e incluir a concepção biopsicossocial (Rodríguez, 2004). O atual arranjo dos sistemas de saúde e suas respectivas necessidades, ofertam aos fisioterapeutas grandes oportunidades e desafios. A exemplo da pandemia do Covid-19, no qual os fisioterapeutas realizaram atividades essenciais como o controle de riscos e de danos, intervenções coletivas com objetivo de prevenção e outras atividades, não se limitando à reabilitação (Fraga-Maia et al., 2020).

Gauer e colaboradores (2018) afirmam que, para otimizar essas ações e qualificar a Fisioterapia para uma atuação ampliada, se faz necessário a reorientação dos modelos pedagógicos. Assim, espera-se desenvolver aos profissionais capacidades e habilidades de ação que estejam condizentes com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse novo arranjo, rompe-se com o individualismo e a fragmentação e centraliza-se a coletividade e o cuidado ampliado por meio dos determinantes e condicionantes de saúde, qualifi-

cando fisioterapeutas para atuarem nos diversos níveis de atenção.

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo refletir sobre a trajetória da Fisioterapia no Brasil considerando a amplitude de possibilidades de atuação que envolve as dimensões da reabilitação física, cura, prevenção de agravos e promoção da saúde.

### ***Fundamentos Epistêmicos e Conceituais da Fisioterapia***

A Fisioterapia no Brasil surge em meio ao contexto histórico da chegada da Família Real, quando os recursos físicos utilizados ainda eram realizados pela categoria médica, no século XIX (Moreira, 2017). As práticas eram executadas por meio de recursos físicos para tratar pessoas sem qualquer rigor científico, sendo embasadas em rituais e tradições (Filippin, 2008; Aroeira, 2022).

Após a regulamentação como profissão de nível superior, em 1969, a Fisioterapia passou a ser reconhecida como uma profissão da área da saúde com competências para atuar desde a promoção da saúde ao tratamento dos agravos cinético-funcionais, que podem afetar diferentes estruturas e sistemas do corpo humano, por diversas causas (Moreira, 2017). Entretanto, a profissão em sua prática tradicional, ainda segue demasiadamente direcionada para a reabilitação, com intervenções fragmentadas que não contemplam a integralidade do cuidado (Almeida; Guimarães, 2009).

As concepções epistemológicas da Fisioterapia apresentadas aos profissionais durante a graduação e especialização direcionam suas práticas e conduzem o processo de trabalho. As bases que são apresentadas e ensinadas partem de um pressuposto curativo reabilitador, resultado de uma realidade histórica e cultural já posta. Em consonância, o modelo biomédico reducionista e privatista que ainda predomina na profissão e no senso comum, revela os traços de um período crítico, em que a segregação do corpo humano e o foco na especialização de partes, era compreendida como a melhor terapêutica (Moser; Scharan, 2018).

Guedes, Nogueira e Camargo Júnior (2006) criticam os impactos causados pela hegemonia do modelo biomédico. Não é recente o fato de que este modelo é responsável pela contrariedade de usuários e profissionais de saúde, bem como impactam na relação entre estes. Priorizam-se intervenções de alto custo, com uso de exames e tratamentos de alta densidade

tecnológica, muitas vezes desnecessárias. Acrescenta-se ainda a formação profissional técnico-pedagógica insuficiente, com tendência às leis mercadológicas, favorecendo a rivalidade interprofissional e a fragilidade dos sistemas de saúde.

Por muito tempo, a tradição biomédica prevaleceu soberana e irrefutável, porque apoiava-se sobre a produção de base científica para sustentar seus alicerces. O conhecimento produzido a partir dessa perspectiva, era conduzido como verdade absoluta e permanente. A relação desse conhecimento restritivo esteve e ainda está fortemente “impregnada” tanto no profissional quanto no paciente, com a necessidade de nomear patologicamente tudo que é apresentado e, conseqüentemente, oferecer tratamentos limitados aos pacientes que, por sua vez, crêem veementemente (Tesser, 2007).

Diante das transformações epidemiológicas e sociais, o modelo hegemônico passou a ser insuficiente para contemplar as necessidades de saúde. As novas demandas passaram a exigir um modelo integral, que contemple simultaneamente fatores biológicos, psicológicos e sociais, a tríade biopsicossocial. O novo formato possibilita o olhar ampliado para que seja possível compreender de maneira extensiva os fatores, dimensões e contextos ao qual a funcionalidade humana está inserida (Chomem et al., 2023).

Nos últimos anos, esforços têm sido realizados para ampliar o escopo de práticas do profissional fisioterapeuta com base em evidências científicas. Apesar de regulamentada há aproximadamente 50 anos, o desenvolvimento no campo científico se fortaleceu apenas a partir da década de 1990 (Cavalcanti, et al., 2011).

Diante do caráter científico ainda não consolidado, persistem debates sobre o campo de atuação e os fundamentos epistêmicos da Fisioterapia. Rodríguez, Polônia e Sánchez (2005) abordam em estudo que a visão da Fisioterapia pode partir tanto como uma disciplina dura como um campo aberto. Contudo, as autoras defendem a concepção de campo aberto. O desenho teórico-filosófico que perpassa a profissão apresenta um modelo ampliado e abrangente, que tem como foco a atividade física nas diversas fases da vida, em diferentes momentos sociais, produzindo saúde e benefícios biopsicossociais. A atividade física, por meio do movimento, pode apresentar diversos significados a partir do contexto cultural, econômico e social e esta relação influencia diretamente na sua adesão como prática de saúde.



Nessa nova conjuntura, a concepção de promoção de saúde e prevenção de agravos tem sido lapidada e ampliada ao longo dos anos. A Carta de Ottawa e a conferência de Adelaide são importantes marcos que precedem a revolução do que se entende atualmente por promoção da saúde. Enquanto objeto de estudo, a Fisioterapia também tem avançado em relação a sua atuação integral, referente também à promoção e prevenção e não apenas à recuperação. No entanto, as discussões e publicações científicas superam a velocidade do processo de mudança das práticas do fisioterapeuta, pois ainda enfrentam dificuldades para promover em suas ações a promoção em saúde com participação e colaboração ativa da comunidade (Rodríguez, 2004).

No modelo mais holístico e social, a dualidade entre corpo e movimento deve ser compreendida nas suas mais diversas representações, não limitando-se ao aspecto físico. Partindo dessa concepção, é importante refletir ainda sobre o que, na Fisioterapia, se entende pelo conceito saúde, uma vez que as concepções sobre ser saudável ou doente são mutáveis para as pessoas, de acordo com o tempo, a cultura e a sociedade. Logo, a Fisioterapia demanda de novos conhecimentos que sejam mais abrangentes para explorar a diversidade de representações sociais que podem se manifestar através do corpo e do movimento (Rodríguez; Polania, 2005).

Bispo Júnior (2021) destaca que novas perspectivas sobre a atuação e ação da fisioterapia, tem sido objeto de importantes reflexões. O movimento, o corpo e a interação são os três elementos centrais do estudo da Fisioterapia e com as mudanças sociodemográficas contemporâneas, há necessidade de uma reconfiguração sobre a análise da combinação destes elementos. Frente à nova realidade, o fisioterapeuta deve ser capaz de compreender a interação do corpo com o meio ambiente, incluindo sua natureza social e como esta comunicação manifesta-se no movimento. Apesar de o movimento não ser exclusivamente uma ferramenta de trabalho do fisioterapeuta, a forma como ele é compreendido, analisado e utilizado na Fisioterapia, faz com que essas atribuições sejam particulares da profissão.

A World Confederation for Physical Therapy (WCPT) aborda que o movimento e a função são pontos centrais da profissão e que estes, em conjunto, são fundamentais para um bom estado de saúde. A WCTP traz em seu conceito um olhar ampliado e integrado. Porém, na Fisioterapia o grande desafio é contemplar simultaneamente as ações dispostas no campo

científico e na prática. Apesar de ampliar a discussão baseada em evidências sobre saúde coletiva relacionada à promoção e prevenção na Fisioterapia, atualmente as ações dos profissionais ainda estão, em grande parte, voltadas para as práticas reabilitadoras (Grotell; Eriksson, 2012).

A WCPT (2011) salienta que o movimento sofre influência de fatores internos e externos. No processo de trabalho do fisioterapeuta é preciso considerar tal complexidade, seja na avaliação, planejamento ou execução das práticas de saúde. Comumente o que se vê em muitos locais de trabalho do fisioterapeuta são ações segregadas e não integralizadas.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma importante ferramenta que foi desenvolvida em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para contemplar a complexidade presente no processo saúde-doença. No campo da Fisioterapia, a CIF foi consolidada em 2009, por meio da Resolução nº 370, no qual o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) passou a defender seu uso nas diversas atividades como na pesquisa, na clínica e etc. (Moser; Scharan, 2018).

Com a CIF, o movimento passa a ser avaliado em uma perspectiva global, incluindo além dos aspectos biológicos, os fatores relacionados à atividade, participação e variáveis pessoais e ambientais. Esta ferramenta apresenta grande valor para qualificar o processo de trabalho do fisioterapeuta, mas, atualmente, sua adesão pelos profissionais da categoria ainda é muito baixa, seja pelo seu desconhecimento ou pelo nível de dificuldade que atribuem a ela, o que demonstra pouca familiaridade devido a carência de recursos como estes durante a formação e especialização dos profissionais (Andrade et al., 2017).

As mudanças no perfil de morbimortalidade evidenciam uma grande incidência de agravos e doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, que têm exigido da profissão a ampliação do raciocínio clínico com novos modos de atuação. Esses agravos são potencialmente evitáveis e quando se manifestam, afetam o sujeito como um todo, em todas as suas dimensões (Bispo Júnior, 2009).

A American Physical Therapy Association (2001) afirma que, neste cenário, a Fisioterapia apresenta grande relevância, visto que possui competências para atuar na promoção de saúde, com atividades coletivas, que

proporcionam condições de bem-estar e estímulo a mudanças de hábitos; na prevenção de agravos, identificando fatores de risco e intervindo sobre este; e também na reabilitação, quando a condição já está instalada, com vistas a recuperação da funcionalidade.

### ***Trajatória da Fisioterapia no Brasil***

Desde o princípio, a Fisioterapia foi permeada pelo modelo cartesiano, constituída por métodos e técnicas com foco na reabilitação e na cura. Mediante a industrialização, lutas e guerras, que teve como resultado um expressivo número de homens feridos, a fisioterapia possibilitou a restauração da funcionalidade dos indivíduos (Ladeira; Silva Júnior; Koifman, 2017). A necessidade urgente de devolver estes homens em idade produtiva aos campos de guerra e ao trabalho, enraizou na profissão a característica predominantemente curativa (Bispo Júnior, 2010).

Bispo Júnior (2013) apresenta um importante contexto histórico que caracteriza a trajetória da fisioterapia. O autor apresenta cinco períodos, com as seguintes classificações: Fase embrionária de pré-regulamentação (1929-1969); Período de regulamentação e normatização (1969-1983); Democratização e criação do SUS (1984-1990); Implantação do SUS (1991-1997); Expansão do ensino superior e aproximação com a saúde coletiva (1997-2012). Para melhor compreensão desta classificação, cada uma das etapas será discutida a seguir.

A fase Embrionária da Fisioterapia inicia-se em 1929. A profissão foi incluída junto aos serviços disponíveis na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde iniciou sua fase embrionária. Mesmo diante a ausência de regulamentação, houve uma grande repercussão diante a recuperação de pessoas sequeladas, seja pelo acometimento resultante das doenças infecciosas ou o adoecimento referente a alta prevalência de acidentes de trabalho.

Neste período, utilizavam livros de reabilitação, como guias para a execução de sua prática. Entretanto, a profissão era conduzida em caráter tecnicista, por meio de métodos limitados e replicados de maneira indiscriminada, manifestando a ausência do raciocínio clínico e do cuidado ampliado (Moreira, 2017).

Na realidade do país, a profissão teve suas primeiras práticas de ensino em 1951, quando a formação técnica era exigida para atuação da Fisiotera-

pia no Hospital das Clínicas de São Paulo. Entretanto, a formação regular surge somente em 1956 na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, e em São Paulo, no ano de 1958, com o Instituto de Reabilitação de São Paulo, que formava fisioterapeutas especializados para a reabilitação física. Posteriormente, essas instituições foram determinantes para a regulamentação da Fisioterapia (Faria, 2014).

Segundo Bispo Júnior (2013), o caráter predominantemente curativo esteve muito atrelado ao cenário epidemiológico dos anos de 1950 e 1960. Neste período, a população apresentava alta carga de doenças infecto-parasitárias devido à vulnerabilidade econômica e o subdesenvolvimento. Dentre essas patologias, cabe destacar a Poliomielite. Houve uma grande epidemia de infecção pelo poliovírus em decorrência da falta de vacinação e da inadequação ou inexistência de saneamento básico, o que levou a uma comoção nacional para a prevenção e reabilitação. As repercussões da poliomielite foram um grande marco no processo de desenvolvimento da Fisioterapia.

A doença causava quadros de paralisia acentuados, com elevada mortalidade por causas respiratórias devido a paralisação de músculos específicos, além de causar comprometimentos permanentes diante da perda de capacidade de contração de músculos estriados, o que se denomina patologicamente de Paralisia Flácida Aguda. Como o acometimento era maior entre crianças na primeira infância, com grande prevalência na população mais abastada, isso gerou mobilização de figuras influentes como governantes e empresários, que impulsionaram o ensino em Fisioterapia. Perante esta realidade, as necessidades contextuais conduziram a direção do perfil profissional para um formato voltado, principalmente, para a reabilitação (Barros, 2008; Lima; Romero, Granato, 2021).

Ainda na fase embrionária da profissão, como abordado por Bispo Júnior (2013), houve mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e econômico. Diante destas transições, as chamadas doenças da modernidade se manifestaram rapidamente, como as patologias cardiovasculares, neoplasias e os agravos por causas externas.

Essa situação surge como resultado de muitas mudanças que se desenvolvem de maneira abrupta e intensa. A população que era predominantemente rural, passa a habitar nos meios urbanos, levando, conseqüentemente, a economia para outros rumos, com redução das atividades agrícolas e am-

pliação das atividades industriais (Monteiro; Veras, 2017). Todas as questões refletem nos hábitos de vida das pessoas e no modo de adoecimento, antes desconhecido.

Neste contexto, inúmeros trabalhadores foram lesionados, o que se atribui às inadequações nos locais de trabalho com condições precárias e falta de capacitação para execução das suas atividades laborais (Franko; Druck, 1998; Bispo Júnior, 2013). Somado a isso, a sociedade passou a lidar com novos hábitos de vida, como o aumento do estresse, as mudanças da alimentação, as moradias precárias e outros fatores que levaram ao novo perfil de adoecimento.

Com essa nova realidade e muitos registros de acidentes de trabalho, houve um expressivo impacto na economia e assim a Fisioterapia ganha destaque como profissão capaz de restabelecer a mão de obra funcional. Neste momento, as diversas organizações políticas assumem grande importância na história da profissão. Todos os acontecimentos anteriormente citados se desenvolveram na vigência de diversos governos, como o do presidente Getúlio Vargas, com o sistema médico previdenciário, o de Juscelino Kubitschek, com o ideal liberal, e o conturbado mandato de João Goulart, que antecedeu a ditadura. Cabe ressaltar que o modelo político defendido por esses governos influenciou também os caminhos dos sistemas de saúde no Brasil (Bispo Júnior, 2013).

A segunda fase, denominada de Regulamentação e Normatização (1969 e 1983), se desenvolveu no período da ditadura militar, diante o desmonte de políticas sociais e forte repressão política. A Fisioterapia foi instituída como profissão de nível superior em 13 de outubro de 1969, por meio do Decreto-Lei 938, publicado pelo governo militar. A regulamentação se deu em um momento crítico para a saúde pública, ainda assim, foi um grande avanço para a Fisioterapia, mesmo restrita a atuação de nível terciário, pois a partir do Decreto-Lei a profissão conquista a sua autonomia profissional.

Assim, passa a ter técnicas e recursos exclusivos da profissão. No entanto, o marco legal inicial não apresenta especificamente o que caracterizaria tais técnicas. Com o objetivo de reverter este problema, foram criados em 1975 o COFFITO e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). A finalidade dos conselhos é estabelecer claramente as competências privativas dos profissionais e realizar atividade legislativa,

fiscalizadora e punitiva quando necessária (Bispo Júnior, 2013).

Ainda segundo o autor, as resoluções que criaram o COFFITO e CREFITO trouxeram um grande avanço para a Fisioterapia, uma vez que possibilitaram e legalizaram a sua atuação nos níveis primários e secundários, viabilizando outros campos e não somente o terciário. Entretanto, para os novos campos de atuação não foram estabelecidas, o que em parte, pode ser decorrente do desconhecimento destes campos somado à presença mínima destes profissionais na atenção primária e secundária, pois ainda prevalece a concepção do olhar no indivíduo com base na terapia física.

O Código de Ética, publicado inicialmente por meio da Resolução COFFITO 10/78 e mais tarde atualizado com a Resolução COFFITO 10/13, foi outro marco normativo da profissão. Além de definir as normas e leis sobre o comportamento profissional do fisioterapeuta, o código de ética apresenta uma grande novidade ao incluir a promoção da saúde como área de atuação (Coffito, 1978; Coffito, 2014).

Em relação ao incentivo normativo para a prática fisioterapêutica na promoção da saúde, esse foi um período crítico do ponto de vista epidemiológico e político. Foi uma época marcada por incentivos ao neoliberalismo, com poder altamente centrado e principalmente a descontinuidade de políticas sociais (Bispo Júnior, 2013). Os ideais mercadológicos levaram ao aumento da desigualdade, precarização da saúde da população e alto poder aquisitivo concentrado na mão de poucos, o que provocou grandes fragilidades quanto aos determinantes de saúde. Essas repercussões incluíram os economicamente privilegiados, ainda que em menor proporção, o que evidencia a importância da homeostase social para boas condições de vida e saúde.

Esse comportamento do governo resultou na redução da qualidade de vida da população com repercussão direta no setor saúde. As condições de saúde da população foram agravadas. Como consequência, observaram-se o crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por causas infecto-contagiosas, assim como o aumento das chamadas doenças da modernidade, desencadeando num processo de acumulação epidemiológica (Bispo Júnior, 2013). De forma evidente, as ações de cura e reabilitação não eram suficientes, e as atividades de promoção não eram prioridade na saúde pública.

Como a assistência à saúde era obrigatória a todos os trabalhadores

formais, colaboradores da previdência, o governo afirmou não possuir estrutura própria para atender a todos, e a partir de então optou pela terceirização para o setor privado. Tal desordenamento leva a insatisfação da população que intensifica a luta pela transformação do sistema sanitário e o fim do regime autoritário (Paiva; Teixeira, 2014; Bispo Júnior, 2013). A reforma sanitária almejava uma revolução social. As bandeiras do movimento não eram restritas apenas à assistência à saúde. Buscava-se, sobretudo, uma ampla transformação social, inclusive na compreensão do que se entendia por saúde (Souto; Oliveira, 2016).

Destaca-se o fato da Fisioterapia não se apropriar desta luta. Possivelmente, com a formação voltada à reabilitação, a classe poderia sentir-se ameaçada diante os novos meios de se produzir saúde. Além disso, havia pouca articulação interprofissional mediante a prematuridade da sua regulamentação. Mesmo eximindo-se dessa responsabilidade, a profissão teve um grande crescimento, pois a população notou os resultados nos processos reabilitadores. Esse crescimento e o reconhecimento social fizeram com que se intensificasse a cobrança por mudanças no modelo de formação da profissão (Bispo Júnior, 2013).

Como resultado, o Conselho Federal de Educação aprovou a Resolução 04/83. Este documento com ênfase técnico reabilitadora serviu de base para a formação dos profissionais a partir daquele momento, priorizando intervenções já estabelecidas para os casos de adoecimento (Bispo Júnior, 2013), não considerando o cuidado integral, mesmo vivenciando o auge da reforma sanitária.

A terceira fase da Fisioterapia no país denomina-se Democratização e Criação do SUS (1984-1990). A principal característica sociopolítica desse período foi justamente a redemocratização do país, com o fim do governo autoritário, e a garantia dos direitos sociais como inerentes à cidadania. Este foi um período de grande efervescência política e de grandes transformações sociais e também na área da saúde (Bispo Júnior, 2013; Souza; Costa, 2010). Novos programas de saúde, denominados Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) ampliaram a inclusão de maior contingente da população anteriormente excluída do sistema de saúde. Os sanitaristas passaram a participar ativamente dos espaços de decisão, com importantes protagonistas como Sérgio Arouca (Paiva; Teixeira, 2014).

Neste contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o ápice do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o relatório dessa conferência estabeleceu as bases e princípios do que mais tarde se constituiu no SUS (Minayo; Gualhano., 2019). É neste momento, que de fato se discute um modelo ampliado de saúde dentro dos espaços políticos, destacando a necessidade de atualização do conceito saúde, a importância dos determinantes sociais, a necessidade da participação popular, a ampliação do financiamento do setor e a contemplação de todos esses quesitos em um sistema único e universal, o SUS (Bispo Júnior, 2013).

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte se caracterizou com uma grande arena de disputas entre os interesses mercadológicos privatizantes e os movimentos sanitários em defesa de intervenção estatal para garantia dos direitos sociais. Como resultado, a Constituição de 1988 foi direcionada a favor dos direitos sociais (Paim, 2013).

A partir deste documento fica definido que: “Saúde é um direito de todos, e dever do Estado”. Assim, o SUS é criado e a Constituição traz que seus princípios são a Universalidade, Integralidade, Descentralização e Participação Social (Silva; Bezerra; Tanaka, 2012). Ademais, em 1990 as Leis Orgânicas de Saúde, a 8080/90 e 8142/90, são publicadas para contemplar os princípios e diretrizes para as disposições gerais do SUS, bem como a participação social e gestão do SUS (Pontes et al., 2009).

A Constituição salienta claramente que o setor privado também poderá compor o SUS, porém em caráter exclusivamente complementar. No entanto, pouco tempo após publicação, se observou uma expansão desenfreada do sistema privado, que ainda hoje permanece em forte ascensão, tendo como grande financiador o próprio Estado (Carvalho; Santos; Campos, 2012). Mediante tantos acontecimentos sociais e políticos, mais uma vez houve pouca participação da Fisioterapia. Foram tímidas as ações dentro dos órgãos oficiais da profissão.

A conceituação sobre o movimento e sua finalidade como proposta de ação central do trabalho fisioterapêutico ainda apresenta fragilidades acentuadas. Inicialmente por estar relacionado ao objetivo terapêutico, logo, assume uma postura direcionada ao tratamento, cura e reabilitação. Outra fragilidade, está atrelada a não definição do uso dos movimentos nos vários locais de atuação e modos de atenção fisioterapêutica (Rodríguez, 2004).



Frente a este impasse, publicar uma resolução que dê aos profissionais a licença para atuar em diferentes níveis e superficialmente denominar o movimento corporal na perspectiva da profissão, não garante a inserção da mesma em outros locais de trabalho, além dos tradicionais. Ainda que estes fossem inseridos nos demais espaços, a sua consolidação seria demasiadamente difícil, uma vez que há incompreensões de suas competências dentro dessa realidade (Almeida; Guimarães, 2009).

Ao considerar a conjuntura do mundo moderno, evidencia-se a necessidade de reforma basilar dos conselhos, com o propósito de se desenvolver novas políticas de valorização do fisioterapeuta atuante na atenção primária, estabelecendo criteriosamente suas atribuições, além de aderir a um novo formato de matriz acadêmica. Com profissionais capacitados, há uma perspectiva promissora da Fisioterapia nestes espaços (Silvas; Ros, 2007; Bispo Júnior, 2013).

A última fase da classificação, Expansão do ensino superior e aproximação com a Saúde Coletiva (1997-2012), tem como ênfase os períodos formativos da Fisioterapia. Neste período, o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso adotou a estratégia para ampliação do ensino superior no Brasil por meio do ensino privado. Assim, ocorreu a liberação em larga escala de instituições de ensino superior privadas, em grande medida concentradas nos grandes centros urbanos. Desse modo, o Ministério da Educação se desresponsabilizou pela expansão do ensino superior por meio das universidades federais.

Em uma direção contrária, os governos sucessores de Lula e Dilma, incentivaram a expansão do ensino superior público no Brasil. Foram instaladas universidades federais no interior das grandes regiões, levando a maior acessibilidade do ensino público. A ampliação do ensino não esteve limitada ao sistema público, houve novamente investimento no setor privado, mesmo que em uma proposta social. O Programa de Financiamento Estudantil (Fies) e o Programa Universidade para Todos (Prouni), foram propostas do governo para incluir estudantes em vulnerabilidade social nos espaços acadêmicos particulares (Bispo Júnior, 2013). Com isso, as escolas de Fisioterapia se avolumaram significativamente no referido período. A profissão apresentou um avanço significativo nos últimos anos (Sousa; Barbosa; Barros, 2022). Nesse contexto, em 2002 foi estabelecida as Diretrizes

Curriculares Nacionais para o Curso de Fisioterapia, mediante um novo olhar que define pela primeira vez a sua atuação no ambiente coletivo, contemplando o movimento nas suas diversas dimensões (Rangel Neto; Aguiar, 2018).

Um importante documento que contribuiu para embasar os fundamentos epistemológicos da Fisioterapia e a ampliação do seu escopo de práticas foi a Carta de Ottawa, publicada em 1986. A promoção de saúde, principal enfoque da carta, foi conceituada como um mecanismo de habilitação e responsabilização comunitária, com vista a atuar diretamente no estado de bem-estar e saúde das pessoas (Heidman, 2006). No contexto do Brasil, no que tange à conjuntura política, vivenciou-se, entre 1990 e 2000, um período de crise social e de desestímulo à promoção da saúde, com aumento da desigualdade e das medidas de austeridade fiscal. Mesmo que tímidos, em 2003 os investimentos sociais são retomados, especialmente para fortalecer o SUS (Viana; Silva, 2015).

No cenário da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada 2006, propõe um arranjo ampliado, com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como porta de entrada preferencial e ordenadora da rede no sistema de saúde (Melo et al., 2018). Um ponto de reflexão é que a equipe mínima da ESF era restrita à medicina, enfermagem e a odontologia, o que limitava a possibilidade do cuidado amplo (Condeles et al., 2019).

A primeira experiência de aproximação da Fisioterapia na APS, acontece por meio dos Núcleos Ampliados de Saúde (NASF), instituído em 2008 com o intuito de reduzir as dificuldades de acesso da população a outros profissionais da saúde (Barbosa; Pereira; Furbino, 2010). Assim, a profissão começa a ganhar espaço na Saúde Coletiva e em 2009, a Fisioterapia Coletiva é reconhecida como especialidade pelo COFFITO por meio da Resolução 363 (Coffito, 2009). Esse foi um grande avanço, mas a proporção de profissionais especializados nesta área é baixa, o que revela pouca valorização da própria classe.

As atribuições e competências específicas da Fisioterapia na Saúde Coletiva devem ser bem delimitadas, com prioridade de ações de promoção e prevenção. Sob as altas demandas de reabilitação, o fisioterapeuta ainda se debruça grandemente para a cura, porém é somente com a intensificação da promoção e prevenção que será possível reduzir essa demanda de forma

efetiva. Em adaptação a este novo cenário, a Fisioterapia em seu processo de trabalho passou a discutir sobre práticas de cuidado que incluem desde a promoção e prevenção em saúde até a reabilitação das funcionalidades corporais (Cardozo et al., 2022).

### ***Fundamentos para a atuação ampliada da Fisioterapia nos Sistemas de Saúde***

A Fisioterapia vivenciou fortes influências dos diversos cenários anteriormente discutidos. Ainda hoje existem diversos debates sobre a necessidade de reconfiguração e de maior envolvimento da profissão com as atuais mudanças que têm ocorrido no setor saúde (Bispo Júnior, 2010), pois a prioridade por ações preventivas e reabilitadoras tem afastado a Fisioterapia da nova lógica de organização dos sistemas de saúde.

Moser e Scharan (2018) salientam que a predominância do modelo biomédico reducionista ainda é bastante presente na Fisioterapia, fruto de um histórico de mais de cinco décadas de hegemonia biologicista. Com o passar dos anos, ocorreram mudanças das demandas de saúde da população e a prática mecanicista da profissão já não era mais suficiente para atender às novas necessidades de cuidado. Dentre as demandas e mudanças quanto ao processo saúde-doença, reflete-se a própria criação do SUS. O modelo de atenção predominante no SUS busca priorizar a APS e a integralidade do cuidado (Mendes et al., 2012).

Mesmo diante de um contexto de amplas transformações no sistema de saúde, a Fisioterapia permaneceu, de forma predominante, nos serviços de média e alta densidade tecnológica de natureza privada (Costa et al., 2012). A gênese da Fisioterapia Reabilitadora reverbera essa distribuição irregular. A organização é voltada para o controle de danos, com intervenção nas sequelas, para a cura e reabilitação. Dessa forma, o cuidado só ocorre quando a doença ou disfunção já está instalada e a ênfase é na reabilitação (Barros, 2008). O local de atuação predominante é o hospital e a clínica de reabilitação, o que traz consigo uma série de restrições à profissão, já que limita o acesso a um público restrito, inviabiliza o cuidado continuado e o olhar ampliado.

Cabe analisar as impactantes e profundas mudanças nas necessidades de saúde da população brasileira. Nas últimas décadas, houve um achata-

mento da pirâmide etária, com redução da mortalidade, da natalidade e da fecundidade, que resultou em aumento da população idosa e consequentemente, maior demanda dos serviços de saúde. O envelhecimento populacional reflete uma nova ordem para os sistemas de saúde, com impactos econômicos significativos (Vasconcelos; Gomes, 2012; Stampe; Pozzobon; Niquito, 2020).

Todas essas mudanças ocorrem como resultado dos novos hábitos de vida como a insuficiente prática de atividades físicas, alimentação inadequada, tabagismo, consumo exagerado de álcool e drogas e o padrão acelerado de urbanização e industrialização. O novo perfil de adoecimento evidencia que essas novas mudanças não podem ser contempladas somente com a Fisioterapia voltada para a reabilitação (Bispo Júnior, 2013; Madeira et al., 2018). Frente a este cenário, a Fisioterapia passou a discutir sobre a necessidade de ampliar práticas de cuidado e os espaços de atuação (Cardozo et al., 2022; Barros., 2008).

A Fisioterapia Coletiva surge como uma importante proposta para favorecer e ampliar o escopo de práticas da profissão, assim como facilitar o acesso da população aos cuidados da saúde cinético-funcional. Tem como propósito a atuação predominante na promoção da saúde e no controle de riscos, com priorização dos determinantes e condicionantes de saúde. Assim, busca centralizar a saúde e prevenir os agravos, intervindo previamente em relação à condição de saúde e não somente nos casos de doença (Delai; Wisniewski, 2011).

Rosa, Stigger e Lemos (2020) abordam que a Fisioterapia Coletiva está intimamente relacionada à APS. A inserção neste ambiente, possibilita o cuidado interdisciplinar para que seja possível exercer a integralidade, sem prejuízos de nenhum tipo de assistência. As competências dos fisioterapeutas nesta abordagem incluem as atividades de cunho coletivo e individual, atendimentos domiciliares, atividades de educação em saúde, execução de exercícios físicos e ajuste de demanda em conjunto com a população, para possibilitar o protagonismo e participação social junto às decisões de saúde. Cabe destacar que o todo trabalho deve ser desenvolvido de forma colaborativa com integração de toda a equipe de saúde.

Neste modelo, a funcionalidade constitui-se na ênfase principal da profissão, dentro de uma compreensão ampliada de saúde. Busca, por-

tanto, com o objetivo de integralidade do cuidado, relacionando-a com as demandas e os determinantes sociais da saúde. Nesse arranjo, a Fisioterapia não necessita optar por um caminho ou outro, mas integrá-los de maneira complementar (Bispo Júnior, 2021).

Diante desta concepção, as atividades desenvolvidas podem ser de natureza individual, coletiva, domiciliar, sociocomunitária, de gerenciamento e de educação permanente, em todos os níveis de atenção. Assim, podem ser desenvolvidas na APS por meio da Unidade Básica de Saúde, clínica comunitária de saúde ou atenção domiciliar. Na Vigilância à Saúde, a Fisioterapia poderá atuar na produção e comercialização de bens e serviços, bem como avaliar instituições e serviços de saúde e locais comunitários. Na administração, poderá gerenciar os espaços de produção de saúde. Quanto ao nível secundário, os ambulatórios, clínicas de reabilitação e o ambiente domiciliar são alguns dos locais possíveis de atuação. Por fim, a atenção terciária inclui o ambiente hospitalar que pode também incluir os ambulatórios e os atendimentos domiciliares (Bispo Júnior, 2021).

Segundo os aspectos da literatura apresentada, a Fisioterapia na Saúde Coletiva apresenta um amplo leque de ações e de espaços para efetivar uma atenção integral e mais resolutiva, que valorize o cunho social no processo saúde-doença. É inegável que muitos desafios ainda precisam ser superados e que a alta demanda pela recuperação, por vezes, poderá limitar a promoção e a prevenção. Entretanto, para contornar estes e outros problemas é preciso qualificar os profissionais para que assumam suas atividades sem prejuízo de nenhuma dimensão.

As reflexões apresentadas neste capítulo não têm o propósito de desencorajar a atuação reabilitadora, mas sim incorporar novos saberes e novos fazeres de modo a ampliar o campo de atuação da Fisioterapia e também ampliar os cuidados prestados à população.

### *Considerações finais*

A atual realidade sócio-sanitária impõe à Fisioterapia uma necessidade de novos fundamentos epistemológicos sobre prática profissional nos diversos campos de atuação. Frente às diversas mudanças ocorridas no

cenário econômico, social, cultural, epidemiológico, político e social com consequente reconfiguração dos sistemas de saúde, é imprescindível que a Fisioterapia desenvolva práticas integras e abrangentes.

Tais práticas podem incluir desde a promoção e prevenção até a reabilitação, mas não está limitada à assistência clínica. Pode também estar na epidemiologia, nas políticas sociais ou na gestão, dispondo do conhecimento específico da profissão que se faz necessários em outros espaços.

Para tornar possível as novas práticas, é importante o envolvimento direto dos profissionais e dos órgãos responsáveis como os conselhos. Para contemplar esta visão mais holística nas ações fisioterapêuticas, é crucial que se tenha como base os princípios e diretrizes do SUS, e que estes estejam totalmente relacionados às ações fisioterapêuticas. Promover saúde e qualidade de vida significa intervir para além de questões físicas. Desta forma, a Fisioterapia deve ser capaz de dominar procedimentos, mas deve essencialmente, compreender os aspectos biopsicossociais e os determinantes de saúde apresentados de maneira tão heterogênea nos diversos espaços de saúde.

## **Referências**

ALMEIDA, A. L. J.; GUIMARÃES, R. B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.16, nº 1, p.82-88, 2009.

American Physical Therapy Association. *Guide to Physical Therapist Practice*. Physical Therapy, v. 81, nº 1, p. 9-746, 2001.

ANDRADE, L. E. L.; OLIVEIRA, N. P. D.; RUARO, J. F.; BARBOSA, I. R.; DANTAS, D. S. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde em Debate*, Rio De Janeiro, v. 41, nº. 114, p. 812-823, 2017.

AROEIRA, R. M. C. O papel da fisioterapia no cenário da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2108–2108, 2022.

AUGUSTO, V. G.; AQUINO, C. F.; MACHADO, N. C.; CARDOSO, V. A.; RIBEIRO, S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Divinópolis, v. 16, nº 1, p. 957-963, 2011.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia Em Movimento*, v. 23, n° 2, p. 323–330, 2010.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

BIM, C. R.; CARVALHO, B. G.; TRELHA, C. S.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; BADUY, R. S.; GONZÁLEZ, A. D. Physiotherapy practices in primary health care. *Fisioterapia Em Movimento*, v. 34, p. 1-10, 2021.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vitória da Conquista, v. 15, n° 1, p. 1627–1636, 2010.

BISPO JÚNIOR, J. P. *Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. In: BISPO JÚNIOR, J. P. *Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Revista História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668. 2009.

BISPO JUNIOR, J. P. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colectiva*, Vitória da Conquista, v. 17, p. 1-14, 2021.

BISPO JÚNIOR, J. P. *Trajetória da Fisioterapia no Brasil: um olhar a partir da saúde coletiva*. In: BISPO JÚNIOR, J. P. *Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CALVALCANTI, C. C. L.; RODRIGUES, A. R. S.; DADALTO, T. V.; SILVA, E. B. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioterapia Em Movimento*, v. 24, n° 3, p. 513–522, 2011.

CARDOZO, R. M.; CAMPOS, L. L.; LEITE, J. M. A.; MELO, A. K. Noção de corpo sob a ótica dos fisioterapeutas: uma pesquisa fenomenológica crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n° 3, p. 1-12, 2022.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. “As instituições

privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde...” ou será o contrário?. *Saúde Em Debate*, v. 36, nº 92, p. 11–20, 2012.

CHOMEM, P.; KUWAKI, N. S.; CARRARO, C. F.; GALLO, R. B. S.; ISRAEL, V. L. Construction and validation of an instrument for physical therapy assessment and functional classification in the biopsychosocial model of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for hospitalized HIV patients. *Fisioterapia e Pesquisa*, Curitiba, v. 30, p. 1-9, 2023.

CONDELES, P. C.; BRACARENSE, C. F.; PARREIRA, B. D. M.; REZENDE, M. P.; CHAVES, L. D. P.; GOULART, B. F. Teamwork in the Family Health Strategy: professionals’ perceptions. *Escola Anna Nery*, v. 23, nº 4, p. 1-7, 2019.

COSTA, L. R.; COSTA, J. L. R.; OISHI, J.; DRIUSSO, P. Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, São Carlos, v. 16, nº 5, p. 422–430, 2012.

DELAÍ, K. D.; WISNIEWSKI, M. S. W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Erechim, v. 16, nº 1, p. 1515-1523, 2011.

FARIA, K. N.; NOGUEIRA, R.; RAMOS, M. L.; NEVES, D. R.; RIBEIRO, C. L.; SANTOS, A. P. O contexto formativo em uma instituição federal de ensino superior (IFES) em consolidação: visão dos alunos de fisioterapia. *Revista Brasileira De Educação Médica*, Diamantina, v. 38, nº 1, p. 72–78, 2014.

FILIPPIN, L.; WAGNER, M. Fisioterapia baseada em evidência: uma nova perspectiva. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 12, n. 5, p. 432–433, 2008.

FRAGA-MAIA, H.; PINTO, E. B.; ALELUIA, Í. R. S.; CAVALCANTE, L. L. R.; PEDREIRA, R. B. S.; SILVA, T. de J.; SOUZA, T. S.; PINTO, J. M.; PINTO JUNIOR, E. P. *Fisioterapia e COVID-19: das repercussões sistêmicas aos desafios para oferta de reabilitação*. In: BARRAL-NETTO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E. Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Salvador: Edufba, v. 1, p. 1-34, 2020.

FRANCO, T.; DRUCK, G. Padrões de industrialização, riscos e meio am-



biente. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 61–72, 1998.

GAUER, A. P. M.; FERRETTI, F.; TEO, C. R. P. A.; FERRAZ, L.; SOARES, M. C. F. Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 65, p. 565–576, 2018.

GROTELL, C. W.; ERIKSSON, K. Movement as a basic concept in physiotherapy – human science approach. *Physiotherapy Theory and Practice*, v. 28, n.º 6, p. 428–438, 2012.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JÚNIOR, R. K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 1093–1103, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E., WOSNY, A. DE M., & MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15, n.º 2, p. 352–358, 2006.

LADEIRA, T. L.; SILVA JÚNIOR, A. G.; KOIFMAN, L. Fundamentos éticos na tomada de decisão de discentes de fisioterapia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 675–685, 2017.

LIMA, E. S.; ROMERO, E. C.; GRANATO, C. F. H. Current polio status in the world. *Jornal Brasileiro De Patologia E Medicina Laboratorial*, v. 57, p. 1-6, 2021.

MADEIRA, F. B.; FILGUEIRA, D. A.; BOSI, M. L. M.; NOGUEIRA, J. A. D. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde E Sociedade*, v. 27, n.º 1, p. 106–115, 2018.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Em Debate*, v. 42, n.º 1, p. 38–51, 2018.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cadernos De Saúde Pública*, v. 28, n.º 5, p. 955–964, 2012.

MINAYO, M.C.S.; GUALHANO, L. Da 8ª à 16ª Conferência Nacional de Saúde: enfoque importante. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, nº 8, 2019.

MONTEIRO, A. R.; VERAS, A. T. R. A Questão Habitacional No Brasil. *Mercator*, v. 16, p. 1-13, 2017.

MOREIRA, D. O. Fisioterapia: uma ciência baseada em evidências. *Fisioterapia Em Movimento*, Curitiba, v. 30, nº 1, p. 9, 2017.

MOSER, A. D.; SCHARAN, K. O olhar biopsicossocial na Fisioterapia: ferramentas disponíveis para sua operacionalização. *Fisioterapia Em Movimento*, Curitiba, v. 31, p. 1-2, 2018.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos De Saúde Pública*, v. 29, nº 10, p. 1927–1936, 2013.

PAIM, J. S. *Modelos de Atenção à Saúde no Brasil*. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, 1097 p.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, v. 21, nº1, p. 15–36, 2014.

PONTES, A. P. M.; CESSO, R. G. D.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. *Escola Anna Nery*, v. 13, nº 3, p. 500–507, 2009.

RANGEL NETO, N. C.; AGUIAR, A. C. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. *Trabalho, Educação E Saúde*, v. 16, nº 3, p. 1403–1420, 2018.

RESOLUÇÃO COFFITO Nº 10, de 14 de abril de 2014. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, 22 de setembro de 1978.

RESOLUÇÃO COFFITO Nº 10, de 3 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, 22 de setembro de 1978.

RESOLUÇÃO COFFITO Nº 363, de 16 de maio de 2009. Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. . Diário Oficial da União, 20 de maio de 2009.

RESOLUÇÃO COFFITO Nº 80, de 9 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 21 de maio de 1987.

RODRÍGUEZ, A. P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la fisioterapia. *Revista Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Colombia*, v. 52, n. 1, p. 62-74, 2004.

RODRÍGUEZ, A. P.; POLANIA, S. P. N. El cuerpo, en el campo de estudio de la fisioterapia. *Revista Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Colombia*, v. 53, n. 2, p. 57-71, 2005.

RODRÍGUEZ, A. P.; POLANIA, S. P.; SÁNCHEZ, L. V. *Cuerpo y Movimiento; perspectivas*. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario: 2005.

ROSA, C. G.; STIGGER, F. S.; LEMOS, A. T. Conhecimento e expectativas de acadêmicos de fisioterapia sobre a atuação profissional na atenção primária à saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, Porto Alegre, v. 27, nº 3, p. 255–263, 2020.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos - Fisioterapia e Saúde - aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 1, p. 73–84, 2008.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. D. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, nº 6, p. 1673–1681, 2007.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, nº 40, p. 249–260, 2012.

SOUSA, K. R.; BARBOSA, A. M.; BARROS, P. S. Distribuição dos profissionais e serviços de fisioterapia na saúde pública em Goiás: cobertura assistencial de acordo com variáveis socioeconômicas. *Fisioterapia em Movimento*,

Goiânia, v. 35, p. 1-11, 2022.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde Em Debate*, v. 40, n. 108, p. 204–218, 2016.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2010.

STAMPE, M. Z.; POZZOBON, F.; NIQUITO, T. W. Impactos da estrutura etária sobre o desempenho econômico das regiões do Brasil entre 1991 e 2010. *Revista Brasileira De Estudos De População*, v. 37, p. 1-25, 2020.

TESSER, C. D. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 465-484, 2007.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, nº 4, p. 539-548, 2012.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. A política social brasileira em tempos de crise: na rota de um modelo social liberal privado?. *Cadernos De Saúde Pública*, v. 31, nº 12, p. 2471–2474, 2015.

World Confederation for Physical Therapy. *Policy statement: Description of physical therapy*. London, UK: WCPT; 2011

## 8

### *O desenvolvimento da Odontologia e sua relação com a história das doenças*

Wellen Góbi Botacin<sup>1</sup>

Carolina Dutra Degli Esposti<sup>2</sup>

Raquel Baroni de Carvalho<sup>3</sup>

**Resumo:** A história da Odontologia passou e vem passando por diversas modificações ao longo dos anos e, dentre elas, encontram-se as relacionadas à história das doenças. A cárie dentária e a doença periodontal, principais doenças bucais, vêm se tornando cada vez menos frequentes em uma parcela da população que tem acesso aos serviços odontológicos e, principalmente, em função do grande avanço científico e da aplicação de métodos de promoção da saúde bucal. O conhecimento da história natural dessas e de outras doenças bucais permitiu estabelecer formas de preveni-las e tratá-las, representando grandes conquistas para a Odontologia. Buscou-se elucidar, neste artigo, as mudanças de paradigmas relacionadas ao processo saúde-doença no campo da Odontologia, como as ações preventivas acabam por interferir no desenvolvimento das doenças bucais e a importância da formação de profissionais comprometidos com a ética e com a oferta de serviços de qualidade para a população. A mudança do enfoque curativo para o preventivo e, mais ainda, a inclusão da análise dos determinantes sociais da saúde bucal, contribuem para o exercício de uma Odontologia mais próxima da ideia de Saúde Bucal Coletiva. Ademais, é preciso conciliar o modelo preventivo às demandas e prioridades dos pacientes na atualidade, muitas vezes relacionadas à Odontologia estética e à Harmonização Orofacial.

---

1 Universidade Federal do Espírito Santo.

2 Universidade Federal do Espírito Santo.

3 Universidade Federal do Espírito Santo.

A história da Odontologia e sua prática atual têm íntima relação com a história das doenças, em especial a doença cárie dentária e a doença periodontal, doença que acomete a gengiva e os elementos de sustentação dos dentes, principais doenças bucais. Essa história acompanhou a evolução no conceito de saúde, tendo a prática odontológica adaptado-se aos avanços científicos da época e à cultura local, constituindo o imaginário odontológico que tem o dente como centro da atenção, o consultório odontológico privado como local privilegiado e o cirurgião-dentista como detentor do saber. Esse modelo medicalizante da prática odontológica vem dando lugar à Saúde Bucal Coletiva, que visa promover uma visão mais integral e coletiva das necessidades de saúde bucal de uma população, que ainda coexiste com os avanços na Odontologia estética e, mais recentemente, na Harmonização Orofacial.

A noção de saúde e doença é uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação, critérios e modalidades que sua sociedade estabelece (Ferreira, 1994). O conceito de saúde passou por muitas mudanças ao longo do tempo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não deve ser entendida somente como a ausência de doenças, mas sim um completo bem estar físico, social e mental. Entretanto, tal estado de completude, apesar de almejado, é dificilmente atingido (Segre, Ferraz, 1997). Esse modelo busca ser mais amplo e abrangente, com identificação e ação sobre os macrodeterminantes do processo saúde-doença, e surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (Buss, 2009).

O modelo de Leavell e Clark (1965), conhecido como da História Natural da Doença, apresenta o processo progressivo entre saúde e doença, que comportaria três “níveis de prevenção”, a depender do conhecimento existente sobre a história natural, a qual se desenvolve sem interferências, sendo a promoção da saúde um desses níveis (Buss, 2009). Na fase inicial, conhecida como período de pré-patogênese, há a ausência de doença, mas existem condições para que a mesma se desenvolva (hospedeiro, fatores ambientais, acesso a serviços, epidemiologia, fatores de risco e proteção e agentes, como físicos por exemplo). Seguem-se a fase patológica pré-clínica, na qual já aparecem mudanças decorrentes da doença, podendo ser realizado o diagnóstico precoce que favorece o prognóstico e a cura, a fase clínica, que é caracterizada pelo aparecimento de sintomas e sinais e,

a depender da doença, as manifestações podem ser mais precoces ou tardias, podendo ocorrer o tratamento e a fase de incapacidade residual, na qual se não houver a cura ou o óbito acontecem consequências funcionais ou anatômicas, que podem necessitar de reabilitação (Pereira et al., 2016). No entanto, esse modelo mostrou-se inapropriado para a abordagem das doenças crônico-degenerativas (Buss, 2009).

Considerando o conceito ampliado de saúde, podemos destacar que “A saúde começa pela boca”, um dito popular muito antigo e famoso. Ele reverbera muito da importância da saúde bucal e sua relação com a saúde geral dos indivíduos, o que faz com que os profissionais de saúde sejam agentes fundamentais no processo de manutenção da saúde bucal e, consequentemente, saúde geral, evitando, assim, doenças. Nesse sentido, a saúde bucal é um conceito mais ampliado que não deve se restringir somente à saúde dos dentes ou a enfermidades bucais (Narvai, 2011).

É também importante refletir sobre os antecedentes da Odontologia enquanto campo de conhecimento. Na origem da profissão odontológica, tudo o que dizia respeito à boca era campo de atuação indistinta de um conjunto de atores, a depender da época e do contexto sociocultural, a exemplo de cirurgiões, barbeiros, cirurgiões-barbeiros, dentistas, tira-dentes, sangradores, charlatães e curandeiros. É somente a partir do século XVIII que se inicia a era científica da Odontologia, tendo seu berço na França (Emmerich, 2000).

Pierre Fauchard (1678-1761), hoje chamado de “Pai da Odontologia Moderna” (Emmerich, 2000), foi considerado o maior dentista da França, sendo importantíssimo para a história da Odontologia. Antes dele, os cirurgiões-dentistas eram chamados de “*dentateur*” (fabricantes de dentadura) e somente alguns realizavam extrações de dentes, em especial os barbeiros, os quais também produziam sangrias e utilizavam sanguessugas. No entanto, Pierre Fauchard realizava extrações dentárias, pequenas cirurgias como retirada de tumores, remoção de tártaro e obturações, revolucionando a prática Odontológica (Menezes, 2021). Fauchard foi o pioneiro na consideração da Odontologia como uma ciência e arte, e não somente um mero trabalho, sendo, também, um dos primeiros a ponderar a necessidade da realização de higiene oral como forma de prevenção à doença cárie (Menezes, 2021).

No Brasil e em algumas partes do mundo, a profissão de cirurgião-dentista é descendente direto do ofício de barbeiro. Ao longo dos anos, o barbeiro foi diminuindo suas múltiplas funções, e as relacionadas ao corpo debilitado passaram a ser designadas a outras profissões, como médicos, boticários e dentistas práticos, evidenciando assim as diferenças entre médicos, cirurgiões e dentistas, passando assim a dividir espaço com os barbeiros. A partir de então, os cursos de Medicina e Cirurgia tiveram início, mas dividia ainda espaço com barbeiros e cirurgiões práticos, que atuavam mesmo sem formação acadêmica (Figueiredo, 1999), passando o dentista a atuar na cavidade oral.

A busca pela institucionalização da Educação Odontológica teve por objetivo a construção de hegemonia de poder sobre o grupo de charlatães e barbeiro leigos (Emmerich, 2000). Inicialmente, não existiam faculdades de Odontologia no mundo, devendo-se o futuro profissional ser submetido a um exame na faculdade de Medicina, realizando procedimentos odontológicos e, caso aprovado, passava a ter o título de Dentista Aprovado, estando apto a exercer, dessa forma, suas funções (Menezes, 2021).

No Brasil, o herói e mártir da inconfidência mineira, Joaquim Xavier da Silva, o Tiradentes, foi sacrificado em prol da pátria, sendo o único do movimento a ser executado e com seu corpo exposto em praça pública. Recebeu o apelido de Tiradentes por ser um dentista amador, tornando-se um grande personagem da história mineira e brasileira, além de ajudar a difundir a Odontologia (Azevedo, 2005), mesmo que seu nome esteja vinculado às práticas cirúrgico-mutiladoras amplamente utilizadas no passado da profissão. Sua importância histórica é lembrada até os dias de hoje na data de 21 de abril, um feriado nacional brasileiro.

Apesar da relevância e importância no entendimento e na ação sobre o processo saúde-doença e na manutenção da saúde bucal e geral, por muito tempo perdurou uma prática Odontológica voltada à doença, reproduzindo o atendimento em consultório, principalmente privado, não considerando as demais dimensões envolvidas no adoecimento do indivíduo, reflexo de sua formação biomédica e de ter sido pautada no modelo flexneriano (Emmerich; Castiel, 2009).

Sabe-se que um importante profissional para a manutenção da saúde é o cirurgião-dentista. No Brasil, a profissão foi regularizada no ano de 1966, por meio do Decreto Lei nº 5.081, 24 de agosto do mesmo ano (Brasil, 1966),



ganhando destaque a partir do Programa Brasil Sorridente, garantindo a expansão do serviço odontológico (Emmerich; Castiel, 2009). Perdurou, por muitos anos, uma formação do cirurgião-dentista pautada no ensino focado na doença e na realização de procedimentos exclusivamente técnicos, sem considerar as condições sociais e humanas. Com o tempo, percebeu-se que essa filosofia não era a mais apropriada, que a Odontologia deveria estar integrada a outras profissões e abranger uma visão holística dos indivíduos, e não ser atrelada somente a sua patologia, para, assim, fortalecer o conceito de saúde mais abrangente, integral e interprofissional (Almeida; Alves; Leite, 2010).

No imaginário social odontológico, há o centralismo do dente e a extração dentária compõe o que se denomina como “cultura do odontocentrismo” e “cultura da extração-mutilação dentária” (Emmerich, 2000). A Odontologia é uma ciência anciã, que passou por muitas melhorias ao longo dos anos, evoluindo de procedimentos e técnicas arcaicas para outros mais modernos, passando, também, por um reconhecimento da sociedade. Contudo, ainda busca-se o reconhecimento dos profissionais e a importância da saúde oral para a população e para a sociedade (Martins; Dias; Lima, 2018).

Apesar de já terem ocorrido grandes avanços com relação à Odontologia praticada antigamente, ainda existem grandes lacunas a serem melhoradas. Um grande passo parte da melhoria do ensino, ou seja, da busca por formação de um profissional mais humanizado e comprometido com o serviço, assim como, melhorias no acesso aos serviços odontológicos públicos e de qualidade e adoção de políticas públicas voltadas à Odontologia (Martins; Dias; Lima, 2018), condizentes com as necessidades da população brasileira e com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

As mudanças nos currículos dos cursos de graduação em Odontologia vêm possibilitando transformações na formação do cirurgião-dentista, com o objetivo de torná-lo um profissional com uma visão ampliada, para além do processo saúde-doença. A promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), por meio da portaria CNE/CES nº. 3, de 19 de fevereiro de 2002, e sua recente atualização pela portaria CNE/CES nº. 3, de 21 de junho de 2021, trouxeram uma nova orientação para a formação desses profissionais (Brasil, 2002; Brasil, 2021).

A inserção do estudante, ainda durante a formação, em serviços da

Atenção Primária à Saúde (APS), como preconizada pelas DCNs, vem possibilitando que os futuros profissionais desfrutem desse contato com o ambiente público e com os usuários, permitindo o planejamento e o atendimento mais ampliado, realista e acolhedor, contribuindo para uma formação mais completa, sendo o estudante sujeito de seu aprendizado e aprendendo a reconhecer suas limitações (Mcilwaine et al., 2019). Nesse processo, busca-se a dissolução do sistema hegemônico pautado na realização de procedimentos curativos, hospitalares e especializados, abarcando os ideais econômicos e empresariais, para um modelo pautado nos ideais do SUS, tendo como alicerces a integralidade, a universalidade, a humanização, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, provendo melhorias na saúde da população (Neves; Giordani; Hugo, 2019).

Aliados a uma prática odontológica extremamente tecnicista e curativa, os atendimentos odontológicos não eram acessíveis a toda a população, fato que dificultava a realização de tratamento odontológico. Isso gerava uma grande exclusão de alguns grupos populacionais, fato que gerou agravamento dos problemas e doenças bucais na população, resultando em muitas perdas dentárias e casos de edentulismo, que acabam por impactar a qualidade de vida dos indivíduos (Lucena; Pucca Junior; Sousa, 2011).

Com o propósito de melhorar os índices de saúde bucal, em 2004 foi lançada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente, com ações voltadas para a ampliação do quantitativo de equipes de Saúde Bucal (eSB) no SUS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com financiamento federal e reorganização dos serviços de saúde. Outrossim, houve, também, o estímulo a ações pautadas na referência e contrarreferência, com a implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para a oferta de atendimento odontológico especializado, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e a ampliação da fluoretação das águas no país (Lucena; Pucca Junior; Sousa, 2011).

A criação da política alavancou mudanças na oferta de serviços relacionados à saúde bucal, fazendo com que sua implementação acontecesse alicerçada aos seus princípios do SUS de: integralidade; equidade; controle social; universalização; e descentralização, implementando ações de prevenção e promoção da saúde, composição de uma rede de atenção à saúde, oferta de serviços de alta e média complexidade e ações de fluoretação

das águas de abastecimento e vigilância em saúde (Lucena; Pucca Junior; Sousa, 2011).

A eSB inserida junto à ESF foi um ponto crucial que permitiu a constituição de locais de prática para reorganização do processo de trabalho e atuação da Odontologia, devendo-se pautar na relação com os usuários dos serviços de saúde, na ampliação da oferta de cuidados em saúde, na participação na gestão, nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde a partir da adoção de ações educativas e no fortalecimento do vínculo a partir da territorialização (Lucena; Pucca Junior; Sousa, 2011).

A implementação da PNSB-Brasil Sorridente também auxiliou na reorganização dos serviços de saúde, com a inserção vertical e horizontal da eSB, abrangendo os níveis de atenção primário, secundário e terciário, sobretudo o fortalecimento de ações intersetoriais e multidisciplinares (Lucena; Pucca Junior; Sousa, 2011), que ainda carecem de melhorias. A expectativa é de que, com a aprovação da Lei Federal nº 14.572, de 8 de maio de 2023, a qual instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS (Brasil, 2023), as ações públicas de Saúde Bucal Coletiva ganhem força.

Apesar de tantos anos após sua implementação, que permitiu uma grande expansão da cobertura de saúde bucal e a dilatação das eSB, oportunizando maiores chances para o cirurgião-dentista, ainda persiste a realização em demasia de ações curativas (Neves; Giordani; Hugo, 2019).

A principal doença relacionada à Odontologia é, sem dúvidas, a cárie dentária. Trata-se de uma doença que apresenta elevada prevalência em toda população, mas de forma especial em crianças, e que acomete, principalmente, indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Silva; Cunha; Guimarães, 2022). A cárie dentária é a doença crônica não transmissível mais prevalente no mundo. Segundo o estudo *Global Burden of Disease*, as condições bucais atingiram 3,9 milhões de pessoas no mundo em 2010, sendo a cárie dentária em dentes permanentes a condição predominante, com aumento de 20,8% na carga global de problemas bucais. Assim, as doenças orais representam uma preocupação mundial em saúde pública, devido às suas possíveis consequências, tais como problemas mastigatórios e estéticos, devendo a Odontologia desprender maiores investimentos na

prevenção e controle dos agravos bucais (Marcenes et al., 2013; WATT et al., 2019).

Por se tratar de uma doença multifatorial, fatores necessários (biofilme), determinantes (exposição ao açúcar e flúor) e moduladores (fatores biológicos e sociais) da cárie dentária precisam ser conhecidos para, dessa forma, determinar a atuação no seu combate (Ferreira-Nóbilo; Sousa; Cury, 2014).

As consequências da doença cárie dentária são comumente dores, absenteísmo ao trabalho/estudo, comprometimento estético, perda dos elementos dentários, problemas de oclusão, dentre inúmeros outros. Ademais, a qualidade de vida e a autoestima dos indivíduos e suas interações sociais também sofrem consequências avassaladoras (Silva; Cunha; Guimarães, 2022). Nesse sentido, sua prevenção e controle se tornam primordiais tanto para a saúde oral, quanto para a saúde geral e a qualidade de vida dos indivíduos.

A prevalência de cárie dentária vem sofrendo redução progressiva ao longo dos anos em todo o mundo. No Brasil, estudos epidemiológicos também mostram essa redução, em que o número de dentes cariados e perdidos devido à cárie dentária apresenta declínio progressivo, em especial nas crianças. Cabe salientar, entretanto, que a cárie é uma doença multifatorial, açúcar dependente e diretamente influenciada por condições socioeconômicas, apresentando variação entre as diferentes regiões e populações brasileiras (Silva; Machado; Ferreira, 2015).

A prevenção da cárie dentária e de outras doenças orais é o principal caminho para seu controle. Pode-se lançar mão de atividades educativas, ações de prevenção e proteção específica, principalmente o uso tópico ou sistêmico do flúor, que contribui exponencialmente na redução da doença cárie dentária, e de disseminação de informações relacionadas à importância da visita regular ao cirurgião-dentista e da adoção de uma dieta pobre em açúcares (Silva; Cunha; Guimarães, 2022).

Outra questão relevante a se destacar com relação a essa mudança de paradigma, com a transferência de foco para a prevenção e a promoção da saúde bucal, deu-se em 1953, com o início da fluoretação das águas no Brasil, na cidade de Baixo Guandu, município do interior do estado do Espírito Santo (Emmerich, 2003). Tal medida permitiu um enorme avanço no controle da cárie dentária, sendo primordial para a saúde pública (Emmerich;

Castiel, 2009) por ser capaz de atuar na história da doença, em conjunto com a ampliação do acesso aos serviços odontológicos no SUS e uma abordagem ampla dos determinantes sociais das doenças bucais.

Cabe salientar que o Brasil apresenta o segundo maior sistema de fluoretação da água de abastecimento público mundial, além de também ser um dos maiores consumidores de dentifrícios com fluoretos, estando a maioria da população exposta a múltiplos produtos com fluoretos em sua composição. Ademais, o flúor age nas mais diversas etapas da história natural do desenvolvimento da cárie dentária, atuando em sua prevenção, na velocidade de seu progresso e em seu tratamento, com efeito significativo na redução das taxas de cárie dentária no Brasil e no mundo (Brasil, 2009).

Os efeitos dos fluoretos sobre a prevenção e o controle da doença cárie dentária acontecem devido ao seu potencial de atuação sobre o processo desmineralização-rem mineralização que o elemento dentário sofre (Silva; Cunha; Guimarães, 2022) como resultado da fermentação de açúcares da dieta por microorganismos presentes na cavidade bucal. Outrossim, o uso de fluoretos é uma medida primordial para a saúde pública, evidenciada por políticas públicas, e pode ser realizada tanto em consultórios odontológicos como por meios coletivos, sendo exemplo a fluoretação da água, com efeitos benéficos na saúde se em quantidades adequadas, além de ser um meio seguro, com evidências científicas que apoiam seu uso na prevenção e tratamento da cárie (Silva; Cunha; Guimarães, 2022).

Esse papel primordial que o íon flúor exerce no controle do processo saúde-doença da cárie incluiu, além de sua atuação no processo desmineralização-rem mineralização, o fato dele ainda ficar armazenado intraoralmente, tanto no tecido dentário quanto em tecidos moles e na placa dentária (película aderida à superfície dentária colonizada por microorganismos) (Silva; Cunha; Guimarães, 2022), sendo liberado gradualmente e, assim, produzindo efeito direto no desenvolvimento (ou não) da doença cárie, participando efetivamente de sua história natural.

Apesar de seus benefícios com relação à prevenção da cárie dentária, a exposição a fluoretos em excesso pode ocasionar toxicidade, devendo-se ser realizado o monitoramento dos meios coletivos e a conscientização sobre a utilização dos meios tópicos, a fim de evitar, por exemplo, a fluorose dentária (Silva; Cunha; Guimarães, 2022).

Além do combate e prevenção à doença cárie, é importante destacar que, quando são realizadas medidas preventivas, muitas das vezes elas impactam também na prevenção de outras doenças. Alguns fatores são considerados fatores de risco comuns, afetando não somente a saúde oral, mas também a saúde geral, sendo exemplos o consumo de açúcar, álcool e tabaco (Watt et al., 2019). Nesse sentido, quando são realizadas ações e são adotados comportamentos mais saudáveis, acabam sendo afetadas a saúde oral e a saúde geral, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos. Deve-se, portanto, realizar ações pautadas nessa abordagem comum para que se obtenha melhores resultados.

Apesar dos grandes avanços com relação à formação e atuação do cirurgião-dentista e à prevenção da cárie dentária, ainda persistem problemas relacionados ao acesso à saúde bucal, apresentando ainda resquícios do modelo assistencial. Nesse sentido, essa dificuldade de acesso é uma reprodução da desigualdade de acesso e condições socioeconômicas (Pezzini; Rizotto, 2023). De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), a população brasileira em dezembro de 2021 correspondia a 211.755.692, contando com 31.821 eSB atuando na ESF, com cobertura de 97.725.017 (46,14%) indivíduos, e a população coberta pela saúde bucal na APS 119.884.792 (56,61%) (Brasil, 2023), dados que demonstram um acesso ainda distante do ideal.

No mundo, o cenário de desigualdades e falta de acesso aos serviços odontológicos se faz também evidente. Nos países com maior rendimento, a Odontologia é pautada na tecnologia, nos procedimentos e nas especialidades, não possuindo muito investimento na prevenção. Por outro lado, o cenário nos países com menores rendimentos é outro. Muitas vezes os serviços odontológicos não são acessíveis e nem suficientes, excluindo-se a maioria dos cidadãos do cuidado, sobretudo os mais necessitados e moradores de regiões rurais e de difícil acesso (Watt et al., 2019).

Cabe salientar que o cirurgião-dentista é um profissional significativo para a transformação da saúde e de políticas públicas, visto que, já superou muitas adversidades e paradigmas, mas ainda necessita de mudanças, para assim de fato contribuir para a construção de um novo sentido para o processo saúde-doença e um modelo de saúde mais humanizado, acolhedor e interprofissional (Almeida; Alves; Leite, 2010).

Frente à relevância da saúde bucal para os indivíduos e para a saúde

geral cabe a disseminação de sua importância para os profissionais de saúde, população e gestores, a fim de que sejam implementadas políticas públicas voltadas à garantia do acesso aos serviços de saúde bucal, contribuindo para a manutenção da saúde e prevenção de doenças (Narvai, 2011). Deve-se trabalhar, na Odontologia, a concepção de saúde mais ampliada, para assim mudar a lógica de mercado e prover mudanças nos modelos de atenção, buscando avançar na “desodontologização” da saúde bucal, promovendo acesso a todos e colaborando para a saúde pública (Narvai, 2011). A Odontologia precisa se integrar à saúde geral e aos outros profissionais, sobretudo no trabalho em conjunto com eles e com os serviços de saúde (Watt et al., 2019), tentando-se, assim, pôr fim a uma Odontologia fragmentada e tecnicista.

Ademais, as transformações que acontecem na sociedade também reverberam na Odontologia. Mudanças relacionadas à evolução de gerações, conhecimentos e tecnologias necessitam ser acompanhadas. Espera-se do cirurgião-dentista do futuro um profissional que adote os interesses do paciente como primordiais, que acompanhe o desenvolvimento da tecnologia e a utilize em sua prática cotidiana e que possua habilidades relacionadas à atuação intraprofissional, interprofissional e multiprofissional (Wilson; Luo, 2019).

O cirurgião-dentista do futuro necessita trabalhar de forma conjunta com a tecnologia em sua prática clínica e na prevenção de doenças. O uso da inteligência artificial está cada vez mais presente, e o cirurgião-dentista deve conhecê-la e tê-la como uma aliada, sempre atento aos princípios éticos e sua utilização consciente, bem como na forma que seu público faz uso das tecnologias (Wilson; Luo, 2019).

Todas essas mudanças devem acontecer, preferencialmente, de forma breve, a fim de que o cirurgião-dentista acompanhe as mudanças em tempo real. Para que isso ocorra, a mudança na formação em Odontologia deve ser periodicamente revisada e atualizada, de modo que não se torne obsoleta e contribua para a formação de um profissional com capacidade de lidar com as mudanças que acontecem rotineiramente na sociedade (Wilson; Luo, 2019).

Cabe salientar que o cirurgião-dentista possui uma atuação que não é restrita somente à boca, como muitos pensam. Esse profissional atua em

todo o sistema estomatognático, composto por ossos fixos da cabeça, hióide, mandíbula, esterno, músculos da deglutição, mastigação, faciais e outros. Todos eles são essenciais para realização de funções básicas do ser humano, como respiração, fala, sucção e deglutição, junto com o sistema nervoso (Ferreira; Befi-Lopes; Limongi, 2004), fato que possibilitou a expansão da atuação do cirurgião-dentista para além da boca, como na área odontológica mais visada atualmente, a Harmonização Orofacial (HOF).

Regularizada pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia (CFO) nº 198, de 29 de janeiro de 2019, a HOF foi definida como especialidade odontológica (Brasil, 2019), e vem ganhando cada vez mais destaque, tanto entre cirurgiões-dentistas quanto junto à população. Essa especialização emergiu como uma opção não cirúrgica de modificar ângulos e aprimorar a simetria e o volume em determinadas regiões. Além disso, por não necessitarem de intervenção cirúrgica, os procedimentos se tornaram famosos por conta da facilidade de sua realização e comodidade, indo além da estética, possibilitando aos pacientes retomarem a autoestima e a aceitação por conta da aparência física (Queiroz; Suguihara; Muknicka, 2023).

A população está cada vez mais velha, resultado do aumento crescente da expectativa de vida. E, junto com o envelhecimento, surgem as marcas de expressões e as mudanças na pele. À vista disso, a HOF emerge como uma excelente alternativa para lidar com envelhecimento da pele, apresentando resultados positivos sobre os sinais visíveis decorrentes desse processo, melhorando não somente os sinais, mas também a autoestima dos pacientes. Isso porque o envelhecimento é muito visível no rosto, afetando a cútis e outras estruturas, ocasionando redução de volume, rugas e linhas de expressão, como os famosos “pés de galinha”. Por meio da utilização de tecnologias e materiais adequados são alcançados efeitos satisfatórios, proporcionando uma estética mais agradável e a aparência mais jovial ao paciente, por meio de procedimentos com mínima intervenção (Teodoro, Suguihara; Muknicka, 2023).

Ademais, com o avançar do tempo, os padrões estéticos de beleza impostos pela sociedade sofrem constantes transformações, e com os padrões odontológicos não é diferente, como por exemplo sorrisos cada vez mais brancos, o que obriga os indivíduos a procurarem o cirurgião-dentista para tentarem alcançar a tão almejada perfeição. Essa busca ocasiona um número



elevado de sujeitos muito mais preocupados com a estética em si do que com sua saúde bucal, originando questionamentos sobre a real necessidade da realização das intervenções ou se estão relacionadas somente a questões estéticas e vaidade dos indivíduos (Cruz; Breda, 2021).

A busca pela beleza e pela perfeição estética advém de um contexto histórico. Desde muito tempo atrás, os filósofos gregos já buscavam a beleza e a explicação sobre ela. A busca pelo belo traz muitas polêmicas e discussões a respeito do que é, de fato, considerado o padrão adotado pela sociedade nos seus mais diversos âmbitos, dentre eles a saúde bucal, como uma forma do indivíduo se sentir melhor e ser bem quisto pela sociedade (Cruz; Breda, 2021), o que, muitas vezes, ocasiona a busca pela perfeição a qualquer custo.

Apesar da autoestima e da satisfação com o corpo (e com o rosto) serem importantes para o bem-estar do indivíduo, algumas vezes essa busca pela “perfeição” acaba saindo do controle das pessoas. A falta de autoestima está relacionada a experiências ruins e pressões sociais, pois a busca por padrões, muitas vezes inatingíveis, gera uma obsessão desmedida e prejudica a saúde do indivíduo (Queiroz; Suguihara; Muknicka, 2023).

Considerando que a HOF é uma especialidade da Odontologia que busca a reabilitação funcional e estética do sistema estomatognático e outras estruturas relacionadas a sua área de atuação, sua aplicação deve ser pautada na finalidade estética e principalmente funcional, devendo haver equilíbrio entre elas, a fim de garantir que a funcionalidade do paciente seja restabelecida. Frente à busca desmedida por procedimentos estéticos se sobrepondo às necessidades reais e funcionais dos indivíduos, o cirurgião-dentista deve possuir a atuação pautada na integralidade do indivíduo, na responsabilidade e, sobretudo, na ética profissional (Garbin et al., 2019). É inegável que a busca por procedimentos estéticos na HOF tem aumentado exponencialmente. Entretanto, cabe salientar que, por se tratar de uma área mais recente na Odontologia, ainda existem poucos estudos na literatura que tratam das prováveis complicações advindas da realização de determinados procedimentos (Manganaro; Pereira; Silva, 2022).

O cirurgião-dentista deve, portanto, além de pautar sua atuação nas necessidades e desejos dos indivíduos, sempre guiar-se pelos princípios éti-

cos e na busca pela saúde oral, pois como dito por Dr. Wirth,

A boca em sua totalidade é uma parte importante e até maravilhosa de nossa anatomia, de nossas emoções, de nossa vida; isto é o local do nosso próprio ser. Quando um animal perde os dentes, não pode sobreviver a menos que seja domesticado; isso é a própria existência termina; Ele morre. No ser humano, a boca é o meio de falar, de expressar o amor, felicidade e alegria, raiva, mau humor ou tristeza. É o contato sexual primário; portanto, é de importância inicial para a nossa regeneração e sobrevivência por meio de alimentação e propagação. Merece o maior cuidado que pode receber em qualquer sacrifício (Wirth, 2019, p. 27).

## ***Conclusão***

A Odontologia vem acompanhando as mudanças que acontecem ao longo do tempo nas sociedades em todo o mundo. Sua relação com a doença cárie dentária é bem íntima, uma vez que a mesma é a principal doença da cavidade oral. A mudança de paradigma de uma Odontologia antes focada no tratamento das doenças e em medidas curativistas deu lugar a uma Odontologia preventiva, a Saúde Bucal Coletiva, e ainda mais recentemente uma Odontologia focada na estética, por meio da HOF. Uma grande conquista foi a obrigatoriedade da fluoretação da água de abastecimento público, medida coletiva importante para a prevenção da cárie dentária e redução de sua prevalência, primordial para a saúde pública. Infelizmente, o acesso aos serviços odontológicos ainda é restrito. Boa parte da população ainda não tem suas necessidades atendidas em tempo oportuno, apesar da manutenção da saúde bucal ser importantíssima, apresentando, além dos benefícios nas funções locais, reflexos no indivíduo como um todo, colaborando para sua saúde geral.

Essa íntima relação da saúde bucal com a história das doenças, principalmente aquelas relacionadas à área de atuação do cirurgião-dentista, o sistema estomatognático, evidencia a importância de cursos de formação que forneçam subsídios para a qualificação deste profissional, que estejam

anteados aos avanços científicos e tecnológicos, mas que sejam também focados em prover um cuidado de qualidade e contribuir para a qualidade de vida da população.

## **Referências**

ALMEIDA, A. B. L.; 1, ALVES, M. S.; LEITE, I. C. G. Reflexões sobre os desafios da Odontologia no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 126-132, jan./mar. 2010.

ANA CAPA DENTAL MAGAZINE. Anacapa Dental Art Institute. 2019, p. 27. Acesso em 29 nov. 2023. Disponível em: <https://anacapadental.com/an-investment-in-yourself-that-you-deserve-oxnard-ventura/>

AZEVEDO, S. M. Tiradentes ou a canonização de um herói. *Revista Patrimônio e Memória*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 3-12, 2005.

BRASIL, Decreto Lei Nº 5.081, 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Poder Executivo, Brasília, DF 26 ago. 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2002. Acesso em 03 mar. 2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Painéis de indicadores. Atenção primária à saúde. 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 out. 2023.

BRASIL. CFO-198, de 29 de janeiro de 2019. Brasília (DF): MS; 2019. Brasil. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2019/198>

BRASIL. Resolução CNE/CES 3/2021. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de junho de 2021, Seção 1, pp. 76 a 78. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2021-pdf/191741-rces003-21/file>. Acesso em: 17 mar. 2023.

BRASIL. *Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023*. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm). Acesso em: 29 nov. 2023.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: reflexões, conceitos e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-58.

CRUZ, G. S.; BREDA, P. L. C. L. Os impactos da harmonização orofacial na odontologia: necessidade x vaidade. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.6, p. 26571-2680 nov./dec. 2021.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. *Interface, comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v.13, n.29, p.339-51, abr./jun. 2009.

EMMERICH, A. O experimento controlado da fluoretação em Baixo Guan-  
du. In: Emmerich A, Freire AS. *Flúor e saúde coletiva: 50 anos de fluoretação da água no Brasil*. Vitória: Edufes; 2003. p. 44-59.

EMMERICH, A. *A corporação Odontologia e o seu imaginário*. Vitória-ES: EDUFES, 2000.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 101-112.

FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. *Tratado de Fonoaudiologia*. Barueri: Editora Roca, 2004.

FERREIRA-NÓBILO, N. P.; SOUZA, M. L. R.; CURY, J. A. Conceptualization of Dental Caries by Undergraduate Dental Students from the First to the Last Year. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 59-62, jan-fev, 2014.

FIGUEIREDO, B. G. Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do século XIX. *Hist. cienc. saúde*, Manguinhos, v. 6, n.2, out 1999.

GARBIN, A. J. I. et al. Harmonização Orofacial e suas implicações na Odontologia. *Braz. J. Surg. Clin. Res.*, Cianorte, v. 27, n. 2, p. 116-122, jun-ago, 2019.

LUCENA, E. H. G. DE; JÚNIOR, G. A. P.; SOUSA, M. F. DE. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011.

MANGANARO, N. L.; PEREIRA, J. G. D.; SILVA, R. H. A. Complicações em procedimentos de harmonização orofacial: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 204-217, 2022.

MARCENES, W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res.*, Isfahan, v. 92, n. 7, p. 592-7, 2013.

MARTINS, Y. V. M.; DIAS, J. N.; LIMA, I. P. C. A evolução da prática odontológica brasileira: revisão da literatura. *Rev. Nova Esperança*, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 83-90, 2018.

MENEZES, J. D. V. *Gotas de história da odontologia*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2021.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

PEREIRA, A. C. et al. *Gestão pública em saúde: fundamentos e práticas*. Águas de São Pedro, SP. Livronovo 2016. 631 p.

PEZZINI, M. S.; RIZOTTO, M. L. F. Acesso à saúde bucal no Brasil: uma análise a partir dos dados do PMAQ-AB. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v.27, n.7, p.3643-3659, 2023.

QUEIROZ, C. C. C.; SUGUIHARA, R.; MUKNICKA, D. P. Autoestima e a especialidade da harmonização orofacial. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 7, n. e9112742584, p. 1-6, 2023.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.

SILVA, G. S.; CUNHA, T. C. R.; GUIMARÃES, T. G. F. A. Uso de flúor como prevenção e tratamento para a cárie: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 11, n.10, p. 1-11, 2022.

SILVA, J. V.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2539-2548, 2015.

TEODORO, R. A. A.; SUGUIHARA, R. T.; MUKNICKA, D. P. A estética e harmonização orofacial. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v.12, n.7, e1712742400, p. 1-7, 2023.

WATT, R. G. et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*, London, v. 394, n. 10194, p. 261-272, 2019.

WILSON, N. F. H.; LUO, J. Dentists of the future. *Prim Dent J.*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 30-33, 2019.

## A ação do médico Pedro Fontes e a implantação da Colônia de Itanhenga/ES (1927-1937)<sup>1</sup>

Sebastião Pimentel Franco<sup>2</sup>

Jackeline Faria Meira<sup>3</sup>

### *Introdução*

A partir da primeira década do século XX, constata-se no Brasil, por parte do Governo Central, uma preocupação com a questão da lepra e dos leprosos. Para tanto, diversas ações foram implementadas, em um primeiro momento, para localizar os enfermos com a doença e, posteriormente, na constituição de locais para internamentos dos leprosos.

A identificação da lepra, como parte dos elementos que conformavam o flagelo da nação, configurou-se aos poucos nas primeiras décadas do século XX, incluída, timidamente, nas ações do movimento sanitarista<sup>4</sup>.

O movimento sanitarista, por volta da década de 1920, empenhou-se no combate às endemias rurais, investindo na cura *dos doentes do sertão* e na sua integração à nação. Sendo assim, foram empreendidas campanhas de saneamento no interior do Brasil, promovendo a criação de inúmeras agências voltadas para aplicação das políticas de saúde pública e de saneamento (Hochman, 1998, p. 60-61).

---

1 Este texto é resultado do projeto de Pesquisa “ As múltiplas vivências do isolamento compulsório no leprosário de Itanhenga/ES: histórias e interpretações”, financiado pela Fundação de Amparo ` Pesquisa do Espírito Santo (Fapes).

2 Doutor em História pela Universidade de São Paulo; professor permanente do Programa de Pós -Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes); professor do Programa de Pós - Graduação em Ciência, Tecnologia e Educação (Mestrado Profissional) do Centro Universitário Vale do Cricaré (Univc).

3 Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e mestranda do Programa de Pós-Graduação em História da mesma universidade.

4 Sobre as políticas sanitárias no Brasil, consultar Hochman (1998).

Assim, nas primeiras décadas do século XX, a lepra começa a adquirir status de problema social no Brasil e seu impacto e magnitude passaram a exigir uma posição oficial para seu enfrentamento (Neris, 2014). Desde o ano de 1918, a lepra estava na pauta do relatório da Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), focado na estruturação de um programa de prevenção do contágio e de medidas de isolamento. Contudo, tais medidas alcançaram, ainda de modo bastante deficitário, apenas a Capital.

Ao lado de outras enfermidades, como malária, ancilostomíase, tuberculose e febre amarela, a lepra se tornaria uma ameaça à civilização e à nação, ou seja, um entrave ao processo de modernização de um país que se revelava enfermo (Santos; Faria; Menezes, 2008). Determinada pelo Governo Federal, a política de reclusão foi absorvida pelos governos dos estados e pela classe médica, com fim, principalmente, de expurgar os contaminados dos centros urbanos que se encontravam em processo de modernização.

Nesse sentido, o Governo Federal organiza, entre 1920 e 1924, em diversas unidades da Federação, uma política de saneamento rural de combate às doenças, entre elas a lepra. No Espírito Santo, nesse mesmo ano, foi criada a Inspetoria de Lepra.

Para chefiar essa Inspetoria, em 1927, chega ao Espírito Santo o médico leprólogo, Pedro Fontes<sup>5</sup>. Ele iniciou os trabalhos com o objetivo de identificar como viviam e quantos eram os doentes de lepra no Espírito Santo.

Para tanto, criou dispensários<sup>6</sup> em alguns municípios do Estado.

---

5 Pedro Fontes tornou-se bacharel em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia, tendo concluído o curso em 1903, quando defendeu a tese “Estudo sucinto de uma das modalidades clínicas da demência precoce: a variedade paranoide”. Após a conclusão do curso, deslocou-se para o Rio de Janeiro onde foi trabalhar em um órgão do Governo Federal relacionado com a área da Saúde. Em 1927, foi nomeado para exercer função na Inspetoria de Combate à Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Espírito Santo. Cf. “Levantamento Nominal dos Formandos de 1812 a 2008 da Faculdade de Medicina da Bahia”. Disponível em: [http://cbg.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/b\\_formandos\\_medicina.pdf](http://cbg.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/b_formandos_medicina.pdf). Acesso em: 3 jun. 2018

6 O dispensário era o local que tratava dos comunicantes e dos enfermos que ali acorriam. Em geral, eles estavam espalhados por diversas localidades dos Estados da Federação. Neles atuavam os médicos e outros profissionais da saúde que cadastravam os enfermos encontrados, atuando, assim, para o controle da doença, na medida em que exercia a vigilância sobre os suspeitos e os contatos dos doentes, retirando os enfermos de circulação, além de manter controle sobre os filhos sadios dos leprosos que eram isolados. Nesse sentido, vigiar e conter eram as palavras de ordem que norteavam as ações públicas com relação à lepra (Franco, Sebastião Pimentel; Araujo, Tania Maria de. Isolar e assistir: desafios do tratamento dos doentes de lepra na Colônia de Itanhenga, Espírito Santo. Dimensões - Revista de História da Ufes, Vitória, n. 47, p. 31-43, 2022.



Em 1927, já totalizavam quatro deles. Além disso, adotou a política de contratação de médicos itinerantes que iriam percorrer cidades, vilarejos e povoados, buscando identificar os doentes com lepra. Tal iniciativa apresentou bons resultados, uma vez que, em 1930, já tinham sido localizados mais de 300 leprosos, número bem maior do que os 28 doentes que se sabia que existiam no Estado, em 1927.

Quando mais se procurava, mais eram encontrados os infectados pelo bacilo de Hansen, o que foi decisivo para que Pedro Fontes pudesse efetivar, com o apoio do interventor Federal do Espírito Santo, por volta de 1934, a construção de um leprosário colônia, denominado Itanhenga<sup>7</sup>.

A ação do leprologista Pedro Fontes no Espírito Santo estava em consonância com o projeto renovador das estratégias da União para o controle da lepra no país que, a partir desse momento, passou a enfatizar a necessidade das práticas de isolamento.

É da procura dos doentes de lepra pela atuação do médico leprologista Pedro Fontes até a concretização do Hospital Colônia de Itanhenga em 1937 que trata este texto. Para tanto, utilizamos como fonte, o periódico local, *Diário da Manhã*, depoimentos de ex-internos, correspondências recebidas e expedidas e relatórios de gestão de diretores da Colônia de Itanhenga.

Assim como recomendam Jean Dionne e Christian Laville (1999), realizamos a leitura de todas as edições do *Correio da Manhã* para, em seguida, fazer uma triagem e sua classificação, por meio da Análise de Conteúdo.

Separamos os textos que se relacionavam com a atuação do médico Pedro Fontes e seu esforço na concretização do leprosário no Espírito Santo. Seguindo indicação de Jória Mota Scólforo (2022, p. 22), “Em um primeiro momento, [...] o que tivemos em mãos foram apenas materiais

---

7 Antes de criar o Leprosário de Itanhenga, Pedro Fontes conseguiu do Governo Estadual a instalação de um leprosário improvisado, onde foram alocadas poucas mulheres e crianças, em uma casa localizada na Ilha da Pólvora, em Vitória, que foi comprada pelo Governo Estadual. Segundo o *Correio da Manhã*, tal ação se concretizou efetivamente quando o Departamento de Saúde Pública tomou conhecimento de que três mulheres que exerciam a atividade de cozinheiras estariam contaminadas pela lepra. Assim, o governo providenciou a construção de um isolamento na Ilha da Cal, considerando que elas representavam um grande perigo para as famílias, que não sabiam até então do estado de saúde delas (*Correio da Manhã*, 12 de março de 1931). Esse local de isolamento de leprosos era, em verdade, muito modesto, só abrigando mulheres e crianças. Mais tarde, seria criado um outro pavilhão também modesto, que passou a receber pessoas do sexo masculino. O total de isolados, no entanto, não passava de 30 enfermos.

brutos, que precisaram ser preparados para se tornarem úteis à elaboração do saber proposto, por meio da organização, agrupação em categorias e posterior interpretação”.

Em seguida, empreendemos “[...] um estudo minucioso do seu conteúdo, das palavras e das frases que o compõem, [procurando] o sentido, captar-lhe as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das ideias principais” (Dionne; Laville, 1999, p. 214).

Sabedores do percalço que esse tipo de fonte apresenta ao historiador (aliás toda fonte apresenta algum percalço), levamos em consideração a recomendação de Mariana de Almeida Picolli (2009, p. 13), quando diz que o jornal representa um poderoso instrumento de manipulação de interesses e intervenção da vida social e encontram-se sempre atrelados a inúmeros interesses políticos, econômicos, culturais. Nesse mesmo sentido, Tania Regina de Lucca (2006, p. 111) afirma que é preciso cautela com essa fonte, pois a imprensa não é um mero veículo de informações, transmissor imparcial e neutro dos acontecimentos em um nível isolado da realidade político-social na qual se insere, pelo contrário, a imprensa tem interesse na manipulação e na intervenção na vida social de determinados grupos sociais. Portanto, ao nos debruçarmos sobre a fonte (periódico), devemos levar em consideração a subjetividade de quem escreve, porque a imprensa periódica escolhe, ordena, estrutura e narra, de uma determinada forma, aquilo que elegeu como digno de chegar até o público.

A nossa escolha por esse tipo de fonte levou em consideração a recomendação de Maria Helena Rolim Capelato (1988), que esclarece que o jornal nos possibilita acompanhar as ideias da época pesquisada, pois esse tipo de fonte permite-nos o confronto das falas que exprimem ideias e práticas, possibilitando ao pesquisador captar, com riqueza de detalhes, o significado da atuação de diferentes grupos que se orientam por interesses específicos. Os jornais oferecem vasto material para o estudo da vida cotidiana. Os costumes e práticas sociais, o folclore, enfim, todos os aspectos do dia a dia estão registrados em suas páginas (Capelato, 1988, p. 34).

Podemos ainda dizer que a escolha dessa fonte se deu levando em consideração o que assevera Marialva Barbosa (2005, p. 104), ao afirmar que devemos, ao trabalhar com periódicos, “[...] perceber os significados plurais

dos textos que circulavam na sociedade e como os leitores se relacionavam com esses textos”. Nesse sentido, buscamos, ainda, verificar quem eram os donos e redatores dos periódicos, destacando algumas das principais características das publicações, a forma pela qual as informações eram transmitidas e, ainda, as estratégias utilizadas pelo periódico para atingir um público mais amplo.

### ***“A lepra em se procurando se acha”***

Compondo um cenário que levaria à implantação de uma política de controle da doença, temos a realização dos censos para levantamentos estatísticos da lepra, cujos resultados apontaram alta incidência da moléstia no território nacional. Os censos foram uma orientação da Primeira Conferência Pan-Americana de Lepra, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1922, concomitantemente com os discursos dos leprólogos de que o agravamento da situação da lepra se dava em função da ausência de atuação do Estado. Tivemos aí um cenário que contribuiu, juntamente com outros fatores, para a adoção de medidas públicas no controle da enfermidade (Costa, 2007).

Nesse contexto, foi a partir do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que se construiu uma rede de informações por meio das Inspetorias de Saúde. Esse departamento era responsável pelo gerenciamento dos serviços de saúde nos Estados e tinha, entre as suas finalidades, identificar o quantitativo de doentes mapeando a geografia das doenças. Assim, coube ao DNSP a responsabilidade do cuidado com a lepra no Brasil. A partir dele foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, responsável pelas ações e campanhas de combate à doença no Brasil. A luta contra a lepra tornou-se mais evidente a partir desse contexto, que possibilitou a formulação de um regulamento sanitário que incidiu fortemente sobre a profilaxia da lepra no Brasil (Cabral, 2013, p.17-18).

Ao longo das décadas de 20 e 30, a preocupação era cada vez maior com o trânsito dos doentes de lepra entre os Estados e a concentração dos doentes na capital federal. A migração de enfermos e a entrada numerosa de leprosos no Rio de Janeiro foram importantes temas nos debates dos órgãos de saúde pública nesse período. Segundo Hochman (1998, p. 153), discutia-se muito sobre a possibilidade de criação de um grande leprosário nacional para centralizar os doentes de lepra em um só local, e também sobre a possível criação de diferentes hospitais de isolamento pelo país.

Segundo o médico Pedro Fontes, ao assumir a Inspetoria da Lepra e das Doenças Venéreas no Espírito Santo, em 1927, tomou como preocupação primeira realizar um levantamento para saber ao certo o número de infectados pelo mal de Hansen<sup>8</sup> no Estado do Espírito Santo. Para tanto, inicialmente, realiza um inquérito que acabou se desdobrando em um censo. Segundo o mesmo médico, ele acreditava que o número de leprosos deveria ser bem maior que os 28 doentes que se acreditava que existiam até 1927. Dessa forma, dizia Pedro Fontes, “A lepra em se procurando se acha”.

Assim o fez Pedro Fontes. Começa intensificando os trabalhos do Serviço de Profilaxia da Lepra, criando uma rede de profissionais (médicos, enfermeiros) para percorrer todas as localidades do Estado, procurando localizar os doentes e os comunicantes.<sup>9</sup>

Para tanto, inicia os trabalhos na busca dos leprosos, realizando um inquérito, a partir da ação dos Dispensários. Além disso instituiu a ação de médicos ambulantes que percorriam o interior do Estado do Espírito na busca desenfreada para encontrar os enfermos do Mal de Hansen.

O inquérito instituído por Pedro Fontes buscou o levantamento dos leprosos a partir de questionamentos direcionados a médicos e autoridades farmacêuticas do Espírito Santo. Teve início em 1928, identificando uma estimativa de 150 leprosos. Em 1929, inicia-se, efetivamente, o censo já contando com a atuação de médicos itinerantes. Esse número subiu para 225 em 1930. Em 1931, foi concluído o recenseamento, chegando-se a 340: com 290 leprosos confirmados e 50 suspeitos.

Assim, o número de doentes continuou aumentando em 1932, após uma revisão do censo, esse número aumentou para 370, com 334 registrados como leprosos e mais 36 suspeitos. Em 1933, é realizada a segunda revisão do censo e o número já apontava para 407. Desses, 364 foram fichados como leprosos e 43 como suspeitos. Em 1934, realiza-se uma terceira revisão, passando o número de leprosos para 505, com 445 confirmados e 60 suspeitos.

---

8 O nome mal de Hansen se deu em razão de uma homenagem ao médico norueguês, Gerhard Armauer Hansen, que, em 1873 descobriu o agente etiológico da doença, o *Mycobacterium leprae* (EIDT, 2004).

9 De acordo com Maciel (2007), a política implementada no Brasil, nas primeiras décadas do século XX estava sustentada no “modelo tripé” (leprosário, dispensário e comunicantes) que funcionava em conjunto procurando conter a doença, o doente e os que mantinham relacionamento com ele. Os comunicantes eram familiares e todos as demais pessoas que haviam mantido contato com o doente.

Em 1935, tem prosseguimento o censo e já aparecia um total de 595 casos, com 529 confirmados e 66 suspeitos. Em 1936, esse número já tinha subido para 701 casos, 611 confirmados e 90 suspeitos. Em abril de 1937, ano em que se instala o leprosário de Itanhenga, o número de leprosos chegou a 729 casos, 639 confirmados, havendo ainda 90 suspeitos (*Diário da Manhã*, 25 de abril de 1937).

Ao longo do tempo de atuação à frente do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Espírito Santo, Pedro Fontes foi criando dispensários espalhados pelo Estado do Espírito Santo. Se, em 1927, só existia o localizado na capital do Estado, Vitória, sete anos depois, estes já estavam espalhados por alguns municípios do interior, como Cachoeiro de Itapemirim (1928), Alegre (1929), Colatina (1929), João Pessoa (Mimoso do Sul, (1932), Calçado (1935), Afonso Cláudio (1935).

Diversos foram os médicos itinerantes que trabalharam no levantamento do censo. Conseguimos encontrar o registro dos seguintes médicos, com os respectivos anos de trabalho e o número de doentes por eles identificados: José Ferreira Júnior (1928-1929) registrou 13 leprosos; Nilton de Barros (1928-1932), 17 leprosos; Sylvio Avidos (1928-1936), 292 leprosos; Theófilo Batinga (1929-1936), 30 leprosos; Manoel Sette (1930-1931), 17 leprosos; Manoel R. Carvalho (1931), 8 leprosos; José Augusto Soares (1935-1936), 86 leprosos (*Correio da Manhã*, 25 de abril de 1937, f. 2).

Esses doentes, portanto, eram procurados pelos dispensários com atuação desses médicos itinerantes. Durante o período de 1929 a 1936, quando foram realizados o inquérito e o censo, foram encontrados 701 leprosos no Espírito Santo. Desses, 238 foram diagnosticados pelos dispensários e 463 pela Comissão de Médicos Ambulantes ou Itinerantes (*Correio da Manhã*, 25 de abril de 1937, f. 2).

Todo o trabalho de localização dos doentes do mal de Hansen era realizado graças a ação do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 30).

Foi no governo do interventor Bley que o Serviço de Profilaxia da Lepra recebeu maior incentivo e aportes financeiros para que o levantamento do quantitativo de leprosos se viabilizasse. Embora possa parecer contraditório, no governo Vargas, a União extinguiu o Serviço de Profilaxia do país, alegando falta de verba, mas, localmente, isso não aconteceu, mesmo

tendo recebido ordens para desmontar os dispensários, arrolar o material e recolhê-lo ao almoxarifado, com recursos próprios, o interventor federal possibilitou que os serviços executados por Pedro Fontes não fossem desmantelados e sua ação tivesse prosseguimento (*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3).

Para exemplificar bem o que afirmamos, apontamos que, ao iniciar seu período de Interventoria, Bley liberou para o Serviço de Profilaxia da Lepra o valor de 100:000\$000 (cem mil contos de réis), o que permitiu que Pedro Fontes pudesse dar continuidade ao trabalho de levantamento e localização dos leprosos no Espírito Santo (*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3).

Segundo relata Pedro Fontes, desde 1930, quando assumiu a Interventoria, Bley aumentou sempre a dotação orçamentária para o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o que possibilitou um aumento do raio de ação desse setor, permitindo que o dispensário ambulante, que funcionava a cargo do médico Sylvio Avidos (1901-1945), e os dispensários em Vitória, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Alegre, João Pessoa (atual Mimoso do Sul) ampliassem os seus serviços. O volume de recursos aumentou tanto, que o custeio dispensado pelo Estado do Espírito Santo em quatro anos contabilizou um total de 740:000\$000 (setecentos e quarenta mil contos de réis), fora ainda outros custos, como a cobertura de imóveis, luz, água e telefone, que ficaram a cargo do governo local.

O aumento dos recursos financeiros foi tão grande, que Pedro Fontes teve condições de procurar, por todo o Estado, os enfermos da lepra. Tanto assim que o recenseamento que ele idealizou e realizou foi elogiado pelo presidente da Confederação Nacional de Leprologia, em uma reunião realizada no Rio de Janeiro, que classificou essa ação executada pelo Serviço de Leprologia do Espírito Santo como “serviço padrão” (*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3).

Os dados que conseguimos levantar, em relação à dotação orçamentária após o período de governo da Interventoria estadual, evidenciamos como a questão da Saúde Pública se tornou foco de atenção do governo local. Em 1931, a verba orçamentária desse setor era de 495:000\$000 (quatrocentos e noventa e cinco mil contos de réis); em 1932, subiu para 705:280\$000 (setecentos e cinco mil e duzentos e oitenta mil contos de réis); em 1933, já foram despendidos 1.244:000\$000 (Um milhão, duzentos e quarenta e qua-

tro mil contos de réis). No ano seguinte, inicialmente, o valor cedido para esse setor diminuiu e passou a ser de 950:000\$000 (novecentos e cinquenta mil contos de réis), mas recebeu, posteriormente, um crédito extraordinário de 81:000\$000 (oitenta e um mil contos de réis), elevando o valor anual para 1.031:930\$000 (um milhão e trinta e um mil e novecentos e trinta mil contos de réis), valor um pouco menor que o no ano anterior.

Esse crescimento da disponibilização de recursos para a Diretoria de Saúde pública, durante os primeiros anos da década de 1930, levou o periódico *Diário da Manhã* a considerar que o Estado do Espírito Santo, levando em conta a proporção a sua população e a sua receita, era um dos que mais consagravam verbas às necessidades da Saúde Pública (2 de fevereiro de 1934, p. 1).

Detectado o elevado número de leprosos, Pedro Fontes via como imprescindível a construção de um leprosário para abrigar os enfermos. Na visão de Pedro Fontes, a criação de um leprosário seria a única possibilidade de se ter efetivamente uma arma mais eficiente de combate à lepra, por acreditar que sem ele não seria possível organizar um serviço útil de prevenção contra o mal de Hansen (*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3).

Ao recorrermos à fala do médico Pedro Fontes durante a inauguração da Colônia de Itanhenga, em 1937, podemos bem conhecer melhor o que teria sido o trabalho do Serviço de Profilaxia da Lepra que culminou com aquela inauguração.

[...] Minhas senhoras, meus senhores.

Quando assumi a chefia do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas neste Estado, em 1927, considerei fácil a missão que o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, dr. Clementino Fraga me havia confiado.

As estatísticas registravam apenas 22 leprosos o que equivale dizer que praticamente não havia lepra no Espírito Santo.

Depois de algum tempo convenci-me que o número de leprosos era infelizmente maior.

Fiz em 1928, um inquérito, tendo percorrido todas as localidades do Estado, para entender-me com os médicos e farmacêuticos locais e assim avaliar o índice endêmico de cada região.

Findo o inquérito, calculei, em ofício que dirigi à Inspeção da Lepra, em 150 doentes.

Iniciei depois o recenseamento e ele foi desde logo mostrando que o número de leprosos seria bem superior ao meu cálculo.

Desde então, convenci-me que era indispensável e urgente a criação de um leprosário neste Estado.

Todo o esforço empreguei neste sentido sem nunca esmorecer.

Com o exmo. Sr. Dr. Aristeu Aguiar ex-presidente do Estado, tive entendimentos a respeito, que deram em resultado a aquisição da Ilha da Cal para um leprosário de emergência e a promulgação de uma lei, autorizando o Governo a construir um Leprosário.

Logo no início do governo Revolucionário solicitei ao exmo. Sr. Interventor Federal o isolamento dos leprosos contagiantes que perambulavam pelas ruas esmolando de casa em casa e dos que exerciam profissões que favoreciam o contágio.

O sr. Interventor, atendeu-me prontamente, tendo sido instalado na Ilha da Cal, um leprosário de emergência, que está funcionando até hoje, tendo atualmente 30 doentes.

Ativado o recenseamento, fichados cerca de 500 leprosos, a criação de uma Colônia era providência profilática que se impunha.

Sem ela não seria possível no Serviço de Profilaxia da Lepra, desincumbir-se da sua difícil e patriótica missão.

Bem compreendendo os deveres do meu cargo, não deixei jamais de trabalhar nesse sentido.

Repetidas vezes apelei para o Governo Federal e para o Governo do Estado até que, por ocasião da visita do dr. Heráclides Souza Araújo, que viera em missão do Ministério da saúde Pública inspecionar os Serviços de Lepra no norte do país e apresentar um plano de combate a essa enfermidade, ficou resolvida a criação de uma colônia de leprosos neste Estado, em uma conferência que eu e ele tivemos com o exmo. Sr. Capitão Bley (23 de maio de 1935, p. 3).



## ***A ideia de criação do leprosário começa a tomar forma***

O elevado número de leprosos encontrado a partir do inquérito e do censo realizados por Pedro Fontes fortalece a ideia da necessidade de se criar um leprosário no Espírito Santo.

Envidando esforços do governo local, em 1928, Pedro Fontes consegue que o governador Aristeu Borges de Aguiar, por meio da Lei n. 1.727, criasse um leprosário. Em seu art. 1, a lei estabelecia que o Poder Executivo estava autorizado a construir a referida obra, em local que fosse considerado conveniente. Abriu até mesmo, pelo seu art. 2, os créditos necessários para essa execução (*Diário da Manhã*, 4 de janeiro de 1930). Embora tenha sido criado por lei, não se concretizou efetivamente o início dessa construção, até mesmo porque o governador seria, logo em seguida, deposto pela chamada Revolução de 30.<sup>10</sup>

Acreditava-se que a criação do leprosário seria não somente um benefício para o doente, mas, sobretudo, para os sãos. Embora o discurso caminhasse no sentido de que só no leprosário o doente poderia receber tratamento regular e que, portanto, era preciso que se segregasse os leprosos para evitar o contágio da população, em verdade, o pensamento dominante na época era cuidar dos sãos para que a doença não se propagasse entre eles.<sup>11</sup>

Deposto Aristeu Borges de Aguiar (1892-1951), é nomeado para governar o Espírito Santo um interventor federal, o capitão João Punaro Bley. Segundo relata o chefe da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o médico Pedro Fontes, o novo governante compreendeu e abraçou

---

10 Vitoriosa foi a rebelião político-militar que derrubaria o presidente Washington Luis e impediria que o presidente eleito Júlio Prestes assumisse o governo, que se inicia no Sul do país e se espalha pelo Norte e Nordeste, logo chegando ao Sudeste. Segundo Sebastião Pimentel Franco e Regina Rodrigues Hees (2012, p. 89), “[...] no Espírito Santo, os revolucionários se rebelaram em vários pontos. Procedentes do Sul, a coluna revolucionária comandada por Magalhães Barata chega a Cachoeiro de Itapemirim [...] De Minas, marcha em direção ao Espírito Santo a coluna de revoltosos comandada por Otávio Campos do Amaral. É travado um combate em Baixo Guandu [...] saindo vencedora a coluna”. O presidente do Estado do Espírito Santo, Aristeu Borges de Aguiar, tinha apoiado Julio Prestes, sem o consentimento do comandante da Guarnição Federal. Não conseguindo aprovação para se manter no poder, Aristeu Borges de Aguiar abandona o cargo, indo se exilar em Portugal.

11 Historicamente, a hanseníase era marginalizada pela Medicina e pela sociedade, o que culminou na segregação dos portadores da doença. Segundo Luciano Marcos Curi (2010, p. 167), “O leproso é abstraído de sua humanidade. A solução para os novos tempos foi apontada pelos próprios médicos, já leprólogos, no seu primeiro evento internacional, ainda no século XIX, em 1897; manter-se a distância, privar os leprosos do convívio dos sãos, isolá-los”.

a ideia da necessidade da construção do leprosário, passando a dar apoio integral a esse projeto. Para tanto, colocou à disposição do diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra um técnico da Diretoria de Obras, Carlos Rosa, para que o auxiliasse na escolha do local do leprosário.

Antes de definir o local propriamente dito onde se instalaria o hospital, Pedro Fontes visitou leprosários em São Paulo e Minas Gerais. Segundo noticiou o *Diário da Manhã* (1934), Pedro Fontes relatou como se deu a escolha do modelo de leprosário a ser instalado no Espírito Santo:

[Fui] recebido fidalgamente pelos respectivos chefes de Serviço, visitei vários leprosários e resolvi adotar na Colônia de Itanhenga, instalações idênticas as da Colônia de Piratingui em São Paulo, que é um leprosário moderno e econômico.

Trouxe fornecidas pelo Serviço Sanitário de São Paulo, plantas de todas as edificações dessa colônia, principalmente os pavilhões *Carville*, refeitórios, pavilhão de clínica, etc, que entreguei ao governo do Estado (23 de maio de 1935, p. 1).

Diversas foram as alternativas de locais para a instalação do leprosário. Pedro Fontes percorreu inúmeras localidades na esperança de encontrar uma que considerasse ideal. Por indicação de Afonso Schwab, escolheu o sítio de Itanhenga, local que depois foi visitado também pelo interventor federal, tendo sido essa a região indicada para a construção do hospital (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

Segundo registrou uma matéria do jornal *Diário da Manhã*, a localidade de Itanhenga

[...] ocupava parte de uma península de beleza rara! Imaginai senhores numa extremidade colinas sinuosas que descem graciosamente com areia muito branca da encosta para se deixarem beijar pela água verde do mar, na extremidade oposta, outras colinas a se erguerem sempre graciosas e discretas, em linhas suaves, dir-se-iam ajoelhado, em prece a Deus, que está no céu azul da nossa terra (*Diário da Manhã*, 17 de fevereiro de 1937, f. 1).

Decidida a localização do leprosário, Pedro Fontes e Carlos Rosa se reuniram para a realização dos trabalhos preliminares de medição e nive-

lamento do terreno, conserto de estradas de rodagem, para que pudessem permitir o acesso dos enfermos que ali seriam internados.

Iniciando os trabalhos, ficou a Secretaria de Agricultura encarregada de fazer a medição de 300 hectares para serem doados ao leprosário e os levantamentos necessários ao seu projeto de construção. Terminados os trabalhos preliminares, foi expedido o Decreto n. 4.443, que desapropriou o terreno.

O local escolhido para a construção do leprosário ficava a 40 minutos de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, em percurso de automóvel. Segundo o *Diário da Manhã*, Itanhenga oferecia ao visitante uma vista “[...] soberba, encantadora, entrecortada de morros, colinas, serras e baixios, revelando ser um rincão empolgante [...]” (2 de junho de 1934).

Além de disponibilizar um técnico para realizar estudos para a implantação do leprosário, o interventor federal concedeu o terreno onde este seria instalado e também assumiu os custos com as instalações de água, luz e telefone. Envidou esforços com o Governo Central, solicitando auxílio pecuniário, assim como o fez em relação às prefeituras do Estado e ao Departamento Nacional de Café. Dessa forma, a União disponibilizou 100:000\$000 (cem mil contos de réis) para a construção; o Departamento Nacional de Café, doou 3.000 sacas de café por meio do seu presidente, Armando Vidal, que foram vendidas pelo governo do Estado; o prefeito de Vitória, Augusto Seabra Muniz, doou 25:000\$000 (vinte e cinco mil contos de réis); a Firma Antenor G Guimarães & Companhia transportou gratuitamente todo o material adquirido no Rio de Janeiro, que viria a ser utilizado na construção da colônia; a Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas efetuou todo o transporte do material vindo do interior para a respectiva construção.

Em seu discurso de inauguração de parte do leprosário em 1935<sup>12</sup>, Pedro Fontes fez ainda alusão à colaboração de Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional de Leprosia, que, “Graças a sua intervenção amigável e dedicada, foram concedidos no fim do ano passado, 300 contos de réis para [...] cobrir despesas da construção” (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

As obras do leprosário de Itanhenga foram iniciadas em janeiro de 1934 pelo engenheiro Celestino Quintanilha. Inicialmente, fez-se o preparo do terreno, tendo sido retirados quinze mil metros cúbicos de terra. Em seguida, foi construída uma estrada de mil e duzentos metros dentro

---

12 Sua inauguração definitiva, quando todas as edificações estavam concluídas, deu-se em abril de 1937.

desse terreno para possibilitar o transporte do material necessário para a sua construção que, no início, era composta por dez pavilhões “Carville”<sup>13</sup> para hospitalização dos enfermos. Esses pavilhões tinham capacidade para receber 200 doentes. Além desses, existiam mais três pavilhões: o da clínica, com laboratório e sala de cirurgias; o do refeitório e o da lavanderia (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1). Segundo o mesmo jornal, o custo para a montagem dos últimos três pavilhões nessa época foi de 200:000\$000 (duzentos mil contos de réis).

Esses pavilhões, após a conclusão de sua construção, já estavam montados com todos os equipamentos que eram os mais modernos possíveis. Foram construídas, ainda, a caixa de água, que era toda de cimento armado, com capacidade para 140 metros cúbicos de água, o que demonstra que o conjunto arquitetônico do leprosário, já em 1935, antes de sua inauguração final, já possuía água em abundância. Contava, ainda, com uma galeria de esgotos com 1.100 metros e uma fossa que servia para todos os pavilhões (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

Conforme já mencionamos, as obras de construção do leprosário teriam prosseguimento, pois sua inauguração definitiva só se daria dois anos mais tarde. Faltavam ainda serem construídos alguns pavilhões, onde seriam instaladas a escola, a igreja, o centro de diversões, um campo de futebol e uma quadra para basquete.

Pedro Fontes fala que muitos foram grandes colaboradores no processo de construção do leprosário, como não podia deixar de ser, o maior elogio foi para o interventor federal, João Punaro Bley, que sempre teve grande preocupação com a assistência social. Dessa forma, este sempre agia de

Coração aberto à prática do bem, governo que esteve sempre em seu programa melhorar os serviços de assistência social, brasileiro que sempre compreendeu quanto a lepra que é hoje apanágio dos povos incultos, avilta nossa Pátria, avalio bem o contentamento que Vossa

---

13 O modelo “Carville”, adotado nas construções dos leprosários construídos no Brasil, surgiu nos Estados Unidos da América do Norte, mais precisamente no Estado da Louisiana. Possuía habitações coletivas e era composto em um mesmo espaço, por hospital, dispensário e educandário. Sobre o tema, ler: SANTOS, Vicente Saul Moreira. Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: Ministério Capanema (1934-1945). 2006. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde da Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Excelência sentirá entregando ao Serviço de Profilaxia da Lepra para completar o seu aparelhamento técnico a Colônia de Itanhenga.

Que as bênçãos de céu o acompanhem sempre pelos grandes benefícios que durante o seu honrado Governo prestou aos infelizes leprosos, minorando-lhes os sofrimentos, dando-lhes conforto e tratamento, permitindo enfim, que nos seus corações, onde a dor impera e a alegria não existe, surja a esperança, senão a certeza, de melhores dias (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

Outros personagens, no entanto, foram decisivos para que o a concretização do leprosário se tornasse realidade. Segundo o *Diário da Manhã* (23 de maio de 1935), a passagem do médico leprologista Heráclides Souza Araújo pelo Estado do Espírito Santo, em 1933, teria sido decisiva. O referido médico foi designado pelo Governo Central para inspecionar o serviço de lepra no país. Retornando de Belém do Pará, passando pelo Espírito Santo, pôde conhecer o trabalho de Pedro Fontes à frente da Inspeção da Lepra e abraçou a causa da ideia de criação de um leprosário<sup>14</sup>

A construção do leprosário foi vista à época como uma esperança na possibilidade de se afastar definitivamente os enfermos com mal de Hansen dos sãos. Os discursos emitidos em relação à criação desse tipo de instituição serão sempre no sentido de exaltar a benevolência dos governantes em relação à sociedade e à preocupação com os leprosos. Vejamos o que disse o catedrático de Moléstias da Pele e Sífilis, o médico Antonio Aleixo, quando representando o governador de Minas Gerais, Benedicto Valladares, na inauguração das primeiras edificações do leprosário de Itanhenga. Pra ele, o povo espírito-santense estaria de parabéns por construir uma obra de inestimável valor na luta contra a lepra no país. A obra era um empreendimento

[...] que constitui motivo de orgulho para o povo desse Estado e que honra todos aqueles que não mediram esforços para leva-lo por diante. É uma obra que ainda mais dignifica os seus idealizadores e realizadores, por isso que eles não somente visam beneficiar a geração atual mas também e principalmente as vindouras.

Para por em relevo a importância do cometimento bas-

---

14 Durante a Era Vargas, verificamos a construção de leprosários se espalhando pelo país.

ta referir que sendo o número de leprosos do Estado do Espírito Santo de 500, segundo dados estatísticos metuculosos do Serviço do dr. Pedro Fontes, dos quais nem todos em rigor são carecedores, de isolamento em leprosários, essa colônia poderá desde já alojar perto de 300 doentes.

O confronto desses algarismos nos autoriza logo a afirmar que na luta contra a lepra neste Estado, nos oferece perspectivas muito otimistas e, o que é mais, para breve prazo (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

O discurso do referido médico vai ainda mais longe, buscando ressaltar o espírito humanitário da criação de tal obra, escamoteando a ideia central vigente no país, que era isolar os doentes para salvar os sãos. Dessa forma, ele afirma:

No entanto, na execução do plano da Colônia de Itanhenga, não se cogitou tão somente isolar os lázaros, mas assisti-los de maneira eficiente e não somente sob o ponto de vista médico, como também sob o ponto de vista humanitário e social. Vê-se que a obra que ora se inaugura foi inspirada no sentimento de solidariedade humana, o que não é motivo de admiração, por isso que seus lineamentos obedeceram a ação do médico, isto é, do homem que exerce apostolado da bondade, que é apanágio da verdadeira medicina. Perfeitamente compreendeu o médico no modelamento de sua obra, o elevado alcance do papel humanitário e social do problema da lepra, que não é exclusivamente médico, como querem alguns erradamente. O problema médico é já de si extremamente árduo, porque requer, além do isolamento e da assistência dos doentes a vigilância cuidadora dos suspeitos e dos conviventes da lepra, bem como a educação sanitária de todos, a cargo dos Dispensários fixos ou itinerantes. Por outro lado, o problema social é a meu ver muito mais complexo e cheio de dificuldades que ultrapassam nossa expectativa.

Para essa obra assim tão abrangente, de tão longa envergadura, julgo não errar afirmando, com o meu testemunho sincero, que aqui se encontra o homem na pessoa do dr. Pedro Fontes (*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

Na fala de Benedicto Valladares, duas questões devem ser ponderadas. Primeiramente, fica evidente que a política do Estado Vargas em relação aos hansenianos era mesmo a do isolamento, afastando do convívio da sociedade os enfermos, temendo que eles causassem maiores danos aos sãos, o que foi largamente enfocado pelos pesquisadores da lepra no Brasil (Monteiro; Curi (2010); Cunha (2005); Costa (2007).

Embora se pontuasse a questão humanitária da internação compulsória dos enfermos de lepra, havia um embate entre os grupos favoráveis a essa internação e aqueles que eram contrários.<sup>15</sup>

Apesar de apresentar uma paisagem deslumbrante, como foram pródi-gas em dizer diversas personalidades que visitavam a construção das instalações do leprosário, a ideia que se fazia sobre aquele lugar é que seria um local lúgubre e tétrico, em razão de que ali estariam os desventurados infelizes que iriam amargar seus dias, por estarem atacados do terrível bacilo de Hansen. Mas, apesar dessa visão macabra, por outro lado, acreditava-se que, de toda forma, o melhor ainda para os leprosos era poder ali viver, afirmando o *Diário da Manhã* que “[...] entre lágrimas de desespero e sorrisos resignados os míseros leprosos bendirão a Deus, erguendo hosanas, suplicando ao Supremo Artífice pela permanência de um Governo que tão alto sabe colocar o sofrimento humano” (2 de junho de 1934, p. 3).

Segundo o jornal *Diário da Manhã*, as obras de construção do Hospital Colônia de Itanhenga estavam em franco progresso, fazendo referência a que esse empreendimento marcaria a ação do governo da República e do Estado na defesa da saúde do povo. Ressaltava a importância do valor de tal obra, que tinha por objetivo o isolamento confortável dos leprosos, po-

---

15 No Brasil, havia mesmo uma divisão em relação à ideia de isolar compulsoriamente os doentes de lepra. Segundo Vicente Saul Moreira dos Santos, “Durante as décadas de 1910 e 1920 houve intenso debate sobre a melhor forma de tratamento dos doentes de lepra, em grande medida devido às incertezas desse campo. Os menos severos, os humanitários, segundo definição de época, defendiam o isolamento domiciliar para os doentes que tivessem condições e o isolamento asilar somente para enfermos pobres, em instituições próximas dos centros urbanos, a serem construídas por meio de parceria entre estados, municípios e iniciativa privada. Entre os que defendiam essa postura, menciono Emilio Ribas, Eduardo Rabello e Carlos Chagas. Opostamente, os isolacionistas defendiam que todos os enfermos tinham de ser internados, não se devendo considerar a forma clínica e demais aspectos da doença nem as condições sociais do doente” (Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8sD4DNVvWzWbJsqdNhW8M/?lang=pt> Acesso em: 12 jun. 2023).

dendo, dessa forma, extinguir a propagação da terrível doença que era a lepra. Ressaltava que esse não seria um leprosário no formato antigo, espaço lúgubre e assustador, com ares e regime de velhas penitenciárias, mas, sim, com um outro modelo, o de uma cidade alegre nas avenidas “[...] esmeraldadas de árvores, higiênica nas instalações de água, luz, esgotos e telefone, relativamente feliz no pavilhão de diversões e no campo de esportes” (19 de junho de 1934, p. 1).

Fazia alusão, ainda, ao fato de que, ao lado do médico e do enfermeiro, teriam os enfermos ali hospitalizados o melhor conforto, a máxima liberdade no local que os abrigava para que pudessem se afastar da amargura que os cobria em razão da doença, podendo assim sentir a delícia do viver.

Durante a execução da obra, em visita a essas instalações do leprosário, no *Diário da Manhã*, aparece uma cobertura jornalística intitulada “Ligeiras impressões de uma visita a Itanhenga”. Segundo o articulista, essa visita teria sido feita a convite do engenheiro responsável pela obra, Dr. Quintanilha. É relatado que a Praça Central (que vai ser transformada em *Boulevard*), onde estão situadas as edificações do complexo do leprosário, converge a entrada dos dez pavilhões já construídos em agosto de 1934.

Esses pavilhões obedeciam aos rigores da moderna engenharia sanitária, preenchendo plenamente os fins a que se destinavam. Quatro deles seriam para enfermarias coletivas dos doentes e seis divididos em apartamentos para os casos especiais de reclusão. Todos eram bem assoalhados e forrados com esquadrias de vinhático e engradamentos de peroba, apresentando ótimas instalações sanitárias. Todos possuíam abundante serviço de água encanada e luz elétrica. O serviço interno de esgotos já estaria todo concluído.

Em relação ao *Boulevard*, que futuramente seria construído, foi realizado admirável terraplenagem de trezentos metros quadrados de área, que necessitou do deslocamento de 5.300 metros cúbicos de terra. Nesse espaço, estava previsto serem plantados eucaliptos. O jornal anuncia, ainda, que seriam construídos, até a definitiva inauguração do leprosário, os pavilhões da administração, o refeitório, a lavanderia e também o forno de cremação, para o que já estava preparado convenientemente o terreno, além de 9.000 metros quadrados já retirados de terra e 180 metros cúbicos de pedra britada já colocadas.



Estava prevista, ainda, assim que a verba fosse liberada, a construção de um campo de esportes, uma avenida de 700 metros com 20 residências isoladas, uma capela, um pavilhão de diversões e uma escola. Todas as obras já concluídas até aquele momento, inclusive 1.550 metros de uma estrada nova e o conserto e conservação da antiga, foram realizadas em quatro meses e meio, quando a obra contava com 70 operários que eram pagos por tarefa (*Diário da Manhã*, 1 de agosto de 1934).

Diferentemente do que aponta a notícia do periódico, viver em um leprosário longe estaria desse suposto *glamour*. A obrigação de seguir normas autoritárias, submeter-se ao tratamento, que muitas vezes causava fortes reações e incômodos aos doentes, ser apartado do mundo em que viviam, longe de familiares, amigos e vizinhos, certamente causavam grandes transtornos na vida dos hansenianos<sup>16</sup>.

Embora o discurso exaltasse que, no leprosário, os enfermos gozariam da máxima liberdade, sabemos que essa era uma instituição total, onde as regras e normas eram levadas ao grau máximo e a mutilação do eu é o que predominava. Nesse sentido, concordamos com o que assevera Irving Goffman (2005, p. 24), ao dizer que “O novato chega ao estabelecimento [leprosário] com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições. Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu”.

Segundo ainda o mesmo autor,

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a sequência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que

---

16 Para conhecer as agruras dos pacientes em frente às reações à medicação imposta aos hansenianos, indicamos a leitura de MANINI, Marli Penteadó. A evolução da terapêutica. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 49-58. Em relação à questão de serem os internos apartados do convívio da sociedade ler: FRANCO, Sebastião Pimentel; ARAUJO, Tania Maria de. Adoecer por lepra e com a doença conviver: apontamentos sobre a implantação da Colônia de Itanhenga-ES (1937) e o isolamento compulsório. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 325-348.

desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a sequência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos (Goffman, 2005, p. 240).

Falando sobre o espaço do leprosário, assim descreveu o professor Almeida Cousin:

Terreno amplo, em lugar saudável, facilmente isolado pela própria configuração das embocaduras dos rios vizinhos, alto, dentro de um panorama lindíssimo por todos os lados. As instalações da zona suja ou infecta, onde permanecerão os leprosos em dez pavilhões separados, com muito ar e luz, equiparam-se a dos melhores modelos. Cozinha, farmácia, salas para remédios, na zona intermediária, a das pessoas sãs que lidam com os doentes, tudo modelarmente construído, de modo a permitir todos os serviços, sem qualquer perigo de contato das pessoas ou dos objetos usados de um e de outro lado. Consultórios médicos e dentários permitindo os cuidados de profilaxia necessários, refeitórios e lavanderia mecânica de aparelhagem moderna e perfeita, já na zona suja, onde trabalharão os próprios doentes, escolhidos entre os mais capazes e menos bacilíferos, tudo isso aloja em dois outros pavilhões amplíssimos. Constrói-se ainda a Casa da Economia, que servirá para a administração, depósito e almoxarifado do material abundantíssimo, já existente e então ainda encaixotado, a utilizar-se nos consultórios, pavilhões e mais departamentos da Colônia. Delicado está o cassino onde os morféticos terão a sua aula de dança, rádio, cinema e diversões, porque esses doentes, em geral não sentem nada, gozam de muita boa saúde fora a lepra.

Além das instalações coletivas dos pavilhões, que aliás são divididos em quartos para duas ou três camas, ou pelo menos por meio de paredes que permitem separá-los por uma simples cortina corrediça. Haverá também uma avenida, já delineada, de pequenas casas, para as famílias ou casais doentes, sendo pensamento também do dr. Pedro Fontes pedir a aquisição pelo Governo do Estado, de mais um outro terreno vizinho ao leprosário para instalação de uma granja, onde permaneça o trabalho a família dos doentes isolados, que não ficará destarte, ao desamparo e poderá ser facilmente observada, como suspeita de contágio.

Depois de um ligeiro descanso, fez uso da palavra, o sr. Dr. Pedro Fontes, chefe do Serviço de Lepra e doenças Venéreas no Estado, a quem a Colônia de Itanhenga deve em parte a sua criação (*Correio da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1).

### ***A inauguração do leprosário***

Iniciadas as obras da construção do leprosário de Itanhenga em 1934, elas só seriam definitivamente concluídas em 1937. Cabe destacar que, em 1935, quando significativa parte do conjunto arquitetônico já estava construída, foi realizada uma cerimônia de inauguração, que contou com a participação de segmentos da elite social capixaba, políticos e autoridades religiosas, com grande cobertura por parte da imprensa local.

A inauguração definitiva, em 1937, já vinha sendo anunciada com relativa antecedência sobretudo pelo periódico de maior circulação à época, o *Correio da Manhã*, que informava que, no domingo, dia 11, ocorreria a inauguração do Leprosário de Itanhenga. Segundo ainda a mesma reportagem, o leprosário teria sido construído de acordo com as mais rigorosas exigências da Medicina moderna. Possuía numerosos pavilhões, que obedeciam ao traçado e edificação devidamente calculados para servir a gerações futuras. A majestosa obra, que se ergue próximo à Vila de Cariacica, seria um marco que, por si, deixaria gravada no coração dos capixabas a ação benéfica do ilustrado chefe do Executivo estadual, capitão João Punaro Bley (*Correio da Manhã*, 23 de maio de 1937).

A forma como o conjunto arquitetônico que compunha o complexo do leprosário era cantada em verso e prosa por autoridades políticas e pela imprensa. Um grupo de excursionistas que visitarem o leprosário, levados pelo vereador de Vitória, Antonio Bittencourt, afirmam, à unanimidade, terem ficado impressionados com o magnífico espetáculo que os vários edifícios e instalações modernas lhes imprimiram, deixando-os maravilhados pela visão e pelo descortino de quem tão desveladamente soube amparar os que padecem, fazendo, ao mesmo tempo, isolar do convívio dos sãos, pelo destino implacável, aqueles que foram atingidos pelo mal irremediável.

Segundo a reportagem do citado jornal, os excursionistas percorreram minuciosamente todas as dependências do leprosário e trouxeram uma forte

impressão do que viram, satisfeitos por terem notado o quanto os benefícios significavam para o povo espírito-santense com a realização dessa grande obra que o governador Bley incluiu no seu programa administrativo (*Diário da Manhã*, 12 de janeiro de 1937).

A área que abrigava a Colônia de Itanhenga possuía 800 hectares de terras, o que Franco (2003) diz que daria aos leprosos a possibilidade de cultivá-las, criando para os doentes um ambiente ao em que viviam anteriormente, pois a maioria dos leprosos fichados era composta de trabalhadores rurais, segundo dados indicados pelo referido autor. A partir dos 685 prontuários de internos do leprosário, Franco (2023) identificou que 301 deles eram agricultores, perfazendo 81,79%, além disso identificou, ainda, 10 mulheres que se ocupavam da mesma atividade.

A Colônia de Itanhenga, quando de sua inauguração, já apresentava fornecimento de abastecimento de água, luz, energia elétrica, esgotos e telefone, constituída de mais de 60 prédios, que teriam sido construídos com os necessários requisitos de higiene nas diversas zonas – limpa, intermediária e de contágio – em que se divide o leprosário (Relatório da direção do leprosário, 1946). Segundo ainda o mesmo Relatório, todas as casas estão localizadas em ótimas avenidas e guardam uma das outras uma distância de dez metros, o que torna as residências muito higiênicas.

De acordo com o cronista do jornal *Diário da Manhã* (1935) que visitou o Leprosário de Itanhenga, lá encontrou magníficos prédios, entre eles, destacou: a Policlínica, com gabinetes bem montados; o pavilhão manicômio; os pavilhões para oficinas; 12 pavilhões “Carville” para abrigar leprosos; um ótimo pavilhão para escolas; pavilhão para diversões, que dispõe de amplos salões para bilhar, festas, restaurante etc.; uma avenida com muitas casas para os casados; um pavilhão para a lavanderia, com moderna aparelhagem; ótima praça de esportes e melhoramentos outros que longo seria enumerá-los e que fazem a Colônia de Itanhenga um dos melhores estabelecimentos do país, no gênero a que está destinado e que prestaria, na opinião dele, sem dúvidas, os melhores serviços aos leprosos, proporcionando-lhes conforto e tratamento adequado.

“Só essa belíssima Colônia que tem recebido de todos os especialistas que a visitam os melhores encômios, é suficiente para recomendar a gratidão dos capixabas ao patriótico governo do Capitão Bley” (*Diário da Manhã*, 6 de fevereiro de 1937, f. 10).

## *A inauguração o leprosário de Itanhenga*

A inauguração do leprosário foi, de fato, um acontecimento que muito repercutiu na mídia local. Dias antes e dias após sua inauguração, inúmeras reportagens noticiaram o fato. Por meio do maior periódico local, *Diário da Manhã*, podemos saber todos os detalhes que antecederam e como se deu esse acontecimento.

O *Diário da Manhã*, de 11 de abril de 1937, por exemplo, informava a programação das festas de inauguração do leprosário. Segundo o mesmo jornal, o avião especial Juracy da Condor partiria do Rio de Janeiro nesse dia, às 7 h da manhã, devendo chegar a Vitória pouco antes das 9h. Nele viriam o deputado Francisco Gonçalves, o sr. ministro Gustavo Capanema, que representaria o Presidente da República, o Dr. Barros Barreto, diretor de Saúde Pública, diversas autoridades, que seriam recepcionadas pelo governador do Estado, secretários, deputados a altas autoridades federais e estaduais.

Relatava que, por volta de 8h30min, da manhã chegaria ao porto de Vitória o navio Pedro II, sob o comando do almirante Graça Aranha. Nele viriam diversas autoridades, como: os deputados Moacyr Barbosa Soares; José Pereira Lyra, líder da Paraíba; Diniz Júnior de Santa Catarina; Theotônio Monteiro de Barros, sublíder paulista; Vitor Russomano, da bancada gaúcha; Magalhães Netto da Bahia; Freire de Andrade do Piauí; Lauro Lopes pelo Paraná; Claro Godoy por Goiás; Moraes Paiva, líder do funcionalismo público; Ribeiro Júnior pelo Amazonas; Nereu Gojoso pelo Piauí; Bento Costa pelo Estado do Rio de Janeiro; Fernandes Tavares pelo Ceará; Jairo Franco e esposa, da bancada paulista; Pedro Aleixo e esposa; Teixeira Leite por Pernambuco; Xavier de Oliveira do Ceará; os jornalistas Gildar de Oliveira Lobo, Plínio Mello, Theóphilo de Andrade, Luiz Pereira Soare, Cesário Levy Carreiro, representando o ilustre frei Heráclito Souza; Theóphilo de Almeida; Manoel Pereira; Samuel Líbano, Antonio Martins Pereira; Anibal Prata e Sylvia Libânio; Moraes Paiva; o capelão Wolmar Carneiro da Cunha; Nilson E. Duat pelo *Correio do Norte*; Olga Teixeira Leite; Ernani Agrícola; Garcia Rosa e esposa; Amarílio Albuquerque, secretário do líder da maioria e esposa; Carlos de Oliveira Cruz, oficial do Gabinete do Ministro da Educação; Luthero Vargas Filho, oficial do Gabinete do Presidente da República; Moraes Paiva Filho; Francisco Martins Pereira; Henrique Duarte; Jeremias Sandoval; Manoel Monjardim; Francisco Nogueira e Octavio Indio. Acres-

centava o jornal que viria uma comissão de deputados, secretários, vereadores e autoridades a bordo do Pedro II, para cumprimentar e receber os ilustres visitantes, que desembarcariam no cais da Alfândega (*Diário da Manhã*, 11 de abril de 1937).

Para contar com a participação do povo a esse grande evento, as empresas de ônibus da capital disponibilizaram o transporte para a população assistir a essa solenidade de inauguração do leprosário de Itanhenga. Para tanto, foi cedida uma linha constante desses veículos, desde as 7h até a noite, partindo os carros das imediações do Clube Vitória, no Parque Moscoso, até o local das festas. As passagens, ida e volta, custaram 4\$000 (quatro mil réis) (*Diário da Manhã*, 11 de abril de 1937).

No dia da inauguração do leprosário, diversas autoridades fizeram o uso da palavra para enaltecer a obra de construção do leprosário de Itanhenga. O *Diário da Manhã* transcreveu na íntegra o discurso do deputado Mario Lima

Sr. Presidente

Nem só para as discussões das Leis que aqui a elaboram, serve a tribuna da assembleia. Dela podemos usar também para celebrar os grandes acontecimentos e exaltar os seus realizadores. Magnífico espetáculo me foi dado assistir, ontem na vossa companhia, srs. Deputados, em que desdobravam antes nossos olhos a paisagem deslumbrante de mais uma realização esplêndida do Governo laborioso, que nos felicita com sua inteligência moça e operosa, numa comunhão sublime, com o povo que com ele caminha lado a lado cobrindo-o com as flores da gratidão a que fazem jus os verdadeiros beneméritos.

Refiro-me a inauguração do Leprosário de Itanhenga aquela obra portentosa da civilização da nossa gente, obra que lá fora proclama os nossos cuidados de coração, o altruísmo do povo Espiritossantense e a carinhosa abnegação do seu governo.

O nosso Estado, no anseio sublime de marchar paralelo aos que mais se destacam no conceito da federação, tanto na esfera moral, como no material ou social, dia a dia se enche dessa clarividade, que lhe transfigura a vida em todos os seus quadrantes, enchendo dasmeses que só o trabalho fecundo dos seus homens públicos e o patriotismo dos seus filhos poderiam conceber.

A civilização não se resume num só empreendimento, o governo se tem desvelado em outros muitos, mas o que ontem assistimos, não pertence exclusivamente a esfera humana.

Aquele momento destinado ao abrigo e conforto dos deserdados da sorte, batidos pela dureza do infortúnio se tem os seus alicerces na terra e, todavia, a ponte que liga a terra ao infinito e o homem a seu Deus.

Nenhum expresso tão perfeito dos ensinamentos divinos pode existir mais esplêndido do que aquela que a maravilhosa cidade de Itanhenga mostra na sua bela finalidade. Se considerarmos um instante, a extensão da desgraça de todos aqueles atingidos pelo mal, mutilados pelo gérmen de Hansen, que lhe dilacera a carne, fazendo-a cair tocados, criando as lepromas que se desagregam insensivelmente do seu corpo inerte e depauperada dor física do aniquilamento em vida e a dos moral do desprezo a que são relegados, pela natureza cruel do suplício da doença, a mais triste reservada pelo destino aos seres humanos, sétimos entre as benções que a caridade distribui sobre nossa cabeça, sobre o Governo do Espírito Santo, árvore davidosa de onde nasceu esse fruto generoso, o orgulho de que somos, não orgulho de vaidade do benefício feito porque nela não há ideia de remuneração mas o orgulho glória interior, vida da alma voltada para o alto de que a paisagem da cidade inaugurada é um reflexo de luz.

Com os meus olhos de médico, o meu coração de médico, acostumados o sentir, o roçar navalhante do vento frio da miséria e da doença, no trato constante do infeliz enfermo, bem sentiui ontem senhor presidente a que todos nós apóstolos da medicina nos entregamos.

Aquele milagre que alia ciência preparou de mãos dadas com a lama de que concebeu e realizou a obra magnífica, só poderia descrevê-lo com as tintas claras do seu santificado objetivo, se vos levasse cauteloso a cabeceira de um leproso abandonado.

E no instintivo pavor vosso, anti o quadro horrível de um desmoronamento integral da vida em plena vida no contraste entre a desgraça que sepulta com a vida a própria vida, desgraça que o pincel mais hábil não poderia traçar e a felicidade do que cá fora, no burburinho da vida, gozam da liberdade, vereis então o que tudo

aquilo exprime. Lá em Itanhenga terão esses infelizes o médico dedicado e o enfermeiro amigo, unidos na luta contra o seu sofrimento, empregando o Chaulmoogra salvador, numa assistência carinhosa da caridade, que lhe garante o sustento, os remédios e os filhos queridos e dos melhorados a distração do cassino de diversão ali mesmo, e também ali o seu trabalho, a higiene do corpo, da alma e do espírito. Só a meditação de alguns minutos se evocando o quadro da miséria do leproso, diz alto o valor daquela obra (*Diário da Manhã*, 13 de abril de 1937, f. 1).

Ainda de acordo com o *Diário da Manhã*, no dia da inauguração, a cidade foi movimentada com aspecto festivo. O povo teria reconhecido a importância da obra e todos procuraram os meios de transporte normal para comparecer à inauguração daquele que consideravam um dos leprosários mais modernos do país. Lanchas, automóveis, ônibus, caminhões, desde cedo até a noite, transportavam os que lá estiveram, milhares de pessoas, para verem os 66 pavilhões do complexo do leprosário (*Diário da Manhã*, 13 de abril de 1937).

O interventor federal João Punaro Bley também fez uso do discurso e assim se pronunciou segundo o *Diário da Manhã* (13 de abril de 1937, p. 3).

Minhas primeiras palavras sejam de alegria e reconhecimento a V. Excia. Sr. Ministro da Educação e saúde Pública, pela honra que me concedeu, vindo dar a sua preclara presença, alta distinção a essa solenidade.

Em nome do nosso governo e no do grande povo laborioso Espírito Santense, registro a data de hoje, nos fatos de nossa vida pública, como uma das mais brilhantes e felizes.

Aos srs. Deputados federais, que aqui se encontram presentes, correspondendo amavelmente ao convite, as graduadas autoridades federais, que vieram abrilhantar este ato, aos ilustres membros do Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja presença nos sensibiliza, ao gracioso distinto elemento feminino, aos distintos representantes da imprensa, enfim a quantos participam desta cerimônia, em meu nome e no dos meus governados nossa cordialíssima gratidão.



A inauguração da Colônia de Itanhenga para leprosos que estamos realizando, além de permitir-nos o ensejo de evidenciarmos o avultado custo material de sua construção patenteia, no terreno das necessidades nosológicas do Brasil. O nosso esforço vigoroso, levantando esses tetos hospitalares em que se abrigam essas criaturas de cujos corações angustiados se esvaneceram todos os sonhos de alegria e de esperança, pós de ouro com que se tece a trama encantadora da vida!

Entre as realizações do meu governo, todas usando plenamente o bem estar e o progresso da comunhão Espírito Santense, reclamo um lugar especial para o interesse e boa vontade que jamais restringi no que concerne ao angustiante problema nacional da lepra. Em novembro de 1930, quando assumi a interventoria do Estado, o Serviço de Profilaxia da Lepra aqui se fazia, em proporções modestas com a cooperação do Governo Federal, contribuindo cada uma das partes com a quantia de 90 contos de réis anualmente. Em 1931, a União suprimiu a verba que nos dava para o referido serviço que o Estado, entretanto, manteve sem solução de continuidade, ampliando sempre essas dotações, dentro das possibilidades orçamentárias.

Do que tem sido as suas atividades fazem prova segura os seguintes informes estatísticos, que aproveite dos relatórios do dr. Pedro Fontes, dedicado e infatigável colaborador do meu governo, como chefe do Serviço de Profilaxia da Lepra ao qual se subordinaram teoricamente os trabalhos de construção da colônia de Itanhenga.

Em 1927, quando este zeloso e competente clínico assumiu a direção daquele serviço existiam no Espírito Santo 22 leprosos fichados.

Em 1928, após inquérito feito em todo o Estado, esse número ascendeu a 150 enfermos.

Em 1929, quando foi iniciado o recenseamento geral dos hansenianos, até o fim daquele ano, se tinham fixado 133 lazarentos.

Em 1930, continuando-se o recenseamento o número de leprosos cientificamente verificados avançou a cifra de 225, a qual se fixou em 340, quando os serviços do

censo se ultimaram. Em 1934, efetuada a primeira revisão nos quadros do recenseamento anteriormente feito, o seu número passou a ser de 400.

Em 1934, processada a terceira revisão censitária, a cifra trágica passou a ser de 500, vítimas do mal de Hansen.

Em 31 de dezembro de 1935 mais leprosos foram encontrados e o seu número acabou chegando a 595, o que não foi ainda o fim dessa escalada tétrica que estamos registrando cuidadosamente, com o propósito humanitário de sanear em todo território espirito santense dessa enfermidade apavorante, fixando-lhe um breve tempo, o último lazarento.

Em 31 de outubro do ano passado, conforme dado do dr. Pedro Fontes, os registros respectivos acusaram 675 leprosos, inclusive 89 casos suspeitos.

Aí está nessa sinopse impressionante evidente o perigo a que se vinha expondo a população do Estado e a razão robusta que me moveu sem tardança a por os meus melhores esforços na construção deste leprosário para abrigo e tratamento dos infelizes que a morféia implacável sela, com o seu estágio execrando.

Incontestáveis a urgência e a necessidade desta obra filantrópica em benefício da saúde pública, não vacilei em afirmar ao ilustre dr. Heráclides de Souza Araújo, que esteve em missão do Ministério da Educação e Saúde Pública para inspecionar os serviços de lepra no norte do país, e apresentar um plano geral de combate a essa enfermidade, achar-me disposto a realizar, neste Estado, esse oneroso serviço cabendo-me agora o sincero prazer de apresentá-lo concluído a V. Excia. dr Gustavo Capanema, de cuja boa vontade e patriotismo depende, representada em auxílios no valor de 790:000\$000 (Setecentos e noventa mil contos de réis) por intermédio de valor do seu ministério, uma parte importante na edificação deste leprosário, traçado e construído em moldes modernos que o tornam um dos mais completos neste gênero.

Dos doentes fixados, que aqui se instalaram, há cerca de 213 trabalhadores agrícolas, nos quais aqui, em Itanhenga com vasta área de terras para cultura e criação não lhes será difícil encontrarem meio idêntico ao de onde provieram, adaptando-se pois mais rapidamente as suas atuais necessidades de isolamento e também

com vantagem de ordem econômica, concorrendo com o seu labor para diminuir o custeio desta Colônia.

Este leprosário fica situado a 14 km da Capital, abrangendo uma superfície de 1.000 hectares de terras. Possui 65 pavilhões diversos, havendo sido os 13 primeiros inaugurados em 22 de maio de 1935 e os restantes 53 agora, nesta imponente solenidade.

Foram também, em acordo com o plano definitivo da obra, reconstruídos 10 prédios de antigos moradores da área desapropriada. A área coberta abrange uma dimensão total de oito mil metros quadrados. Por aqui se fizeram igualmente 20 km de estrada de rodagem e 15 em cerca de arame farpado fechando todo o contorno da colônia, desse modo isolada de contatos estranhos.

Fizemos construir mais 400 metros de muro separando a zona limpa da zona neutra e esta da de contágio. O custo final desta construção foi de 2.550 contos de réis, inclusive o preço do terreno, o abastecimento de água, o serviço de luz e telefone, as estradas de rodagem, a cerca de arame farpado, a construção dos edifícios novos, a reforma de outros encontrados, despesa com a instalação dos referidos prédios, aquisição de máquinas para a lavanderia material cirúrgico, utensílios de cozinha, camas, móveis, roupas etc...

Dessa importância total de 250 contos consumidos, apraz-nos declarar que 790 contos foram dados pelo governo federal, através do Ministério da Educação e Saúde Pública, a cuja frente o descortino administrativo do Exmo. Sr. Presidente da República teve a ventura de colocar a V. Excia, dr. Gustavo Capanema, sem nenhum favor, uma das mais brilhantes e fecundas mentalidades do Brasil moderno. Na construção deste Leprosário seria injustiça esconder o que também devemos a elevado espírito de cooperação da Chefia do Departamento Nacional do Café, que nos forneceu com a importância de 219 contos de réis, produto da venda de 3.000 sacas de café, doadas ao Estado, pelo dr. Armando Vidal, cujo nome declino neste momento, com amizade e gratidão. A Prefeitura Municipal de Vitória, na administração Seabra Muniz, demonstrando o seu desejo de cooperar nesta obra de assistência social, proveitosa a todos os espírito santenses, trouxe-nos o seu louvável apoio expresso em 25 contos de réis com que nos auxiliou. A quantia restante, ou seja, aproximadamente 1.500

contos de réis, foi fornecida pelo meu governo, empenhado sem esmorecimento na construção deste estabelecimento, que espero saberá cumprir, em benefício da humanidade, suas elevadas e filantrópicas finalidades.

A Colônia de Itanhenga está em condições de abrigar 350 leprosos e, em breve, poderá isolar não só todos os contagiantes fichados pelo Serviço de Profilaxia da Lepra, como também os não contagiantes que, deformados pela moléstia impiedosa estejam impossibilitados de prover a sua própria subsistência para atingirmos a esse *desideratum* contamos já com o novo auxílio de 200 contos de réis que o Governo Federal nos concedeu, no corrente exercício, os quais serão empregados na construção de mais 14 prédios para casados e um pavilhão especial para moléstias intercorrentes.

Com esta inauguração, entregue a Colônia de Itanhenga a sua humanitária finalidade, fica resolvido o problema da segregação dos morféuticos, estando agora o governo interessado em amparar os filhos dos leprosos isolados. Para esse efeito vão ser construídos uma granja e um preventório, a que se anexará uma creche, providências mediante as quais se resolverá esse outro problema, tão importante como o primeiro sob o ponto de vista social e profilático.

Estas obras, foram executadas administrativamente pelo Estado, através da Secretaria de Agricultura, a cujos bons esforços podemos agradecer a satisfação, no dia de hoje, desta grandiosa solenidade inaugural.

Mas, sr. Ministro, os cuidados do governo do Estado do Espírito Santo na solução do problema da lepra não se encerrará com esta cerimônia. O serviço continuará a se fazer sem interrupções como até agora tem se realizado, mantendo-se o dispensário da capital e sete no interior, cinco postos de vigilância, além das atividades incessantes de médicos recenseadores.

Só dessa forma, pela constante vigilância exterior e segregação imediata dos leprosos contagiantes, temos o Espírito Santo livre dessa fatalidade amargurante.

Não quero finalizar estas considerações, meus senhores, sem expressar o meu agradecimento incluindo a todas as pessoas desde os engenheiros e chefes de serviço, até

os humildes operários que o seu trabalho e a sua dedicação permitiram ao meu governo realizar este melhoramento, de tão grande e assinaladas proporções.

Ao dr. Pedro Fontes, cuja energia de ação surpreende pelos seus recursos constantes da capacidade, perseverança e zelo; ao dr. Manoel Barros engenheiro da Secretaria de Agricultura, que muito nos auxiliou como esclarecido técnico, na fase final e mais intensa da construção deste leprosário, ao dr. Celestino Quintanilha, a cujo bons esforços deve também, esta Colônia uma parte considerável de suas edificações, com a minha mais afetiva sinceridade, aqui lhe deixo por mim e pelo povo do Espírito Santo, o penhor de nossa gratidão.

Como podemos verificar, a inauguração do leprosário movimentou toda a cidade. Por meio de discursos que foram amplamente divulgados pela mídia local, tentavam vender uma imagem da eficiência do Estado no que concerne ao cuidado do povo, ao dispor a um segmento da sociedade a possibilidade de tratamento contra a doença lepra, escamoteando, entretanto, que, de fato, a preocupação maior naquele momento era impedir que a doença se alastrasse entre os sãos, até porque, nessa época, não se tinha efetivamente uma medicação que desse conta de curar aquela doença.

### *Considerações finais*

Se é verdade que a lepra foi uma doença negligenciada até as primeiras décadas do século XX, a partir de então, ela entra no radar do poder estatal que inicia uma política pública voltada para essa enfermidade.

Assim, com o intuito de dar conta do problema social que passou a ser enxergado pelo Estado, a lepra se torna alvo de ações que buscavam, entre outras, eliminar as doenças endêmicas que afligiam a população brasileira, em especial nas regiões do sertão.

No caso específico da lepra, o projeto governamental instituído tomou como prioridade a construção de locais para abrigar os leprosos, apartando-os da sociedade, uma vez que eles eram vistos como um perigo social, em especial, para os sãos. Tal ação contou com o aparato do Estado, mas também era legitimada pela sociedade e pela área médica, que coadunaram com a estratégia de combate à lepra.

A primeira iniciativa da intervenção do Governo Central foi a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra em favor do combate a doença, por volta

de 1915. A partir da década de 1920, houve uma tendência de ampliar essa ação governamental, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1923, que criou um regulamento que, entre outras decisões, previa a realização de censos, a instituição da obrigatoriedade da notificação da doença, a realização de exames periódicos nos familiares ou pessoas mais próximas dos doentes, campanhas de divulgação na imprensa sobre as formas de contágio e isolamento em colônias. A questão do isolamento dos doentes constitui-se na principal medida de profilaxia da lepra, motivo de diversas contendas entre médicos, jornalistas, políticos, damas da sociedade e outros grupos, uma vez que a preocupação era cada vez maior com o trânsito dos doentes de lepra.

No Espírito Santo, foram empreendidas medidas como a criação, em 1922, do Serviço de Profilaxia Rural, tendo como parte integrante a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Em 1926, chegou ao fim o Serviço de Profilaxia Rural, mas permaneceu a Inspetoria, ligada, a partir de então, à Diretoria de Higiene do Estado do Espírito Santo. Para chefiar essa Diretoria, foi convidado o doutor Pedro Fontes, transferido do Distrito Federal.

Na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas, esse médico promoveu mudanças em relação à situação geral da lepra no Estado, pois, seguindo as medidas nacionais de combate à doença, promoveu a contagem e registro de leprosos. Pedro Fontes organizou um levantamento estatístico dos pacientes de lepra e de possíveis casos previstos na capital do Estado e municípios vizinhos. Ao longo de uma década, os relatórios médicos indicavam um número de doentes três vezes maior do que os dados antes apresentados.

Conforme relatório elaborado pelo médico, em 1928, bastou percorrer algumas regiões do Estado do Espírito Santo e realizar um inquérito para verificar que o número de leprosos no Estado, na realidade, ultrapassava o que constava nos registros.

O médico Pedro Fontes, demonstrando preocupação com o controle da disseminação da doença, tratou de defender a construção de um leprosário. Afinal, os números “*encontrados*” legitimavam a necessidade e urgência do projeto. Em 1928, em ofício enviado ao presidente do Estado, Aristeu Aguiar, o médico destaca a urgência da construção de um leprosário.

Pedro Fontes estava sintonizado com o novo plano de ação do Governo Federal, que se apoiava na construção de leprosários em regiões diferentes,

para abrigar os doentes. Em 1933, o médico enviou uma carta ao interventor federal do Estado, capitão João Punaro Bley, reafirmando a urgência e necessidade da construção da Colônia no Espírito Santo. Segundo o médico, cerca de 300 leprosos aguardavam o isolamento e tratamento conveniente, o que sugere que, na visão do médico, tal tratamento somente seria possível com a internação na Colônia. Nesse sentido, Pedro Fontes argumenta que a construção do leprosário era urgente e resolveria o problema da profilaxia da lepra.

No relatório de 1934, a partir do recenseamento realizado, o médico reafirma que o número de leprosos no Espírito Santo era maior do que se pensava. As suas ações e suas repetidas reivindicações às autoridades governamentais apontam que Pedro Fontes seguia a tendência nacional de combate à lepra, que via o isolamento do leproso como o método mais eficaz de controle da doença.

Em 1935, a partir do Plano Nacional da Lepra, foi instituído o Decreto nº 7.117, que determinava o isolamento de todos os doentes diagnosticados no país. Logo em seguida, verifica-se a criação da Colônia de Itanhenga, no Espírito Santo, conforme o Decreto nº 5.967, de 7 de março de 1935. No entanto, apenas dois anos depois, em 11 de abril de 1937, ocorreu, na cidade de Cariacica, a instalação da Colônia de Itanhenga, leprosário para onde seriam recolhidos indivíduos com a doença ou suspeitos de tê-la contraído.

As instalações da Colônia de Itanhenga seguiram as plantas de edificação fornecidas pela Saúde Pública Federal, pelos Serviços de Profilaxia dos Estados de São Paulo e Minas Gerais e pela Seção de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz. Após visitas aos leprosários instalados em outros Estados, ficou definido que o modelo a ser seguido seria o da Colônia de Pirapitingui, de São Paulo, moderno e mais econômico.

A implantação da Colônia de Itanhenga em 1937, realizada em consonância com a política federal de controle da lepra, revela-nos um dos capítulos mais dramáticos da história da saúde pública no Espírito Santo. A instituição foi responsável por aplicar o isolamento compulsório dos leprosos como uma medida de política pública destinada a conter a propagação da doença, considerada um flagelo em crescente escalada.

## Referências

BARBOSA, Marialva Carlos. *História cultural da imprensa: Brasil (1900-2000)*. Rio de Janeiro: Mauad X, 2009.

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

CAPELATO, Maria Helena Rolim. *Imprensa e história do Brasil*. São Paulo: Contexto, 1988.

CYPRESTE, Dora Martins; VIEIRA, Alda. *Hospital Dr. Pedro Fontes, antiga Colônia de Itanhenga: do isolamento compulsório à ressocialização*. Vitória/ES: Secult, 2014.

COSTA, Dilma Avelar Cabral da. *Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas da 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 (1920-1945)*. 2008. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde)- Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4004>. Acesso em: 4 jan. 2024.

CURI, Luciano Marcos. *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*. 2010. 394 f. Tese (Doutorado em História)- Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2010.

DE LUCA, Tania Regina. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 111-153.

EIDT, L. M. *O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências*. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS2000.



FRANCO, Sebastião Pimentel; ARAUJO, Tania Maria de. Isolar e assistir: desafios do tratamento dos doentes de lepra na colônia de Itanhenga - Espírito Santo. *Revista Dimensões*, Vitória/ES, n. 47, p. 31-43, jul./dez. 2021.

FRANCO, Sebastião Pimentel; ARAUJO, Tania Maria de. Adoecer por lepra e com a doença conviver: apontamentos sobre a implantação da Colônia de Itanhenga/ES (1937) e o isolamento compulsório. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 325-348.

FRANCO, Sebastião Pimentel; HEES, Regina Rodrigues. *A República e o Espírito Santo*. 3. ed. Vitória/ES: Multiplicidade, 2003.

FRANCO, Sebastião Pimentel. A criação do leprosário de Itanhenga e os seus internos. In: MANTOVANI, Rafael; MOTA, André. *Saúde e espaço público na América Latina: do século XVIII ao XX*. São Paulo: Hucitec, 2023. p. 163-184.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce Chaves (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 73-93.

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). 2007. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: [http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007\\_MACIEL\\_Laurinda\\_Rosa-S.pdf](http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf). Acesso em: 25 maio 2015.

MANINI, Marli Penteado. A evolução da terapêutica. In: MONTEIRO, Yara Nogueira. *História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 49-58.

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. Estigma e isolamento social: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

PICCOLI, Mariana de Almeida. *Ideias de liberdade na cena política capi-*

*xaba*: o movimento abolicionista em Vitória (1869-1888). 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2009.

SANTOS, Vicente Saul Moreira. *Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra*: Ministério Capanema (1934-1945). 2006. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde da Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Luis Antônio de Castro; FARIA, Lina, MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, 2008.

SCOLFORO, Jória Motta. *O último grão de areia na ampulheta da vida*: poder, política e falecimentos nos periódicos *Correio da Victoria*, *Jornal da Victoria* e *O Espírito-Santense*. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

## ***Periódicos***

*Correio da Manhã*, 2 de fevereiro de 1934, p. 1

*Correio da Manhã*, 12 de março de 1931, p. 1

*Diário da Manhã*, 19 de junho de 1934, p. 1

*Diário da Manhã*, 1 de agosto de 1934, p. 1

*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3

*Diário da Manhã*, 23 de maio de 1935, p. 1

*Diário da Manhã*, 12 de janeiro de 1937, p. 10

*Diário da Manhã*, 11 de abril de 1937, p. 2

*Diário da Manhã*, 13 de abril de 1937, p. 3

*Correio da Manhã*, 25 de abril de 1937, f. 2B

## *Do Rio de Janeiro a Salvador e de Salvador para o Brasil: a nacionalização do posto de puericultura como política pública de assistência materno-infantil (1923-1945)*

Lidiane Monteiro Ribeiro<sup>1</sup>

O objetivo deste capítulo é analisar a transformação do posto de higiene infantil, organizado pelo pediatra baiano Joaquim Martagão Gesteira, em uma das bases da política pública do campo materno-infantil durante os primeiros anos de existência do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Este espaço assistencial é considerado um símbolo da modernização da assistência infantil na Primeira República. Consideramos que o posto de puericultura do DNCr se constituía como uma variação do complexo assistencial implantado em Salvador como parte das ações articuladas entre o governo federal e a filantropia na Bahia, por meio das ações do Serviço de Higiene Infantil (SHI) e da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI). O recorte desta análise compreende os anos de 1923, ano em que a LBCMI iniciou suas atividades, e 1945, ano em que o primeiro diretor do DNCr, o pediatra Olympio Olinto de Oliveira<sup>2</sup>, se afastou desta função. Ao

---

1 Bacharel e Licenciada em História, Mestre em História das Ciências e da Saúde e Doutoranda em História das Ciências e da Saúde.

2 Olympio Olinto de Oliveira (1866/RS -1956/RJ). Pediatra, puericultor e gestor federal de saúde materno-infantil durante toda a Era Vargas (1930-1945). Graduou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1887. Ainda enquanto estudante, frequentou os cursos livres de Pediatria oferecidos pelo Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Retornou a sua cidade natal logo após a formatura. Lá ajudou a fundar, em 1898, a primeira Faculdade de Medicina do estado, onde iniciou sua carreira no magistério regendo a cadeira de química biológica. Alguns anos depois tornou-se catedrático de “Clínica propedêutica médica e de anatomia e fisiologia patológicas”. Até que, em 1911, tornou-se catedrático da recém-criada Clínica Pediátrica Médica. Em 1917, optou por abandonar o magistério ao ser indeferido seu pedido de

final do primeiro quinquênio de existência deste órgão federal, a implantação de postos de puericultura pelo país já havia se consolidado enquanto uma política pública.

### ***Entre a capital federal e Salvador: a política materno-infantil na Primeira República.***

A Reforma Carlos Chagas criou o primeiro órgão público de assistência materno-infantil no país, a Inspeção de Higiene Infantil (IHI), em 1923 (Brasil, 1923). Ela funcionou subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e foi dirigida pelo pediatra Antônio Fernandes Figueira<sup>3</sup>, entre 1923 e 1928, a quem competiu a definição de suas atribuições e a orientação que seria impressa à política materno-infantil do órgão. Assim ele pode transmitir sua orientação científica à política pública em formação<sup>4</sup>.

---

transferência para a Clínica Médica. No ano de 1890, fundou o dispensário de crianças da Santa Casa da Misericórdia e atuou no serviço até seu retorno ao Distrito Federal, em 1918. Além da carreira médica, também se dedicou às artes de forma ampla. Segundo consta em sua biografia, ele foi um “musicista e crítico de arte (...), artista, homem de letras, poeta, conferencista (...)”. Fundou e dirigiu o “Instituto Musical Porto-Alegrense”, organizou a “Academia Rio-Grandense de Letras” e criou o “Instituto Livre de Belas Artes”. Sob o pseudônimo de Maurício Bohn, manteve uma coluna sobre artes no jornal *Correio do Povo*. Ao retornar ao Distrito Federal, em 1918, montou uma clínica pediátrica particular e reaproximou-se de Antônio Fernandes Figueira, de quem fora amigo de faculdade. Com a criação da Inspeção de Higiene Infantil, passou a atuar no Hospital Artur Bernardes. Sua vida como gestor em saúde pública materno-infantil teve início em 1930 quando, seu conterrâneo, Getúlio Dornelles Vargas, foi aclamado presidente do Brasil após a vitória do movimento de outubro daquele ano que derrubou a República Oligárquica. Nesta ocasião foi designado chefe da Inspeção de Higiene Infantil. Com a extinção deste órgão, em 1934, assumiu a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e reformulou as atribuições de assistência materno-infantil. Permaneceu no cargo de gestor quando, em 1937, a diretoria foi transformada em Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Por fim, fundou o Departamento Nacional da Criança, em 1940, tornando-se seu diretor. Retirou-se da vida pública com o fim do Estado Novo. (Overné, 2019).

3 Antônio Fernandes Figueira (1863 – 1928): Doutorou-se em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1900 concluiu sua célebre obra *Elementos de semiologia infantil*, que foi publicada em francês e projetou seu nome mundialmente. Em 1903, foi admitido como titular da Academia Nacional de Medicina e passou a dirigir a enfermaria de doenças infecciosas de crianças do Hospital São Sebastião. Na oportunidade, introduziu a prática de internar as crianças com suas mães. Em 1909, começou a dirigir a Policlínica de Crianças da Santa Casa, onde implementou o serviço de higiene pré-natal. Em 27 de julho de 1910, fundou a Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 1923, assumiu a chefia da Inspeção de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública. Sua gestão culminou com a instalação do Abrigo-Hospital Artur Bernardes, atualmente Instituto Fernandes Figueira. Retirado do site: [http://www.sbp.com.br/show\\_item.cfm?id\\_categoria=74&id\\_detalhe=1275&tipo=D](http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1275&tipo=D). Acesso em 02 de dezembro de 2016.

4 Segundo Sanglard e Rangel, Fernandes Figueira enumera algumas de suas teses sobre assistência materno-infantil no relatório do Congresso Nacional de Assistência Pública

O projeto médico-social da IHI definia que o público-alvo das ações da política materno-infantil seria a primeira infância, ou seja, a “idade da vida” que se estende do nascimento aos 12 meses de vida. Este primeiro ano de vida correspondia à faixa etária de crianças que corriam o maior risco de morte no país, identificado pelos altos índices de mortalidade infantil <sup>5</sup>.

A política de assistência adotada pela IHI concretizou-se por ações específicas como: “1- criação de consultórios de higiene infantil; 2 – propaganda sistemática dos ‘conselhos de higiene infantil’; 3 – manutenção das ‘escolas de futuras mães’ e 4 – incentivo à criação de creches mantidas pela filantropia” (Ferreira e Ribeiro, 2016, p.105).

Outra preocupação de Fernandes Figueira foi estabelecer a sintonia entre as ações públicas e privadas no âmbito da assistência à infância. Para isso, ficou determinado que caberia ao poder público regulamentar e fiscalizar as ações de assistência privada promovidas pela “boa filantropia”. Entre as atribuições da filantropia estava a manutenção de serviços que visavam preservar o vínculo mãe e filho, como as creches que acolhiam, temporariamente, as crianças durante o horário de trabalho da mãe. (Sanglard, 2016, p. 58 a 66).

No decorrer da existência da IHI (1923-1934), a política materno-infantil caracterizou-se por ter suas ações restritas ao Distrito Federal, situação que só se modificou com a criação do DNCR, em 1940. Sua ação nos estados demandava a realização de acordo entre o governo federal e os governos estaduais. O único estado brasileiro que realizou um convênio específico com o DNSP, para desenvolver ações no âmbito da higiene infantil, foi a Bahia. Para isso, criou o Serviço de Higiene Infantil (SHI), em 1923. No entanto, devido às limitações burocráticas, o SHI funcionou subordinado à Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural e tecnicamente, agia conforme

---

e Privada, ocorrido no Rio de Janeiro, em 1908. As medidas previstas nesse documento foram: a organização da fiscalização de lactantes por meio de um corpo de inspetores médicos formado pelo poder público; a obrigatoriedade por parte das instituições particulares de aceitarem o aleitamento natural como prática até os 6 meses de vida; substituição das rodas dos expostos pelos “escritórios de admissão” ou “registro livre”; a fundação de sociedades de atendimentos às puérperas e de proteção à amamentação materna; criação de consultórios de lactentes e a inspeção do leite destinado ao consumo infantil por parte do poder público (Sanglard, 2015, p. 139 e 140; Rangel, 2013, p. 113 a 115).

5 A mortalidade infantil é um dado estatístico elaborado a partir do coeficiente obtido entre o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em um determinado espaço geográfico, no período de um ano. Informação retirada do site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2000/fqc01.htm>. Consultado em 30 de outubro de 2020.

as diretrizes da IHI.

O fato de a Bahia ter sido o único estado a adotar as diretrizes da IHI pode ser explicado pelo fato de que Joaquim Martagão Gesteira, posteriormente diretor do SHI, integrava o mesmo círculo de amizades pessoais e acadêmicas que Fernandes Figueira, compartilhando as ideias em torno do projeto médico-social da IHI. Esta relação o levou a aceitar o convite para a instalação do serviço federal de higiene infantil no seu estado natal (Sanglard, 2016, p. 66-75).

Martagão Gesteira possuía projeção nos meios acadêmico e filantrópico baiano. Desde 1915, ele era catedrático de Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA) e chefe da Clínica de Crianças do Hospital Santa Izabel, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Neste local eram realizadas as aulas práticas da cadeira de pediatria. Também chefiava o serviço clínico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia <sup>6</sup> (Ribeiro, 2011; Moreira, 2019).

Embora Martagão Gesteira estivesse à frente em dois dos três espaços voltados à saúde materno-infantis existentes em Salvador, em nenhum deles pode aplicar a diretriz da IHI, de oferecer uma assistência profilática baseada na educação sanitária das mães e na divulgação dos preceitos de higiene infantil no cuidado com a primeira infância. Em ambos os locais que atuava se praticava a medicina curativa, que era destinada às crianças de várias faixas etárias (Ribeiro, 2011, p. 18 e 19). Em decorrência disto, houve necessidade de criar espaços assistenciais que ofertassem exclusivamente serviços de higiene infantil em Salvador.

Conforme Sanglard aponta, durante seus primeiros anos de funcionamento, a IHI se utilizou da estrutura da Policlínica das Crianças, uma entidade benemerente fundada na Santa Casa de Misericórdia, em 1909, cuja direção médica foi entregue a Fernandes Figueira (Sanglard, 2016, p. 75). Esta situação se manteve até a criação do Abrigo-Hospital Arthur Bernardes, em 1926, que se tornou o modelo institucional representativo da política materno-infantil da IHI. As ações assistenciais praticadas neste local atuavam no sentido de restabelecer a saúde de crianças acometidas por problemas alimentares graves e de oferecer educação sanitária durante as consultas e em cursos de higiene infantil destinados às mães. (Ferreira e

---

6 O IPAI-BA funcionava de forma similar ao IPAI existente no Rio de Janeiro e foi fundado em 1903, pelos médicos Alfredo Magalhães e Joaquim Augusto Tanajura (Ferreira e Freire, 2011).

Ribeiro, 2016, p. 108).

Em Salvador, a criação de espaços assistenciais compatíveis com as diretrizes da IHI foi feita pela filantropia, uma vez que, legalmente, o SHI não podia criar estes espaços. Com auxílio de doações e de médicos próximos a Martagão Gesteira, como o Dr. Álvaro Pontes Bahia (1891-1964), foi fundada a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil<sup>7</sup> (LBCMI), em 1923. O seu nome nos confere pistas sobre a sua finalidade, a redução dos índices de mortalidade infantil (Ribeiro, 2011).

Nos consultórios de higiene infantil, ou consultórios de lactentes, mantidos pela LBCMI, a ação assistencial consistiu na orientação maternal, no acompanhamento do desenvolvimento infantil por meio de pesagem e na correção de problemas leves ocasionados pela ingestão de alimentos não recomendados às crianças ou pelo leite em más condições de consumo. Nestes espaços era mantida a propaganda constante dos preceitos científicos da higiene infantil. Ou seja, a entidade seguia rigorosamente o modelo assistencial proposto pela política materno-infantil definida pela IHI.

As ações do SHI foram direcionadas à orientação de ações de iniciativas particulares que pretendiam implantar serviços de higiene infantil e creches e à fiscalização das ações assistenciais de instituições dedicadas à assistência e à educação infantil já existentes na cidade. Um exemplo da atuação do SHI foram as fiscalizações realizadas no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, local em que eram abrigadas as crianças que haviam sido abandonadas na “Roda” (Ribeiro e Ferreira, 2015).

Como pudemos observar, as atribuições da LBCMI e do SHI eram distintas. À primeira coube ações de assistência e de educação maternal e ao segundo atividades orientativas e fiscalizatórias. No entanto, na prática, as ações de ambos os serviços se misturavam, uma vez que possuíam o mesmo propósito de combate à mortalidade infantil e eram dirigidas pela mesma pessoa, Martagão Gesteira (Ribeiro e Ferreira, 2015, p. 250).

O principal serviço instalado pela LBCMI, com orientação do SHI, foi o dos consultórios de lactentes, devido à função de ser um espaço de educação das mães em princípios de higiene infantil. Entre 1924, ano de instalação do primeiro serviço da LBCMI, o consultório de lactentes “Regina Helena”,

---

<sup>7</sup> Atualmente a entidade é denominada Liga Álvaro Bahia contra a Mortalidade Infantil e possui um memorial que funciona no 1º piso do Hospital Martagão Gesteira.

e o ano de 1930, quando foi encerrado o acordo entre a IHI e o SHI, foram instalados 3 consultórios de lactantes pela cidade de Salvador, sendo que dois funcionavam fazendo atendimento misto, ou seja, atendiam também as crianças com até 7 anos de idade, os chamados “escolares” (Ribeiro, 2011, p. 69). O consultório de lactentes “Regina Helena” funcionava na sede da LBCMI, no prédio do Liceu de Artes e Ofícios. O segundo consultório foi instalado em prédio doado pela fábrica Luiz Tarquínio, no bairro da Boa Viagem, e o terceiro, no Hospital Santa Izabel.

Outros serviços foram criados, durante o período em que a LBCMI e o SHI atuaram conjuntamente (1923 - 1930), destacamos a creche, o consultório de higiene pré-natal, o laboratório de análises clínicas e o lactário. As creches tinham a função social de preencher a ausência da mãe durante o período em que estava no trabalho. A oferta deste serviço evitava que as crianças fossem deixadas com mulheres que faziam “criação à salário”, ou seja, cuidadoras de crianças. Os médicos reprovavam o serviço destas mulheres, acusando-as de manterem as crianças em péssimas condições de higiene e de oferecer alimentos condenados pelos preceitos da higiene infantil. De “boa filantropia” a “mal necessário”, as creches orientadas pelos preceitos da higiene infantil eram recomendadas, pois permitiam a manutenção dos cuidados corretos com a criança, mesmo na ausência da mãe. (Sanglard, 2015, p. 146; Vieira, 1988).

O laboratório de análises clínicas e o lactário serviam de suporte aos serviços dos consultórios. O lactário oferecia leite e mingaus às mães atendidas nos consultórios da LBCMI cujos filhos apresentassem algum tipo de distúrbio causado pela alimentação. Os consultórios de higiene pré-natal apresentavam as seguintes funções: diagnosticar patologias da mãe e do bebê, verificar estados mórbidos pré-existentes nas gestantes e educar as mães em matéria de higiene pré-natal e infantil. Três consultórios deste tipo foram instalados: um na sede da LBCMI, um na maternidade Climério de Oliveira e um na Boa Viagem (Ribeiro, 2011, p. 68).

As campanhas educativas promovidas pela LBCMI e pelo SHI eram oferecidas dentro e fora dos serviços de higiene infantil. Nos consultórios de lactentes a educação maternal era feita durante a consulta e por meio de cartazes afixados nas paredes das salas de espera. Em outros locais, a campanha educativa era feita por meio de conferências realizadas por Martagão Gesteira e pelos demais médicos da Liga, pela distribuição de brochuras, folhetos e cartazes sobre higiene infantil.



Cabia às visitadoras sanitárias o papel de estender aos lares a educação em higiene infantil que a mãe recebia no consultório de lactantes. Elas, as visitadoras, recebiam treinamento por meio de curso oferecido pela LBCMI e pelo SHI, que tinha duração de 4 meses e no qual aprendiam noções gerais de puericultura. A primeira turma de visitadoras sanitárias da LBCMI formou 20 mulheres e todas foram nomeadas visitadoras do consultório de lactentes. O corpo médico da entidade era formado por quatro pediatras, sendo que dois deles eram funcionários da IHI, um foi emprestado pelo governo estadual e o outro pertencia à Faculdade de Medicina da Bahia (RIBEIRO, 2011, p. 66 e 67; Ferreira e Ribeiro, 2016, p. 111).

No apagar das luzes do contrato estabelecido entre o governo estadual da Bahia e a IHI, foi inaugurado o “Instituto Batista Marques”. Este se tornou a sede oficial da LBCMI e foi aparelhado a partir de doação da família Martins Catharino. O local passou a abrigar os serviços de assistência médico-social e de educação maternal, que eram oferecidos em conjunto pela LBCMI e o SHI.

Observa-se, no quadro 1, os serviços de assistência materno-infantis criados pela LBCMI, sob orientação do SHI e instalados no “Instituto Batista Marques”.

**Quadro 1:** Serviços da LBCMI desenvolvidos sob orientação do SHI (1923 -1930)

	<b>Nome do Serviço</b>	<b>Tipo de Serviço</b>	<b>Objetivos</b>
<b>“Instituto Batista Marques”</b>	Consultório Pré-natal	Consultório de Higiene Pré-natal	Acompanhar o desenvolvimento da gravidez, tratar problemas que pudessem ocorrer durante este período e educar as mães.
	Consultório de Lactentes “Regina Helena”	Consultório de Higiene Infantil	Acompanhar o desenvolvimento de lactentes e crianças em idade escolar e educar as mães em higiene infantil.
	Lactário	Lactário	Distribuição de alimentos cientificamente preparados.
	Escola de Mãezinhas	Curso de Puericultura	Instrução em noções de puericultura para meninas em idade escolar
	Creche Fernandes Figueira	Creche	Abrigar temporariamente as crianças no horário de trabalho materno.

Fonte: Ribeiro, 2011.

A partir da inauguração do “Instituto Batista Marques”, Martagão Gesteira passou a denominar o espaço como “posto de higiene infantil”. A ideia de usar este nome era facilitar o entendimento do tipo de serviço que era prestado no local, não só por parte dos leigos, mas também para os médicos pouco familiarizados com o termo “consultório de lactentes”, denominação utilizada pela higiene infantil (Gesteira, 1923, p. 8-9 *apud* Ribeiro, 2011, p. 65).

Com exceção da creche, os serviços de puericultura listados acima e oferecidos no “Instituto Batista Marques” ou “Posto de higiene infantil” foram os mesmos que fizeram parte dos postos de puericultura criados pelo governo federal, a partir de 1940, por meio das ações do Departamento Nacional da Criança. O posto de higiene infantil implantado em Salvador pela LBCMI e pelo SHI, e orientado pela IHI, se tornou o modelo institucional representativo da política materno-infantil varguista, como veremos adiante.

A partir de 1930, a LBCMI passou a atuar sem a orientação técnica da IHI. Com relação à diretriz científica adotada pela entidade, não constatamos mudanças, o que está atrelado ao fato de que Martagão Gesteira se manteve como diretor da entidade filantrópica. No entanto, em termos financeiros, o rompimento do contrato causou impacto no quadro de funcionários, especialmente para aqueles que atuavam conjuntamente na LBCMI e no SHI e eram remunerados exclusivamente pelo serviço federal.

Entre 1930 e 1935, a LBCMI se dedicou à remodelagem da assistência prestada no Asilo dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. A entrada da LBCMI no Asilo dos Expostos havia sido feita por intermédio do SHI, que possuía autoridade para fiscalizar os serviços oferecidos no local, mas a construção dos novos serviços instalados no terreno da Santa Casa foi financiada por recursos filantrópicos e pelo governo estadual da Bahia.

A escolha dos serviços, que fizeram parte do complexo assistencial instalado pela LBCMI na Santa Casa, demonstra que foram orientados pelas diretrizes da higiene infantil, as quais definiam a política pública da IHI. Dentre os serviços instalados, constatamos a existência de um lactário, um museu de higiene, um abrigo maternal, o abrigo de meninos e a pupileira (Ribeiro e Ferreira, 201, p. 255), suas funções podem ser observadas no quadro 2.

**Quadro 2:** Serviços do complexo assistencial da LBCMI instalados na Santa Casa.

Serviços	Funções
Lactário	Oferta de leite materno às crianças abrigadas.
Museu de higiene	Promoção da educação maternal e campanhas educativas de forma geral.
Abrigo maternal	Acolhimento de mulheres grávidas sem amparo familiar.
Abrigo de meninos e pupileira	Cuidados à criança abandonada.

Fonte: Ribeiro e Ferreira, 2015, p. 255.

A política materno-infantil idealizada por Fernandes Figueira e implantada pela IHI era o modelo que Martagão Gesteira pretendia introduzir nacionalmente após ser convidado pelo presidente Getúlio Vargas, em 1935, para que fizesse pelo país uma obra similar àquela executada em Salvador (Gesteira, 1946, p. 10).

Em face do convite realizado pelo presidente, o nome de Joaquim Martagão Gesteira ganhou notoriedade nos jornais da capital federal. Nestas aparições eram noticiadas as inaugurações dos serviços de puericultura em Salvador, ou algumas das ilustres visitas recebidas nestes serviços, como foi o caso de João de Barros Barreto, chefe do Departamento Nacional de Saúde, e de Francisco de Assis Chateaubriand Bandeira de Mello<sup>8</sup>, dono dos *Diários Associados*<sup>9</sup>.

Assis Chateaubriand, aliado político de Vargas e entusiasta do complexo assistencial implantado por Martagão Gesteira em Salvador, foi o grande responsável por essa notoriedade. Nos meses de março e julho de 1936, publicou em *O Jornal* duas grandes matérias sobre o complexo assistencial

8 Francisco de Assis Chateaubriand Bandeira de Melo (Paraíba/1892 – São Paulo/1968). Formado em direito, exerceu a função de jornalista, se tornou empresário e criou e dirigiu o maior conglomerado de comunicação da América Latina: os Diários Associados. Se tornou o primeiro empresário brasileiro a fazer uma transmissão via televisão. É cofundador do Museu de Arte de São Paulo, cujas obras de arte foram arrecadadas em uma campanha filantrópica organizada por Chateaubriand. (Barata, 1971, p.95).

9 Segundo Mario Barata, os Diários Associados comportavam na década de 1970, 32 jornais diários, 25 estações de rádio (lideradas pelas tupis, a partir de 1935, e incluindo as Tamoio, Difusora de São Paulo, Guarani e Mineira, Farroupilha, Marajoara, Vitória, Ceará Radio Club, Poti, Rádio Sociedade da Bahia e Rádio Clube de Pernambuco, entre outras), 18 estações de televisão (entre elas, duas Tupis, a primeira instalado em São Paulo no ano de 1949), as Itacolomi e Alterosa de Belo Horizonte, a Marajoara, a TV Brasília, as Tvs Rádio Clube de Fortaleza e do Recife, a Piratini, entre outras) e várias revistas, sendo a revista *O Cruzeiro* uma das mais famosas. (Barata, 1971, p.95).

da LBCMI instalados na Santa Casa. A primeira matéria, intitulada *Uma notável obra de assistência social*, ocupou a metade da capa da edição de 24 de março de 1936 e teve três fotos do serviço. A segunda, *Crianças fortes e sadias – o magnífico exemplo da Bahia no terreno da puericultura*, publicada na página 8, ocupou quase toda a página (*O Jornal*, 8 de julho de 1936). Merece destaque os comentários publicados em *O Jornal* feitos por Barros Barreto após visitar os serviços baianos, os quais classificou como “a melhor pupileira do Brasil” e “modelares instituições de assistência”:

Foi o fecho de ouro da minha viagem a visita às instituições de assistência, com que o governo Juracy Magalhães vem dotando a Bahia. O pavilhão para pensionistas da maternidade da cidade do Salvador é, sem favor, o melhor que conheço do Brasil. A Pupileira, que tem o nome do ilustre governador, e que é o elo principal da cadeia de realizações devidas a orientação segura do professor Martagão Gesteira, é francamente inexcelável, pelo apuro técnico e gosto arquitetônico que presidiram a sua instalação. (*O Jornal*, 12 de setembro de 1936).

Um ano após o convite recebido, Martagão Gesteira se dirigiu ao Rio de Janeiro para debater com Olinto de Oliveira, que nesta ocasião era chefe da Divisão de Amparo Materno-Infantil (1937 – 1940), sobre sua participação nos serviços federais materno-infantis. Aproveitando a ocasião, fez uma visita ao presidente, acompanhado por Juracy Magalhães, aliado de Vargas, ex-interventor da Bahia e eleito governador em 1934. Nesta visita, entregou ao presidente um álbum com 77 fotografias, com breves explicações a respeito dos serviços de assistência materno-infantis realizados pela LBCMI e pelo recém-criado Departamento Estadual da Criança, que Martagão Gesteira havia idealizado para coordenar as ações estaduais de assistência materno-infantil na Bahia (*O Jornal*, 22 de julho de 1936).

A transferência de Martagão Gesteira para o Distrito Federal ocorreu em fevereiro de 1937, logo após a criação do Instituto Nacional de Puericultura (INP), por meio da Reforma Capanema. O INP consistiria em um órgão de pesquisa, de ensino e de formação profissional, que forneceria aos poderes públicos possíveis soluções para os problemas relacionados à saúde materno-infantil (Brasil, 1937). O projeto criador do órgão havia sido

traçado pelo próprio Martagão Gesteira, seguindo as orientações que havia impresso aos serviços materno-infantis desenvolvidos durante o período em que dirigiu a LBCMI e o SHI.

O projeto de política materno-infantil, defendido por Martagão Gesteira, pretendia manter as características administrativo-burocráticas da IHI, ou seja, planejava fazer do instituto de puericultura uma instituição irradiadora do modelo assistencial a ser seguido por outras instituições de mesma natureza. Para isso, no INP seria mantido um posto de puericulture dotado de serviços assistenciais modelares que serviriam de espaço de ensino deste arquétipo assistencial que deveria ser seguido por toda a rede pública e particular de assistência materno-infantil.

Embora a transferência de Martagão Gesteira para a capital federal tenha se dado mediante um convite feito pelo próprio presidente da República, conferindo ao pediatra algumas regalias, como a criação de uma nova cátedra de puericultura na Universidade do Brasil para recebê-lo, a realidade é que o projeto de política pública materno-infantil elaborado por Gesteira encontrou um cenário reformista bastante disputado. Dentre os atores em disputa figuravam os médicos sanitaristas, os juristas, as feministas e, por fim, um grupo que defendia a articulação de todas as iniciativas assistencialistas em torno de uma “ideologia do serviço social” (Pereira, 1992, p. 134; Pereira, 1999). Neste contexto, o projeto defendido por Olinto de Oliveira era o que possuía maior simpatia do presidente.

A política pública defendida por Olinto de Oliveira almejava criar um órgão federal autônomo e centralizado. O objetivo era que este órgão fosse o responsável pela coordenação nacional das ações materno-infantis nos estados e municípios brasileiros. O programa assistencial defendido por Oliveira preconizava a ampliação do público-alvo desta política, estendendo-a para todas as faixas etárias da infância, incluindo crianças e adolescentes. Com a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, em 1934, as crianças em idade escolar passaram a ser assistidas, mas foi somente com a criação do Departamento Nacional da Criança, em 1940, que a proteção foi estendida aos adolescentes. Este programa pretendia ainda ampliar a natureza das ações assistenciais, estendendo-as para além do combate à mortalidade infantil, e oferecer um sistema de proteção social, com ações de saúde, de educação e de assistência social, cuja principal agência foram os postos de puericultura. A

partir de 1937, Olinto de Oliveira passou a defender também a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura pelo país. A construção de uma rede nacional de postos regionais era o projeto de João de Barros Barreto para o Departamento Nacional de Saúde (Ribeiro, 2020).

O DNCr foi formado a partir do amálgama da política materno-infantil defendida por Olinto de Oliveira e por Martagão Gesteira obedecendo à lógica do programa da Saúde Pública. Este ponto de inflexão foi fundamental para convencer Getúlio Vargas a ceder ao projeto de política pública materno-infantil defendido por Olinto de Oliveira. O alinhamento do programa do DNCr ao programa de governo de Vargas, que demandava uma política social ativa, que pudesse ser materializada em cada canto do país, a partir de ações realizadas pelo próprio governo, ou por agências que o representassem, como a Legião Brasileira de Assistência<sup>10</sup>, foi ponto fundamental para definir a “vitória” de Olinto de Oliveira nesta “disputa” entre os médicos puericultores.

Foi no campo político-administrativo que ocorreram as mudanças mais sensíveis na política materno-infantil varguista. O órgão coordenador destas ações se tornou centralizado, autônomo com relação à saúde pública e passou a atuar nacionalmente. Isso significou que as ações de todos os serviços de proteção materno-infantis, públicos e privados, deveriam seguir as orientações do DNCr e que a ação nos estados independeria de acordos, pois seria realizada via departamentos estaduais da criança.

Entretanto, nem todo o projeto de Martagão Gesteira foi “perdido”. O posto de puericultura, instituição simbólica das ações do DNCr, era uma releitura do complexo de serviços de puericultura responsável pela modernização da assistência materno-infantil em Salvador e foi este modelo o escolhido para o aparelhamento da proteção materno-infantil em nível nacional.

---

10 Criada em outubro de 1942, a Legião Brasileira de Assistência fazia parte dos esforços de guerra do Brasil e sua função inicial foi amparar as famílias dos soldados alistados, mas acabou por promover assistência social de uma forma mais ampla em todos os estados e territórios brasileiros. Seu programa era extenso, incluindo ações de proteção à maternidade e à infância, de melhoria da saúde da população, de incentivo à educação popular, de elevação do nível de vida dos trabalhadores, de auxílio às associações beneficentes, ou seja, sempre ações voltadas para a população em estado de vulnerabilidade social (Barbosa, 2017, p. 60).

## ***De Salvador para o Brasil: o posto de puericultura na política materno-infantil do DNCr (1940-1945).***

O DNCr foi criado por meio do Decreto-Lei N.º 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que o definiu como o “supremo órgão de coordenação de todas as atividades nacionais relativas à maternidade, à infância e à adolescência”. De acordo com a estrutura burocrática do Ministério da Educação e Saúde, o órgão ficou subordinado diretamente ao ministro. Este foi o primeiro órgão federal coordenador das políticas materno-infantis que possuiu ingerência em todos os estados e municípios brasileiros. Para isso, definiu-se que deveria ser feita uma articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, pela qual competiria a estes últimos a execução da política materno-infantil e ao DNCr caberia as funções de definir e coordenar as ações a serem executadas (Brasil, 1940).

A política materno-infantil do DNCr teve como meta a proteção da criança em seu sentido mais amplo, oferecendo serviços de saúde, educação e assistência social. No outro lado desta política estava a mãe, cuja inclusão nos programas públicos sempre se deu a partir da relação de dependência e necessidade de seus filhos (Bock, 1994, p. 438; Alves, 2014, p.155). Conforme o decreto que criou o DNCr, suas finalidades seriam:

criar para as mães e para as crianças favoráveis condições que, na medida necessária, permitam àquelas uma sadia e segura maternidade, desde a concepção até a criação do filho, e a estas garantam a satisfação de seus direitos essenciais no que respeita ao desenvolvimento físico, à conservação da saúde, do bem-estar e da alegria, à preservação moral e à preparação para a vida (Brasil, 1940).

A proteção social passou a orientar as ações da política materno-infantil, entretanto, isso não significou o rompimento com os princípios da higiene infantil como base científica das ações de proteção materno-infantil. Deste modo, a educação sanitária das mães e a campanha sanitária em puericultura foram mantidas no programa de ação do DNCr. A ele foi acrescida a implantação de serviços de puericultura pelo país e a formação de profissionais de saúde especialistas em puericultura.

Com relação à instalação dos serviços de puericultura, o programa de Olinto de Oliveira para o DNCr manteve a indicação da maternidade e do posto de puericultura como serviços de primeira linha. Em 1942, o posto de puericultura foi recomendado como serviço essencial para a proteção materno-infantil em tempos de guerra, durante o VIII Congresso Pan-Americano da Criança (CPN), ocorrido em Washington, nos Estados Unidos (Comissão da Semana da Crianças, 1943, p.36 e 37.) Essa recomendação fez com que o programa do DNCr se voltasse com maior intensidade para subsidiar a implantação de uma rede nacional de postos de puericultura.

A recomendação do posto de puericultura pelo CPN deveu-se ao baixo custo de sua instalação e aparelhamento e pelo fato de que nele se ofertavam serviços de higiene infantil e pré-natal, considerados fundamentais para a proteção materno-infantil. No Brasil, o critério de escolha deste serviço considerou também a baixa complexidade técnica requerida para sua manutenção (Oliveira, 1942, p. 6), uma vez que sem o número de funcionários técnicos suficientes seria difícil coordenar a construção de serviços mais complexos pelo país<sup>11</sup>.

Com a criação do DNCr em 1940, Olinto de Oliveira concretizou parcialmente o projeto de criação de um órgão autônomo e centralizado de proteção materno-infantil, com autoridade para estender seu raio de ação para o interior do país. Desse modo, o modelo de política materno-infantil descentralizado e local, praticado pela IHI, foi encerrado.

Por outro lado, no campo da assistência médico-social, não percebemos uma reorientação dos conhecimentos científicos que embasaram a proteção materno-infantil do DNCr. A prática assistencial manteve as características preconizadas pela higiene infantil, ou seja, a educação sanitária das mães e a alimentação continuou sendo o foco destas ações. O que ocorreu foi que, com a ampliação do público-alvo do DNCr, que se tornou responsável pela proteção médico-social de crianças de todas as idades, ampliaram-se as recomendações sobre como deveria ser feita a alimentação correta, do aleitamento natural à dieta da família. A oferta de alimentos para a criança e para a família passou a fazer parte das ações de proteção materno-infantil

---

11 Limitações de natureza operacional dificultaram a ação do DNCr. Faltava-lhe profissionais para a realização de serviços burocráticos e recursos financeiros para financiar o funcionamento do DNCr e a criação e manutenção dos postos de puericultura. Seu corpo técnico permaneceu o mesmo daquele existente desde os tempos da IHI. O DNCr resumia-se na ação de 13 médicos puericultores. (Ribeiro, 2020, p. 216).



e se constituiu em uma novidade relacionada às modificações do papel do Estado, que passou a incorporar esta função.

A historiografia permite observar que o modelo ideal dos postos de puericultura implantados pelo DNCr não foi um ponto de inflexão no processo de institucionalização das políticas de assistência materno-infantil varguista (Marcílio, 2008; Sanglard e Ferreira, 2010; Pereira, 2006; Birn, 2007). Embora os postos de puericultura do DNCr fossem inspirados pelo conceito de “proteção médico-social”, uma concepção mais ampla dos “problemas da infância”. No entanto, foram preservadas as ideias e as práticas da tradicional “higiene infantil”, adotadas pela Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) e que privilegiavam as ações relacionadas às questões da alimentação (amamentação) durante a “primeira infância”. Como foi apontado por Ferreira e Ribeiro,

As estruturas básicas que compõem o posto de puericultura foram reunidas inicialmente nos complexos assistenciais criados no Abrigo Hospital Arthur Bernardes, no período em que esteve sob a gestão Fernandes Figueira (1923-1928), e na Santa Casa de Misericórdia de Salvador, no período em que os serviços assistenciais da Casa Pia foram remodelados pela LBCMI, em 1930. Ambos foram símbolo da modernização da assistência à infância em andamento no país durante o período da Primeira República e responsáveis por elaborar um paradigma assistencial que serviu de base para as políticas públicas do campo materno-infantil elaboradas durante a Era Vargas (Ferreira e Ribeiro, 2016, p. 115).

Em sua configuração padrão o posto de puericultura oferecia todos os serviços de natureza médica, social e educativa, os quais compunham o modelo de proteção social defendido pelo DNCr. Por este modelo, os cuidados médicos e sociais deveriam ser oferecidos à mãe e à criança. Segundo esta lógica, a assistência deveria ser iniciada oferecendo à mulher o acompanhamento pré-natal para que ela tivesse condições de ter uma gravidez saudável. Após o parto, que deveria ser acompanhado pelo médico obstetra ou pela parteira certificada, a criança se tornaria o foco dos cuidados médicos e sociais, da lactação à idade escolar. Toda essa assistência preventiva, focada no

acompanhamento contínuo da criança e da educação sanitária das mães, objetivava proporcionar um desenvolvimento saudável, com vistas a evitar o adoecimento. Este posto deveria ser constituído por serviços de higiene pré-natal, higiene infantil, lactário, cantina maternal e um clube de mães (Ribeiro, 2020, p. 119 e 120). Bastante similar, portanto, ao posto de higiene infantil instalado no Instituto Batista Marques que vimos anteriormente.

A manutenção do projeto médico-social da política materno-infantil da IHI e do SHI pode ser creditada a alguns dos médicos que estiveram à frente dos órgãos públicos (acadêmicos e assistenciais) dedicados à saúde pública materno-infantil varguista que haviam trabalhado diretamente com Fernandes Figueira. A análise feita por Sanglard revela a formação de uma rede de influências na clínica pediátrica, desenvolvida a partir do trabalho de Fernandes Figueira no comando da Policlínica das Crianças e da IHI e indica que nomes como Adamastor Barbosa<sup>12</sup>, Joaquim Martagão Gesteira, Olympio Olinto de Oliveira, Gastão de Figueiredo<sup>13</sup> e Mário Olinto de Oliveira<sup>14</sup> como integrantes dessa “escola” de pediatria. (Sanglard, 2016, p. 66 a 75).

Os postos de puericultura do DNCr preservaram o caráter profilático e educativo, mantendo, no centro de suas preocupações sanitárias, a prevenção aos problemas alimentares dos lactentes. Sobre isso, explicava Olinto Oliveira:

Os estudos dos médicos e higienistas mostram que os pequeninos, quando criados mediante certas regras, por mães cuidadosas e bem orientadas, sob a direção de um médico competente, raramente adoecem. E quando tal aconteça, a vigilância a que estão submetidos permite descobrir a doença logo nos seus primeiros indícios, e combatê-la antes que tenha dominado o organismo, revestindo formas graves e frequentemente incuráveis, antes que o organismo, trabalhado pela doença, se torne fraco, perca as suas resistências, e guarde lesões que lhe prejudiquem o desenvolvimento. E não falemos nos dias de moléstia, nos sofrimentos do doente, nas afli-

---

12 Diretor do serviço de gota de leite do Instituto Nacional de Puericultura.

13 Chefe da Divisão de Cooperação Federal do DNCr.

14 Diretor do Instituto Nacional de Puericultura criado em 1941. Este instituto é diferente do INP criado por Martagão Gesteira. Enquanto o instituto criado por Gesteira deu origem ao atual Instituto de Puericultura e Pediatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o instituto criado em 1941 é, atualmente, o Instituto Fernandes Figueira, pertencente à Fundação Oswaldo Cruz.

ções e trabalhos para os pais, nas despesas. É melhor não adoecer (Oliveira, 1944, p. 4).

O pediatra manteve esta orientação enquanto esteve frente à chefia do DNCr. A documentação sobre os postos de puericultura ressaltava os propósitos profiláticos da política pública de proteção médico-social materno-infantil:

Nas capitais e principais cidades do país existem organizações diversas mais ou menos complexas, destinadas a salvar a saúde da criança nos diferentes períodos da sua existência: Centros de Puericultura com consultórios para crianças e futuras mães, lactários e cantinas maternas; Associações de proteção à infância; Institutos de assistência à infância, hospitais, creches, maternidades etc. No ponto de vista que nos ocupa no momento, a mais importante dessas organizações são as primeiras, quer dizer, aquelas a quem cabe especialmente manter a saúde das crianças, evitar que elas adoçam (Oliveira, 1944, p. 3).

A opção pelos dos postos de puericultura, como foco da política materno-infantil varguista, também tinha razões pragmáticas: a simplicidade organizacional e técnica e o menor custo de instalação. Segundo Olinto de Oliveira,

Simples e sumários em sua organização e no seu funcionamento, pouco dispendiosos, familiares por assim dizer, e de eficácia comprovada, (...). Pouco importa que se localizem num centro de saúde, nos fundos de uma igreja ou de um colégio, num barracão ou nos porões de um palácio. O Departamento preconiza também o Posto ambulante, em um caminhão para percorrer pequenos povoados, ou em pequeno barco a motor para atender a populações ribeirinhas (Oliveira, 1944, p. 6).

Nesse ponto, o pediatra retomava ao argumento de Fernandes Figueira, o qual assinalava que os consultórios de lactentes deveriam ter baixo custo de implantação e apoio da filantropia, com vistas a facilitar sua

difusão pela cidade. Para Fernandes Figueira bastava “uma sala, um médico, o mobiliário pobre, a balança e o microscópio com os seus acessórios” (Sanglard, 2015, p. 146).

A recomendação feita pelo VIII Congresso Pan-Americano da Criança, de utilizar os postos de puericultura como medida de proteção materno-infantil no contexto de guerra, reforçou a recomendação do uso do posto de puericultura como serviço modelar do DNCR. Não ao acaso, foi também a partir deste ano, 1942, que o posto de puericultura passou a receber mais verbas do DNCR.

Para o período de 1939 a 1945<sup>15</sup>, as maternidades e os postos de puericultura foram os serviços de proteção materno-infantil que mais receberam subsídios por parte do DNCR. Se considerarmos todas as maternidades cuja construção recebeu auxílio federal neste período, quantificaremos um total de 68 maternidades<sup>16</sup>. Os postos de puericultura aparecem logo em seguida, tendo em conta aqueles que funcionavam de forma anexa a alguns serviços, como na casa da criança<sup>17</sup> e nas maternidades, temos um total de 67 postos de puericultura, ou seja, a diferença entre ambos é de somente um serviço.

Os serviços de assistência médica ambulatorial aparecem em terceiro lugar, com um total de 16 serviços. Esses eram representados pelos hospitais infantis e centros de puericultura<sup>18</sup>. Tais dados indicam que a divisão dos recursos do DNCR para o subsídio dos serviços de proteção à maternidade e à infância, foi realizada em consonância com o seu programa de ação e que

---

15 Apesar do DNCR ter sido criado somente em fevereiro de 1940, Olinto de Oliveira considera as obras iniciadas em 1939, as quais tiveram continuidade nos anos seguintes, como parte do plano de ação do DNCR.

16 Dados para os anos de 1939-1944: Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Dados para o ano de 1945: Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Dr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCR. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945. pp.39 a 43.

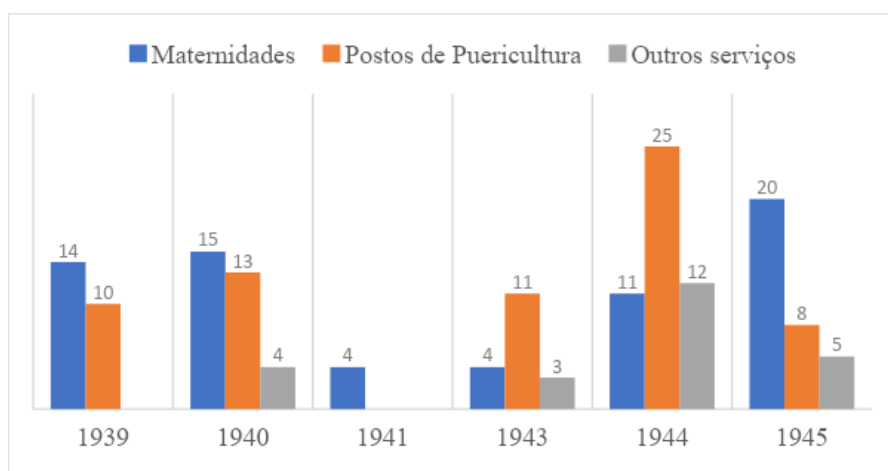
17 Era considerado casa da criança todo serviço que agrupasse um posto de puericultura, uma creche, uma escola maternal, um jardim de infância e uma pequena agência de serviço social. (Bartholomeu, 1945, p.17).

18 Os centros de puericultura eram compostos por postos de puericultura e ambulatórios de pediatria. (Bartholomeu, 1945, p.17). No centro de puericultura, os serviços de profilaxia de problemas alimentares infantis funcionavam de forma conjunta aos serviços ambulatoriais. Por fugirem ao modelo de funcionamento do posto de puericultura padrão do DNCR, não os consideramos ao quantificar o montante de postos de puericultura subsidiados pelo DNCR.

consistia em “criar o maior número possível de estabelecimentos destinados a realizar os seus objetivos de primeira linha. São eles: o posto de puericultura, o ambulatório pediátrico e a maternidade e ao lado deles as associações de proteção à infância” (Oliveira, 1942, p.6).

No gráfico 1, observaremos a quantidade de maternidades e postos de puericultura conforme o ano em que estes serviços receberam a verba do DNCr pela primeira vez <sup>19</sup>.

**Gráfico 1:** Quantidade de maternidades e postos de puericultura subsidiados pelo DNCr no período de 1939 a 1945 <sup>20</sup>



Fonte: RIBEIRO, 2020. Dados para os anos de 1939-1944: Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Dados para o ano de 1945: Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Cr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*, 1945. p. 39 a 43.

19 Após o início do recebimento do subsídio federal pela primeira vez, o serviço de proteção materno-infantil poderia receber verbas em outros anos para a continuidade das obras.

20 Três maternidades tiveram sua construção iniciada em 1941, mas os recursos para sua construção vieram de subsídios de anos anteriores. Uma delas ficava em Natal, no Rio Grande do Norte, e recebeu o valor de Cr\$ 600.000,00. As outras duas ficava no estado de Minas Gerais, nas cidades de Belo Horizonte e Itajubá, nos valores de Cr\$ 100.000,00 e Cr\$ 50.000,00, respectivamente. Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

Para os anos de 1939 e 1940, observamos que o número de maternidades subsidiadas era um pouco maior que o número de postos de puericultura. Em 1943 e 1944 essa situação se inverteu, o número total de novos postos implantados (36) passa a ser maior do que o somatório de todos os demais serviços (30) cujas obras iniciaram naqueles anos.

A inversão destes números é justificada pelo fato de que nos anos de iniciais de funcionamento do DNCr, o posto de puericultura ainda não havia sido escolhido como a instituição modelar para o seu programa de proteção materno-infantil. Porém, como vimos, essa situação se modificou a partir de 1942.

Observa-se nova inversão em 1945, no entanto, desta vez, o número de novos postos de puericultura cuja construção recebeu subsídios do DNCr é reduzido a um número inferior ao do ano de 1939. Essa mudança está relacionada ao início da atuação da Campanha de Redenção da Criança<sup>21</sup> como gerenciadora do programa de implantação dos postos de puericultura com recursos oriundos de doações filantrópicas, o que certamente influenciou o DNCr a selecionar outros serviços de puericultura para receber o auxílio federal.

### *... De volta à Bahia.*

Ao longo da gestão Olinto de Oliveira, o DNCr trabalhou em prol do aparelhamento da proteção materno-infantil e neste período, o posto de puericultura idealizado por Antônio Fernandes Figueira e Joaquim Martagão Gesteira se converteu na instituição símbolo do modelo de proteção social definido pelo departamento. Até 1945, foi construído um total de 185 postos de puericultura pelo país, sendo: 67 subsidiados pelo DNCr e construídos por associações de proteção à infância ou prefeituras, 59 custeados com recursos oriundos da CRCr captados por doação filantrópica e 59 subvencionados com recursos do governo estadual de São Paulo (Ribeiro, 2020, p. 165). Dentre esses, seis foram construídos na Bahia, sendo três deles

---

21 A Campanha de Redenção da Criança foi uma ação coletiva coordenada pelo conglomerado jornalístico conhecido como Diários Associados e pelo órgão federal de assistência, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), com orientação técnica do DNCr. A estratégia adotada pela CRCr foi mobilizar a sociedade civil em torno de um movimento filantrópico de âmbito nacional que visava arrecadar os recursos financeiros, materiais e humanos necessários para a implantação da rede nacional de postos de puericultura. Nesse sentido, a CRCr foi uma espécie de agência executiva que gerenciava uma parte do programa de proteção materno-infantil do DNCr. (Ribeiro, 2020, p. 110).

financiados pelo DNCr e os outros três financiados pela CRCr. As cidades escolhidas para receberem estes serviços foram: Santo Antônio de Jesus, Castro Alves, Santo Amaro, São Felix, Feira de Santana e Salvador<sup>22</sup>.

## **Referências**

ALVES, Ismael Gonçalves. *Re (construindo) a maternidade: as políticas públicas materno-infantis brasileiras e suas implicações na região Carbonífera Catarinense (1920-1960)* 294f. Tese. (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

BARATA, Mário. *Presença de Assis Chateaubriand na vida brasileira*. São Paulo: Martins, 1971.

BARBOSA, Michele Tupich. *Legião Brasileira de Assistência (LBA): o protagonismo feminino nas políticas de assistência em tempos de guerra (1942-1946)*. 244 f. Tese. (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

BARTHOLOMEU, Hermes. *Unidades de serviço da competência dos Departamentos Estaduais da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1945.

BIRN, Anne-Emanuelle. Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, ciências, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul-set. 2007, p. 677-708.

BOCK, Gisela. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (Org.). *História das mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento, 1995. v. 5, p. 440- 453.

BRASIL. DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Retirado do site [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1910-1929/d16300.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d16300.htm). Consultado em 12 de novembro de 2016.

---

22 Para os dados referentes aos postos construídos pelo DNCr, consultar: Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV. Para os dados referentes aos postos construídos pela CRCr, consultar: Ferreira, 1945.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, Da nova organização ao Ministério da Educação e Saúde. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acessado em 9 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei Nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. Retirado do *site* <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Consultado em 12 de outubro de 2019.

Crianças fortes e sadias – o magnífico exemplo da Bahia no terreno da puericultura. *O Jornal*, 8 de julho de 1936.

COMISSÃO DA SEMANA DA CRIANÇA. *Aspectos atuais do problema da criança – conclusões e recomendações do VIII Congresso Panamericano da Criança*. Sergipe, 1943.

Divisão de Cooperação Federal. Relação dos auxílios para realização de obras de proteção à maternidade e à infância nos Estados, nos anos de 1939 a 1944. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.06.22. CPDOC/FGV.

FERREIRA, Annita Carpenter. *Relatório das atividades da Campanha de Redenção da Criança*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

FERREIRA, Luiz Otávio; RIBEIRO, Lidianie Monteiro. “Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e na Bahia (1921-1933). SANGIARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 101 – 118.

\_\_\_\_\_ ; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: BARRETO, Maria Renilda Nery.; SOUZA, Christiane Maria Cruz de (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri/ SP: Minha Editora, 2011.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Discurso do Professor Gesteira. *Boletim do Instituto de Puericultura*. Rio de Janeiro: 1946, ano IV.



Moreira, Virilene. A Pediatria na Bahia: Martagão Gesteira (1884-1954) e a implementação de um campo científico, 1916-1937. *Circumscribere: International Journal for the History of Science*, 24. 2019.

OLIVEIRA, Olympio Olinto de. *Postos de Puericultura*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1944.

OLIVEIRA, Olinto. O Departamento Nacional da Criança e o seu programa de ação. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 2, n.º 10, setembro de 1942.

OVERNÉ, Cláudio Amaral. *O Departamento Nacional da Criança e a gestão Olímpio Olinto de Oliveira, a “arte de cultivar a infância, a sementeira da pátria” (1940 a 1945)*. 338f. Tese. (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Os serviços de proteção a infância na Bahia, um álbum demonstrativo oferecido pelo governo daquele estado ao presidente da república. *O Jornal*, 22 de julho de 1936.

PAPAVERO, Claude. *Alegrias e desventuras do paladar: a alimentação no Brasil holandes*. Revista de Nutrição, Campinas, v. 23, n.1, p. 137-147, jan./fev. 2010.

PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 38, 1999, p.165-198.

PEREIRA, André Ricardo. *Políticas sociais e corporativismo no Brasil: o Departamento Nacional da Criança no Estado Novo*. 326p. Dissertação. (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1992.

PEREIRA, Junia Sales. *História da Pediatria no Brasil – de final do século XIX a meados do século XX*. 206p. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

Plano de distribuição, aos estados e municípios, do auxílio financeiro do Dr\$ 5.000,00 no ano de 1945, por intermédio do DNCr. *Boletim Trimestral do Departamento Nacional da Criança*. Rio de Janeiro: ano 5, n.º 21 e 22, abril a setembro de 1945.

RANGEL, Rosângela Faria. *Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira República*. 223p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. *Da educação sanitária à proteção social: planos, disputas e ações da política da assistência materno-infantil no Brasil, 1934-1945*. 242p. Tese. (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

\_\_\_\_\_. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935*. 152p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro, FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina e filantropia contra o abandono institucionalizado: transformações da assistência à infância na Bahia (1923-1935). In: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia. *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV 2015, p. 246-258.

SANGLARD, Gisele. “Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno”. SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas públicas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. pp. 57-81.

\_\_\_\_\_. “Filantropia e política pública: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro na Primeira República”. In: SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha; BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia. *Filantropos da Nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV 2015, p. 133-148.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v.26, n.44, dez 2010, p.437-459.

Uma notável obra de assistência social. *O Jornal*, 24 de março de 1938;

Uma visão dos serviços médicos nos estados nortistas. *O Jornal*, 12 de setembro de 1936.

VIEIRA, Livia Maria Fraga. Mal necessário: creches no Departamento Nacional da Criança (1940-1970). *Cadernos de pesquisa*, n.º 67, p. 3-16, novembro de 1988.

## Entre saberes médicos e dinâmicas coloniais em Moçambique (1940)<sup>1</sup>

Keith Valéria de Oliveira Barbosa<sup>2</sup>

As reflexões em torno das histórias africanas se inserem de forma relevante nas discussões contemporâneas, que têm rompido o desafio de narrar uma história homogênea dessas sociedades para caracterizá-las por um importante dinamismo cultural e uma complexa organização social<sup>3</sup>. De acordo com Leila Hernandez (2008), observar as especificidades do exercício de dominação colonial, considerando que isso depende da relação de dominação estabelecida por cada império, “não se constituiu – em nenhum deles – uma forma homogeneizadora. Prevaleram os entrelaçamentos construídos por apropriações tanto por parte dos colonizados quanto dos colonizadores” (Hernandez, 2008, p. 612). Logo, argumenta-se que em contraponto às imagens generalizantes e estereotipadas sobre o continente africano, as sociedades outrora marcadas pela experiência do colonialismo europeu devem ser examinadas nas várias expressões de sua história e cultura, ou seja, “essa história não conta apenas sobre vítimas, mas também sobre resistências, contatos, trocas e conflitos” (Parada; Meihy; Mattos, 2013, p. 179).

---

1 Essa discussão retoma o tema que foi publicado na Revista Canoa do Tempo no Dossiê 2021.2: Experiências coloniais na África: instituições, dinâmicas e sujeitos. Disponível em: [https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/Canoa\\_do\\_Tempo/issue/view/436](https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/Canoa_do_Tempo/issue/view/436). Acesso em: 03/03/2024. Esta pesquisa contou com recursos do edital Universal (MC-TIC/CNPq n. 28/2018-2020 – Universal; Processo n. 439.472/2018-0).

2 Professora do Curso de História da Universidade Federal do Amazonas e do Programa de Pós-Graduação em História (PPGH-UFAM).

3 Sobre o desenvolvimento dos estudos africanos que foram produzidos no Brasil, ver: SCHLICKMANN, Mariana. A Introdução dos Estudos Africanos no Brasil (1959 – 1987). Curitiba: CRV, 2016.

Na área dos estudos africanos, iniciado na década de 1990, os estudos coloniais e pós-coloniais têm demonstrado através de novos percursos teóricos e metodológicos que é necessário rediscutir as consequências trágicas dos projetos imperialistas que acompanharam o colonialismo na África em suas múltiplas dimensões, cultural e social. Segundo Frederick Cooper (2016), para examinar o colonialismo torna-se necessário privilegiar novas fronteiras e temas que rompam com a dicotomia redutora entre colonizados e colonizadores. Dessa forma, direcionar o olhar crítico para as múltiplas tensões no interior dos impérios, dando ênfase à agência dos colonos, das populações nativas e às expressões do domínio colonial, pode suscitar novas questões e ferramentas analíticas para investigação no campo dos estudos africanos através da investigação de tais processos históricos, observando a complexidade das relações sociais e o caráter artificial destas dicotomia (Cooper, 2016, p. 93-94).

Nesse sentido, destaca-se a importância dos acervos coloniais para os estudos das doenças, das práticas e saberes médicos intrínsecos às dinâmicas coloniais no território africano oriental, ou seja, no período que território da atual República de Moçambique esteve submetido ao controle colonial português, o qual foi caracterizado pela emergência de novos contextos médico-científicos<sup>4</sup>. Ao considerar-se o conjunto de saberes e práticas médico-científicas no contexto colonial, talvez possamos coletar novas pistas

---

4 A medicina tropical configurou-se como uma importante especialidade médica, na transição do século XIX para o século XX, no contexto da instalação do colonialismo luso-africano. Segundo Silva (2018), “A necessidade de combater as enfermidades que os europeus encontravam em seus impérios coloniais esteve na origem da institucionalização da medicina tropical no lusco-fusco do século XIX para o XX com a fundação de centros de pesquisa nos principais países da Europa: na Grã-Bretanha, pioneira neste quesito, com a Liverpool School of Tropical Medicine (1898) e a London School of Tropical Medicine (1899); na Alemanha com Hamburger Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten (1900); em Portugal com a Escola de Medicina Tropical de Lisboa (1902) e na França com a École du Pharo (1905)” (SILVA, Ewerton Luiz Figueiredo Moura da. “Breves considerações sobre a medicina tropical no mundo lusófono: o caso das tripanossomíases humanas (doença do sono e doença de chagas) nos primeiros anos do século XX”. In: Khronos. Revista de História da Ciência, n. 5, maio de 2018, p. 125. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/khronos>>. Acesso em: 14/07/2019). Ver importantes discussões em: AMARAL, Isabel M. “The Emergence of Tropical Medicine in Portugal: The School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935)”. In: Dynamis, v. 28, 2008, p. 301-328. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/24028197\\_The\\_emergence\\_of\\_tropical\\_medicine\\_in\\_Portugal\\_The\\_School\\_of\\_Tropical\\_Medicine\\_and\\_the\\_Colonial\\_Hospital\\_of\\_Lisbon\\_1902-1935](https://www.researchgate.net/publication/24028197_The_emergence_of_tropical_medicine_in_Portugal_The_School_of_Tropical_Medicine_and_the_Colonial_Hospital_of_Lisbon_1902-1935)>. Acesso em: 27/07/2019; PACKARD, Randall. The Making of a Tropical Disease: A Short History of Malaria. Baltimore: John Hopkins University Press, 2007; NEILL, Deborah J. Networks in Tropical Medicine. Internationalism, Colonialism and the Rise of a Medical Specialty, 1890-1930. Stanford: Stanford University Press, 2012.

do plural e dinâmico cotidiano de experiências e agências das populações africanas e seu protagonismo face ao avanço do colonialismo e, também, após a descolonização. A ideia, com isso, é questionar o entendimento colonial de que a medicina moderna emanava apenas de seus próprios saberes e estimular pesquisas que pretendam demonstrar de que maneira africanos foram também agentes do saber médico-científico, tanto no diagnóstico como na busca pela cura.

### *Colonialismo e Saúde*

Para além da dimensão econômica e política do fenômeno colonial (que marcou de forma violenta as experiências das populações africanas), reflexões contemporâneas buscam investir em análises que tendem a considerar a experiência colonial como um modo de percepção do mundo e de enquadramento da vida social. Segundo Wilson Trajano Filho e Juliana Braz Dias (2015), a ênfase no estudo da vida colonial deve considerar as múltiplas dimensões da experiência social, que emergiram em torno do encontro transformador que se deu nos territórios africanos.

Quando consideramos que a ocupação colonial se inscrevia em um novo cenário de relações espaciais em que era latente a reprodução de fronteiras e hierarquias (Mbembe, 2018), observa-se como o conhecimento das patologias infecciosas se tornava uma dimensão estruturante destas ações, tais como, o controle físico e geográfico dos territórios africanos. Assim, em um novo contexto de desenvolvimento teórico e metodológico da história da medicina do século XX, incluem-se outros elementos na determinação das doenças, além do conhecimento da biologia, a matemática, a estatística e as ciências humanas e sociais são incorporados ao estudo da doença (Carvalho, 2016).

Logo, questionamentos e reflexões sobre a complexa relação entre saberes e práticas médico-científicas ocidentais, implementadas pelo colonialismo português, podem revelar formações sociais específicas nos espaços coloniais, assim como formular alguns questionamentos iniciais que poderão conduzir pesquisas futuras. São eles: como as práticas médico-científicas impactaram a vida das populações africanas colonizadas sob o domínio português? De que forma os sujeitos colonizados, nesses espaços geográficos e temporais, apropriaram-se dos saberes e práticas médicas europeias, muitas

vezes usadas para justificar a colonização, a partir de suas experiências no trato com a saúde e a doença? Esses são alguns questionamentos pertinentes que, por ora, propomos a fim de adensar a agenda de pesquisa acerca dos processos históricos relacionados aos conhecimentos das doenças, saberes e práticas médicas no contexto do colonialismo no continente africano.

Assim sendo, o estudo da vida colonial e suas múltiplas dimensões nos fazem perscrutar as práticas médico-científicas ocidentais implementadas pelo colonialismo português em Moçambique. Neste espaço, ao recompor-mos as múltiplas dimensões da experiência social, talvez possamos avançar em pesquisas futuras para os sentidos, significados e reconfigurações promovidas pelos próprios africanos destas formas de conhecimento exógenas. Nesse sentido, argumentamos que o conhecimento acerca das estruturas da saúde elencadas pelo processo de dominação colonial, configura-se como ponto de partida para análises sobre as experiências e agências africanas, que devem levar em consideração, inclusive, a fluidez presente nas distinções entre produção de conhecimento e formas de lidar com a saúde endógenas e exógenas ao continente africano.

A retomada crítica acerca das estruturas teóricas e conceituais que alimentaram os modelos de assistência médica colonial e o combate às doenças, na atual República de Moçambique, desvelam dimensões do complexo dinamismo sócio demográfico que marcaram os espaços coloniais lusófonos, além de inscrever a atuação dos médicos portugueses nos debates internacionais acerca das pesquisas sobre a malária no período. Assim revelam-se dinâmicas de poder estreitamente conectadas e que se construíram relacionadas às explicações sobre os significados das doenças, suas classificações e as formas de controle que eram empreendidas no período colonial.

Alguns autores abordam a implantação dos sistemas de saúde e medicina nos territórios africanos e como foram marcados pela internacionalização das pesquisas na primeira metade do século XX, considerando a complexidade das estruturas políticas, sociais e culturais no contexto histórico marcado pelo colonialismo (Roque, 2014). A compilação de fontes documentais dos acervos coloniais, a partir da ênfase no combate à malária em Moçambique, revela informações a respeito do quadro clínico e dos discursos produzidos sobre a doença, em um contexto médico-científico específico, em que se operava transformações relacionadas às concepções de saúde e da doença.

Na região africana oriental, a colônia de Moçambique estava inserida no *hinterland trasnvaliano* e experimentou rápidas transformações sociais e urbanas no decorrer do período colonial assim como outras regiões do continente africano. Tais regiões foram transformadas em territórios coloniais<sup>5</sup> em um processo contínuo de implantação de novas fronteiras geográficas, construção de portos, ferrovias, e indústrias que apontavam para as novas dinâmicas sociais que foram estabelecidas com o rápido crescimento urbano de alguns centros.

De acordo com Valdemir D. Zamparoni (1998), no período em que a administração portuguesa instala-se na região de Moçambique, verifica-se, nas últimas décadas do século XIX, a “constituição de um novo tipo de colônia baseada, sobretudo, na prestação de serviços – portos, ferrovias – e no fornecimento de força de trabalho migrante para as colônias vizinhas do *hinterland* e para as *plantations* nas áreas controladas pelas companhias concessionárias capitalistas” (Zamparoni, 1998, p.19). Dessa maneira, a compilação das estratégias tecidas pelo Estado e o impacto dessas ações na comunidade podem revelar experiências da população que vivia naquelas regiões e, talvez, possamos penetrar no tecido social que se formava progressivamente com o início das disputas pelos territórios africanos na segunda metade do século XIX.

Os projetos colonialistas portugueses voltados para suas colônias africanas configuraram-se como processos dinâmicos. Nesse sentido, é importante destacarmos o trabalho de Isabel de Castro Henriques (2004), em relação à construção da Angola colonial. Segundo a autora, a política de “desmantelamento dos territórios africanos” assim como “a ocupação do espaço” foram múltiplas e inter-relacionadas. Segundo a autora, a cientificização do território produziu a desfrancização daquelas ambiências “assinando do mesmo passo as novas condições de dominação dos homens, das sociedades, das terras” (Henriques, , 2004, p. 18).

Talvez possamos pensar em um processo de cientificização do território moçambicano como importante elemento estruturante do colonialismo por-

---

5 De acordo com Omar R. Thomaz, com a desagregação do terceiro império português novos países emergiram. “Em outras palavras, a criação de Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe se fez pela negação do império, apropriando-se daquilo que, em última instância havia sido a sua invenção.” THOMAZ, Omar Ribeiro. *Écos do Atlântico Sul: representações sobre o terceiro império português*, Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002. p.29.

tuguês na região. Alguns trabalhos problematizam as dimensões da saúde e das práticas médicas científicas no período de dominação colonial<sup>6</sup>, a assistência médica no processo de descolonização e as dimensões da saúde na sociedade moçambicana contemporânea privilegiando as tensões e aproximações entre a biomedicina e as medicinas tradicionais (Santana, 2014).

No momento em que se estruturam os serviços de saúde para a colônia, caracterizado pelo incentivo do atendimento médico à população e do desenvolvimento das campanhas sanitárias, estabelecia-se um processo de construção da legitimação das ações coloniais na região, ao mesmo tempo em que garantia a manutenção da força de trabalho produtiva, fundamental para abastecer as novas frentes de trabalho em expansão (Moraes, 2014).

Ana Cristina Roque (2016) ao descrever as epidemias na colônia de Moçambique e relacioná-las com as mudanças políticas do período observa que os espaços coloniais foram marcados por uma política de segregação associados com a ocupação progressiva da colônia. Segundo a autora, nas primeiras duas décadas do século XX, os serviços de saúde em Lourenço Marques expressavam uma preocupação com a melhoria das condições de vida da população branca e baseavam-se em alguns critérios que se relacionavam, tais como, a saúde, a doença, o crescimento urbano e o ambiente. As ações de saneamento da região e assistência médicas eram informadas pelo “pressuposto da exclusão e segregação social da população indígena, principal agente de insalubridade e causa de doenças” (Roque, 2016, p. 167).

Philip J. Havik (2012) argumenta que as mudanças de paradigmas em fins do século XIX, no campo das práticas e saberes médico-científicos, foram questões fundamentais para a construção do conceito de saúde pública. No âmbito das políticas de saúde reforçava-se a insalubridades das populações locais, que “eram descritos no discurso biomédico por serem portadores de um determinado leque e estirpe de patologias associadas a certas características coletivas (por exemplo, raciais, étnicas, religiosas e de sexo ou gênero)” (Havik, 2012, p. 344). Do ponto de vista metodológico, a

---

6 Sobre a ocupação da colônia no período de construção do Estado colonial português, ver: CABAÇO, José Luís. *Moçambique: identidade, colonialismo e libertação*. São Paulo: Editora Unesp/Anpocs, 2009. Sobre as características dos reinos e desses espaços banhados pelo Índico antes do processo de dominação colonial, ver: BHILA, H. H. K. “A região ao sul do Zambeze.” In: *História geral da África V*. (p. 755-806) Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001902/190253POR.pdf>. Acesso em: 30/12/15; e também: M'BOKOLO, Elikia. “O império do ‘mwene mutapa.’” In: *África Negra: história e civilizações*. Salvador: Ed. Edufba; São Paulo: Casa das Áfricas, 2009, p 164-80.



pesquisa do historiador apresenta elementos inovadores, na medida em que examina o processo de como as políticas coloniais em África foram moldadas pelo discurso biomédico. Ao considerar que o conceito de saúde pública e as políticas coloniais estão inter-relacionados, amplia-se o debate na historiografia contemporânea sobre como o discurso médico foi importante para a construção e a manutenção dos impérios europeus em África.

Em termos gerais, através de um conjunto importante de documentos sobre a abrangência dos serviços de saúde em uma das regiões da África portuguesa<sup>7</sup>, Philip J. Havik aborda o protagonismo e a colaboração dos médicos na construção do império e como os discursos produzidos por esses profissionais foram utilizados pelas autoridades coloniais para identificar o comportamento das populações locais como um entrave ao combate das doenças, ou seja, nutrindo os discursos racistas<sup>8</sup> sobre as populações africanas, que passaram a ser vistas como agentes de propagação de vetores de diversas doenças infecciosas. Nesse sentido, uma doença que preocupou a administração colonial se destacava, a malária. Para P. Havik,

O caso da malária, sem dúvida uma das doenças tropicais mais emblemáticas que grassava no continente, serve como exemplo e fio condutor de um olhar sobre as políticas de saúde e o seu alcance. Por ser uma doença que era, e é, trans-social e trans-cultural, afetando tanto as vidas das populações nativas como dos alóctones, as estratégias de prevenção e combate seguidas testaram o conceito de saúde pública e revelaram os raciocínios e interesses em que se basearam as medidas adotadas (Havik, 2012, p. 321).

Estava muito claro para os dirigentes coloniais, responsáveis pelos serviços de saúde na região, que a malária era um obstáculo à colonização europeia em África. Logo, não mais era possível deixar de examinar o processo dinâmico de interação com as populações locais, tanto na área urbana como para os vastos sertões da província.

---

7 Ver também: HAVIK, Philip J. “Boticas e beberagens: a criação dos serviços de saúde e a colonização da Guiné”. In: *Africana Studia*, n. 10, 2007, p. 235-70. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/280879964>>. Boticas e Beberagens a criação dos serviços de saúde e a colonização da Guiné>. Acesso em: 27/07/2019.

8 Para uma discussão mais aprofundada sobre as sociedades coloniais do século XX ver: BETHENCOURT, Francisco. *Racismos. Das cruzadas ao século XX*. Lisboa: Editora Temas e Debates/Círculo de Leitores, 2015.

## ***Saberes médicos e dinâmicas coloniais: o combate à malária***

O aparato de assistência à saúde implantado na colônia moçambicana incluía a construção de instalações antimaláricas em um contexto onde o reforço ao combate às doenças passou a ser crucial para a manutenção do império português, desde o final do tráfico de escravos para as Américas. No contexto da burocracia colonial, diversos documentos registram o processo de transformação nas políticas coloniais para a manutenção da saúde dos colonos portugueses e a preocupação com o combate às doenças que ceifavam vidas de portugueses e moçambicanos.

Mais especificamente, na década de 1930 e 1940, encontram-se em alguns textos e relatórios médicos, o registro das expedições científicas realizadas em diversas partes do território africano oriental, que tinham como objetivo principal coletar o maior número de informações sobre os mosquitos transmissores da malária. Nos documentos publicados no periódico *Moçambique: Boletim Trimestral*, Mario de Carvalho Pereira<sup>9</sup>, da Seção de Entomologia da Estação Antimalárica em Lourenço Marques, e o Dr. Botha Meillon<sup>10</sup>, do The South African for Medical Research, em Johannesburg, registraram relatórios e pesquisas feitas a partir da estação antimalárica.

O relatório, publicado em 1940, faz referência a criação da Estação antimalárica de Moçambique em 1937, período em que foi iniciada a prospecção anofelina<sup>11</sup> em Moçambique. No artigo intitulado “Notas sobre alguns anofelinos da África Oriental Portuguesa” encontramos registros das coletas feitas na região (Pereira e Meillon. n.23,1940). O interesse dos médicos e cientistas nas expedições de coleta e visitas sanitárias evidencia a preocupação destes profissionais com o recrudescimento em relação à disseminação da malária em Lourenço Marques. Além disso, explica a criação das estações antimalárica na região e registra a rápida adesão dos pesquisadores envolvidos no combate à doença.

---

9 No relatório publicado em 1959, pelo diretor do Instituto de Investigação Médica em Moçambique, Alberto Aníbal Navarro Soeiro, Mario de Carvalho Pereira é descrito como técnico entomologista. Ver: Disponível em: [https://run.unl.pt/bitstream/10362/109535/1/CX06\\_SEP236Soeiro.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/109535/1/CX06_SEP236Soeiro.pdf) Acesso em: 01/07/2021.

10 Notas sobre biografia do Dr Botha de Meillon, ver: M. Coetzee (2001) Dr Botha de Meillon, *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 95:2, 219-221. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00034983.2001.11813632?journalCode=yphg19> Acesso em: 01/07/2021.

11 São mosquitos do gênero *Anopheles*.

O entomologista Mario de Carvalho Pereira e o Dr. Botha Meillon, registraram que foram organizadas 64 coleções de diferentes larvas, a partir de uma prospecção feita pelos autores na colônia de Moçambique, nos primeiros meses de 1940. No texto, os autores reconheciam a importância do estudo das espécies *Funestus* na região, indetificado naquele contexto como um dos mais importantes vetores da malária na África. Além disso, os autores do relatório ainda denunciavam que enquanto pesquisas eram feitas no Transval, Rodésia do Sul e África Oriental, não existiam informações do problema na colônia de Moçambique. Nesse sentido, passam a elaborar um minucioso quadro da doença e dos vetores na região, descrevendo as características dos insetos e larvas encontradas nas prospecções feitas naquele período (Pereira e Meillon, 1940, p.87-88).

Mario de Carvalho Pereira e o Dr. Botha Meillon destacaram os locais visitados nos primeiros meses do ano de 1940, de norte a sul da colônia, e apresentaram os resultados da coleta dos insetos distribuídos por espécies e o mapa das principais regiões investigadas, Manica, Sofala, Moçamedes, Inhambane, Lourenço Marques. Segundo eles,

Além do material criado no laboratório, capturamos e conservamos 334 fêmeas (mosquitos) adultas oriundas de 29 locais diferentes e dispersas por toda a colônia. (...) Admitimos que o número dos nossos exemplares é pequeno; todavia, por toda a Colônia, e a nossa colheita no litoral sí por sí excede los números de Leeson em Pemba. (Pereira e Meillon, 1940, p.87-88)

No relatório n. 27, publicado em 1941, o Dr. Soeiro, diretor do Instituto de Investigação médica em Moçambique, registrava como as ações da Estação Antimalárica eram a “oportunidade de colecionar e classificar outros insetos hematófagos que tanta importância têm na transmissão de muitas das doenças que afligem as populações nos trópicos e subtropicais” (Soeiro, 1941, p. 57). Além disso, o texto reforçava que a proposta era resolver o problema da entomologia médica em Moçambique, para que fosse possível construir uma campanha eficaz contra as doenças que dificultavam o processo de colonização europeia na região. Esse era um ponto que estava no cerne do debate médico da época e para a administração colonial, ou

seja, buscava-se não apenas combater os surtos de malária, mas conhecer as causas e outras patologias que afetavam, especialmente, os portugueses.

No relatório n.25, o médico Alberto Soeiro (Soeiro, 1941) inicia o texto constatando que o problema da luta antimalárica era extremamente complexo. No decorrer do seu texto defende a necessidade de se conhecer melhor a topografia da colônia, a climatologia, os hábitos das espécies anofélicas e as condições de vida dos habitantes para o combate da doença. Até aquele momento de publicação do relatório, vinte e três espécies de anofelinos e quatro variedades tinham sido encontradas na colônia de Moçambique. Logo, reconhecendo que a malária é um problema local, tornava-se crucial para a luta antimalárica do período avaliar o melhor processo de combate à doença de acordo com as condições locais.

Citando um relatório da Comissão de Malária da Sociedade das Nações, Dr. Soeiro informava que era necessário um estudo preliminar em cada país ou área para definição do melhor processo a ser adotado no combate à doença. Por um lado, esse estudo preliminar, que passou a fazer parte da discussão dos médicos portugueses nas colônias, impulsionou as incursões científicas organizadas pela metrópole através do vasto território colonial. Por outro lado, refletiu um quadro mais amplo das políticas coloniais que foram iniciadas em fins do século XIX.

O médico Alberto Soeiro, que se destacou como importante incentivador do combate à malária na região da África oriental, defendia que na luta antimalárica o estudo minucioso dos insetos vetores era o fator mais importante. No lastro dos estudos entomológicos, chamava atenção que era necessário ir além da compilação de estatísticas hospitalares, promovendo investigações rigorosas sobre o grau de intensidade da malária, pois, tornava-se problemático avaliar “os êxitos possíveis nesta campanha, nem tampouco fazer ideia perfeita dos principais locais a sanear” (Soeiro, 1941, p. 42). Talvez, possamos desde já argumentar que o profundo conhecimento dos locais que deviam ser saneados foi uma das estratégias fundamentais para a construção do território colonial. A fragmentação dos espaços coloniais imposta pelo colonizador português, naquelas franjas do Índico, foram ações cientificamente justificadas e teve como consequência o controle das populações locais. Logo, o conhecimento da etiologia de doenças como a malária, a descoberta de evidências que o vetor que não se limitava aos bair-

ros indígenas<sup>12</sup> favoreceu o incremento de medidas de controle e organização da população local na cidade.

Nesse quadro, o Dr. Soeiro constatou que as estatísticas sobre os doentes impaludados naquele período, por serem recolhidas nos principais hospitais de Lourenço Marques, estava restrita a um grupo específico de doentes, os colonos europeus. As estatísticas produzidas pelos hospitais não eram suficientes para o combate dos surtos epidêmicos de malária e, por isso, registra-se no relatório de 1937 que o Dr. Soeiro e sua equipe resolveram fazer um inquérito nas escolas de Lourenço Marques, mais especificamente, nas escolas frequentadas pelas crianças indígenas.

Apesar das inúmeras expedições enviadas aos sertões da colônia (muito comum desde o século XIX), conhecia-se muito pouco do cotidiano das populações locais do interior. O traçado urbano da capital com as moradias, as escolas localizadas em espaços citadinos tornaram-se espaços privilegiados de investigação das doenças epidêmicas. Nesse sentido, concentramos nossa análise em dois inquéritos realizados pelos médicos da estação antimalárica, o primeiro, em 1937, e o segundo, em 1938.

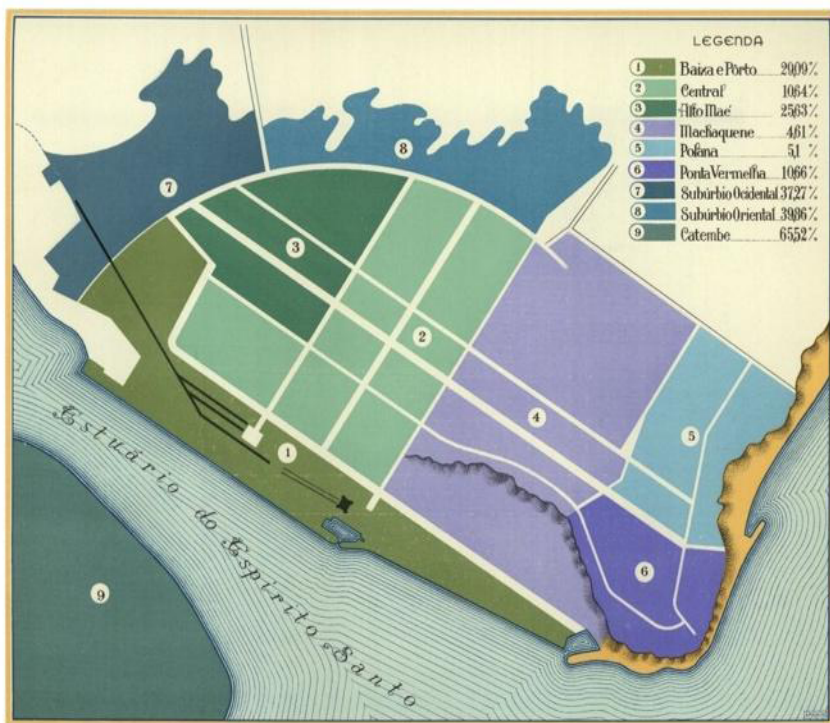
O inquérito de 1937 foi realizado entre os meses de maio e setembro, um período em que as reinfecções da doença eram menos frequentes. O estudo foi realizado em trinta escolas em Lourenço Marques. No entanto, antes de seguirmos para a apresentação dos dados coletados, é interessante destacar a preocupação do Dr. Soeiro com quatro pontos principais que, segundo ele, poderiam prejudicar o inquérito nas escolas. São eles: a classe social das crianças; crianças com menos de cinco anos não foram examinadas; crianças doentes que, geralmente, não frequentaram a escola; escolas que fornecem a quinização profilática ou o tratamento antimalárico.

Provavelmente, o ponto de referência para comparação eram as escolas exclusivas para os filhos dos colonos metropolitanos. O médico deixou bem claro que tais características não faziam parte da realidade das escolas que visitaram, ou seja, provavelmente boa parte dos alunos e alunas que estudavam em 30 escolas de Lourenço Marques compartilhavam experiências de uma mesma categoria social (indígenas): “escolas frequentadíssimas

---

12 Esse termo será utilizado porque é usado correntemente, na documentação consultada, para a designação colonial relacionada a população autóctone prevista no Estatuto do Indigenato (1926) onde a inferiorização do africano ficaria consagrada. Ver: MENESES, Maria Paula. Colonialismo como violência: a “missão civilizadora” de Portugal em Moçambique. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. especial, p. 115-140, 2018.

pelos indígenas desde a mais baixa idade; na altura do nosso exame, muitos poucos faltaram por doenças (nas escolas) não se fazia ao tempo quinização profilática” (Soeiro, 1941, p. 43). Os alunos das escolas visitadas somavam 4.669, sendo todos com aparente boa saúde. Além disso, afirmaram, “conhecendo-se as residências da maioria dos alunos, foi possível organizar um mapa da cidade, por bairros, onde se encontra marcado o grau de infestação de cada um deles” (Soeiro, 1941, p. 43).



Fonte: Mapa da cidade, Soeiro, 1941 (n.25), p. 65.

O segundo estudo empreendido pela equipe do Dr. Soeiro ocorreu entre os meses de abril e maio de 1938. De acordo com esse segundo inquérito, esse era um período em que a infestação ocorre mais intensamente, uma época do ano na qual as chuvas já haviam cessado. Parece que, nesse segundo ano de investigação, os médicos tentaram corrigir alguns métodos utilizados na pesquisa do ano anterior, reduzindo o número de examinados com o objetivo de estudar mais cuidadosamente as espécies de plasmódios. Foram 19 escolas e um total de 2.849 alunos e a grande maioria deles eram africanos. Deste total, foram contabilizados 276 europeus, 1.905 africanos, 458 mistos, 141 indianos e 69 amarelos. Vejamos,

Analisando em conjunto os resultados obtidos na raça negra, que é como a “sementeira” da infecção malárica, veremos que o índice parasitário é de 58,33% por cento dos 2 a 5 anos, de 49, 53% dos 5 a 10 anos; de 40,16% dos 10 a 15 anos e de 29,62% nos adultos. (Soeiro, 1941, p. 68) (grifo nosso)

O médico conclui que a maior parte da população era infectada ainda muito jovem e repetidamente. Segundo ele, muitos indivíduos, aparentemente são, representavam um risco para a população não imune e passou a defender uma “vigilância cuidadosa” em relação à doença. Mesmo considerando a proporção mais elevada de alunos africanos nos dois inquéritos, confirmava-se a tese que a população africana era a “sementeira” da “infecção malária”. Logo, a observação dos dados apresentados nos relatórios indica a complexidade das relações sociais entre africanos e europeus, que permeiava os espaços coloniais na primeira metade do século XX marcada pela segregação racial. O discurso médico moderno vigente era reforçado pela perspectiva racista que atribuiu à população africana a responsabilidade no impacto da saúde dos europeus, já que os primeiros eram vistos como vetores de uma série de endemias.

De acordo com a historiografia, no último quartel do século XIX, verificam-se importantes mudanças com as descobertas da parasitologia e imunologia impactando o próprio conceito de saúde pública. Mas, de forma geral, tais mudanças no conceito de saúde pública em relação aos serviços médicos ofertados nas colônias africanas tiveram características diferentes da metrópole. Retomando as palavras de Philip J. Havik, compreende-se que,

No contexto colonial, considerações de ordem social e cultural - a base de (pré-)conceitos raciais, étnicos, de gênero e cosmológicos - estavam incorporadas no racional biogenético do discurso médico. (...) As medidas tomadas consistiriam, regra geral, na separação de populações *em risco* das *de risco*, identificadas como *reservas naturais* de certas patologias e vistas como uma ameaça para os primeiros. Estes critérios não eram exclusivos dos serviços médicos mas eram comuns na administração colonial, cuja legislação e políticas se regiam pela distinção entre *civilizados* e *indígenas* (Havik, 2012, p. 343, grifos do autor)

Nesse sentido, os documentos médicos analisados revelam que, mesmo findando a primeira metade do século XX, os referenciais teóricos da época que se estruturavam em relação à explicação das doenças convergiam para um modelo de entendimento da malária que se inscrevia em diversas variáveis (clima, ecologia, etc). Apesar disso, na perspectiva dos médicos europeus e etimologistas portugueses, que eram enviados à colônia de Moçambique, os dados examinados referentes à população moçambicana reforçaram a tese de que a população local era responsável pela propagação da malária.

Desse modo, é possível perceber como os saberes médicos e científicos da medicina moderna ocidental foram fundamentais para a produção de narrativas e imagens acerca das doenças tropicais, em termos raciais e culturais, relacionados aos espaços africanos. No momento em que os governos coloniais criaram os serviços de saúde que, articulados com outras estratégias políticas e sociais, produziram mecanismos e impulsionaram ações a fim de aprofundar o conhecimento sobre os territórios africanos e estabelecer a política de segregação entre os diversos segmentos sociais, um processo complexo que não deve ser examinado pela relação simplista entre colonizadores e colonizados.

### *Considerações finais*

A discussão em torno do aparato médico e sanitário construído para combater as endemias e fomentar a colonização nos territórios luso africanos revelam elementos centrais da conjuntura sociopolítica que se formava no século XX, com a ocupação do espaço africano em um contexto de con-



figuração das fronteiras coloniais e mobilidade e fluxos populacionais - inter-regionais e transnacionais - na África Austral. Logo, podemos observar que se tornava crucial para as autoridades coloniais estabelecerem políticas voltadas para as questões da saúde dos portugueses e moçambicanos, estes últimos eram vistos como essenciais para o trabalho.

O olhar atento a história do combate à malária em Moçambique, para além do estudo da história da medicina e da história natural da doença, nos conduz a uma discussão sobre a profunda heterogeneidade destes espaços e a multiplicidade dos discursos estruturantes das relações coloniais no processo de territorialização dos espaços africanos<sup>13</sup>. Nesse contexto de construção da política e da ideologia colonial, apresentam-se novas possibilidades de reflexão sobre as relações de poder subjacente a ocupação dos territórios africanos na conjuntura do imperialismo europeu na primeira metade do século XX<sup>14</sup>. Assim, verifica-se as interações e inter-relações da medicina colonial e a internacionalização das pesquisas sobre as doenças endêmicas e epidêmicas com o incremento das relações coloniais no território africano.

Logo, compreendemos que o estudo histórico da saúde e da doença pode contribuir para refletirmos sobre o colonialismo como um processo dinâmico que engloba agências externas e internas, sem cairmos na armadilha da mitificação da África e dos africanos, pois “onde se enxergam essências devemos aprender a ver processos históricos, dinâmicas sociais e culturas em movimento (Couto, 2008, p. 11). Por abordagens e caminhos diferentes, reflexões recentes verifica-se a retomada crítica acerca das estruturas teóricas e conceituais que alimentaram os modelos de assistência médica colonial e o combate às doenças epidêmicas nas realidades africanas, assim como o instrumental médico científico foi utilizado para reorganização das territórios e reconstrução das identidades nacionais. Por fim, a reto-

---

13 Ver: NOORMAHOMED, Emília Virginia e ROSÁRIO, Virgílio E. do. Aspectos da história da malária em Moçambique no período colonial. *Mnemosine Revista / Programa de Pós-Graduação em História*. Centro de Humanidades Universidade Federal de Campina Grande. n. 1 (2016), p.34).

14 Para uma discussão mais abrangente sobre o Programa Global de Erradicação da Malária (GMEP) nesse período ver: Nájera JA, González-Silva M, Alonso PL (2011) Some Lessons for the Future from the Global Malaria Eradication Programme (1955–1969). *PLoS Med* 8(1). January 25, 2011. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000412> Acesso em 03/03/2024.

mada crítica acerca das estruturas teóricas e conceituais que alimentaram os modelos de assistência médica colonial e o combate às doenças epidêmicas nas realidades africanas são reveladoras da complexidade da vida colonial e como o instrumental médico científico foi utilizado para reorganização dos territórios africanos.

## **Referências**

CASTELO, Cláudia. “Apresentação: memórias coloniais: práticas políticas e culturais entre a Europa e a África”. In: *Cadernos de Estudos Africanos*, 9/10, 2006. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/cea/1195>>. Acesso em: 01/05/2019.

CARVALHO, Diana Maul. História das doenças e epidemiologia: encontros e desencontros. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres *Uma história Brasileira das doenças*, vol. 6. Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2016.

COOPER, Frederick. *Histórias de África. Capitalismo, modernidade e globalização*. Lisboa: Edições 70, 2016.

COUTO, Mia. Um retrato sem moldura. In: HERNANDEZ, Leila M. G. Leite. *A África na sala de aula: visita à história contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Ed. Selo Negro, 2008.

HAVIK, Philip J. Saúde pública, microbiologia e a experiência colonial: o combate à malária na África ocidental (1850-1915). In: BARRETO, Renilda; BASTOS, Cristiana. *A circulação do conhecimento: medicina, redes e impérios*. CIDADE: Edições ICS, 2012, p. 317-350.

HERNANDEZ, Leila M. G. Leite. *A África na sala de aula: visita à História contemporânea*. São Paulo: Selo Negro/Summus, 2008.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MORAIS, Carolina Maíra Gomes. *Estado colonial português e medicina ao sul do Save, Moçambique (1930-1975)*. Dissertação, COC/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2014.

PARADA, Mauricio; MEIHY, Murilo Sebe Bom; MATTOS, Pablo de Oliveira de. *História da África Contemporânea*. Rio de Janeiro. Ed: PUC-Rio. Pallas, 2013.

PEREIRA, Mario de Carvalho; MEILLON, Botha. Notas sobre alguns anofelinos da África Oriental Portuguesa. In: *Moçambique: Boletim Trimestral*. n.23,1940. Disponível em: <http://memoria-africa.ua.pt/Library.aspx> . Acesso em: 01/07/2021.

TRAJANO FILHO, Wilson; DIAS, Juliana Braz. “O colonialismo em África e seus legados: classificação e poder no ordenamento da vida social”. In: Anuário Antropológico, n. II, 2015. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/aa/137114>>. Acesso em: 10/07/2019.

ROQUE, Ana Cristina. “Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos Serviços de Saúde dos finais do século XIX”, *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 21 (2), 2014. pp. 515-537.

\_\_\_\_\_. Doenças endêmicas e epidêmicas em Lourenço Marques no início do Século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano. (2016) Anais Inst. Hig. Med. Trop. 2016; 16. p.167-174. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/199254079.pdf>. Acesso em 30/06/2021.

SANTANA, Jacimara Souza. *A experiência dos Tinyanga, médicos-sacerdotes, ao sul de Moçambique: identidades, culturas e relações de poder* (C. 1937-1988). UNICAMP: Campinas, SP. 2014.

SOEIRO, Alberto. Estação antimalárica de Lourenço Marques. In: *Moçambique: Boletim Trimestral*. n.27 (1941) p.67-68. Disponível em: Disponível em: <http://memoria-africa.ua.pt/Library.aspx> . Acesso em: 01/07/2021.

SOEIRO, Alberto. Índice de Infestação nos alunos das escolas de Lourenço Marques. In: *Moçambique: documentário trimestral*. N. 25 (1941).. Disponível em: <http://memoria-africa.ua.pt/Library.aspx> . Acesso em: 01/07/2021.

ZAMPARONI, V. *Entre Narros & Mulungos. Colonialismo e paisagem social em Lourenço Marques c. 1890-c. 1940*. Tese de doutorado, USP, 1998.

## *Alda Moraes de Albuquerque: uma bolsista da Fundação Rockefeller para Enfermagem Cirúrgica*

Ricardo dos Santos Batista<sup>1</sup>

Os estudos sobre mulheres nas ciências e na saúde conformam um campo importante de investigação histórica. De forma geral, as narrativas sobre profissionais que atuaram nessas áreas apresentam exemplos masculinos, legando um papel secundário às mulheres ou mesmo mantendo-as no anonimato. Este capítulo parte dessa percepção para compreender aspectos da trajetória profissional da enfermeira Alda Moraes de Albuquerque, professora da Escola de Enfermagem do Recife (EER), financiada com uma bolsa da Fundação Rockefeller (FR) para estudo de Enfermagem Cirúrgica nos Estados Unidos, entre 1959 e 1960.

Antes da Organização Mundial da Saúde ser fundada, em 1948, a International Health Divison (IHD) da FR foi a agência filantrópica mais importante do mundo no trabalho em saúde pública. Desde o seu surgimento foram-lhe atribuídos diferentes nomes: International Health Commission (IHC), entre 1913 e 1916; International Health Board (IHB), de 1916 a 1927; e, de 1927 até o seu fechamento, em 1951, funcionou como IHD (Farley, 2004, p. 2). Desde o início, os membros do IHB seguiram os princípios filantrópicos de John D. Rockefeller, milionário norte-americano que investiu na agência internacional com o dinheiro oriundo da exploração, refino e comércio de petróleo e defendeu que a filantropia não poderia ser confundida com a caridade. Ela deveria ser encarada como um investimento oferecido a agências governamentais e não a indivíduos, com duração limitada para não se tornar dependência, destinada a organizações comprometidas com a continuidade do trabalho quando o auxílio terminasse (Farley, 2004, p. 3-5).

---

<sup>1</sup> Doutor em História Social pela Universidade Federal da Bahia, Professor do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado da Bahia, Alagoinhas.

Com o fechamento da IHD, outras Divisões da FR, a exemplo da Medical and Natural Sciences Division, continuaram a financiar bolsistas para outras áreas do conhecimento. No caso da enfermagem, observa-se, com destaque, o campo da enfermagem hospitalar e cirúrgica.

A trajetória de Alda Moraes de Albuquerque, vinculada ao programa de bolsas da FR, é analisada à luz das reflexões propostas por Tournès e Scott-Smith (2018), que destacam a necessidade atentar para os diferentes aspectos dos financiamentos, a exemplo da dimensão administrativa dos programas de bolsas; da dimensão política, que tem implicações sobre as transformações das políticas globais e; por fim, da própria vida dos bolsistas, que é atravessada por experiências diversificadas que agregam sua atuação posterior. Mesmo nos casos em que os bolsistas não seguem o destino esperado pelas agências, suas tomadas de decisão e os motivos que as impulsionam são relevantes para o entendimento de aspectos decisivos na constituição de campos variados, como a enfermagem.

Os documentos que permitiram a escrita desse texto foram correspondências relativas à viagem de Alda Albuquerque; uma entrevista de Haydée Guanais Dourado, concedida a Ieda de Alencar Barreira; e um artigo escrito pela enfermeira Margaret Elizabeth Mein da Costa, em 1957.<sup>2</sup>

### ***A enfermagem profissional brasileira e a criação da Escola de Enfermagem do Recife***

A profissionalização da Enfermagem no Brasil teve início com o Decreto n. 790, de 27 de setembro de 1890, que criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Moreira; Porto; Oguisso, 2002), e se intensificou nas décadas seguintes.

Já no início dos anos 1920, ocorreu uma série de transformações na saúde nacional, marcada pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Carlos Chagas, diretor do primeiro órgão de saúde de amplitude nacional, a despeito das prerrogativas do regime federalista concedidas pela Constituição de 1891, solicitou à FR a organização de um serviço de enfermagem no país. Segundo Barreira (1997), foi nesse contexto que a agência filantrópica internacional enviou a norte-americana Ethel

---

<sup>2</sup> Todos os documentos em inglês foram traduzidos pelo autor do texto.

Parsons para realizar um estudo sobre a situação da enfermagem brasileira. A responsável pela “Missão Parsons” constatou que “não havia no país escolas de enfermagem que apresentassem os padrões mínimos adotados nos ‘países anglo-saxões’ e nem enfermeiras treinadas nesses moldes” (Barreira, 1997, 164). Como consequência da avaliação, a Escola de Enfermagem do DNSP foi criada em 1923 e passou a se chamar Anna Nery, em 1930 (Nascimento, 2011).

Diante da densidade institucional alcançada, a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) se estabeleceu legalmente como escola “padrão” no Brasil. Entre 1931 e 1949, todas as escolas de enfermagem que estivessem em funcionamento, ou que fossem criadas no país, deveriam seguir o seu modelo pedagógico-curricular. Por intermédio de uma política nacional de formação de enfermeiras, se propagou um modelo norte-americano de organização das escolas de enfermagem que foi sendo adaptado às condições locais, em diferentes regiões brasileiras a exemplo do Nordeste.

De acordo com Carlos et al (2014), os primeiros registros de escolas de enfermeiras nessa região datam do Estado Novo (1937-1945) e coincidem com o processo de industrialização, urbanização das cidades e ampliação da rede previdenciária por meio da criação dos fundos sociais. As primeiras iniciativas foram desenvolvidas por grupos religiosos e ocorreram nas cidades de Fortaleza, no Ceará, e em Recife, Pernambuco, todas com o intuito de formação profissional qualificada para os serviços de saúde, e, na maioria das vezes, sob o gerenciamento das próprias ordens religiosas.

No entanto, os antecedentes da enfermagem profissional, em Pernambuco, podem ser encontrados em fins do século XIX, quando, em 1880, foi ministrada a aula inaugural de parto no Hospital D. Pedro II. De acordo com Abrão et al. (2016), surgiram formas isoladas de organização naquele espaço hospitalar, embora não se constituíssem como um campo de enfermagem, que fora consolidado décadas depois. Em 1945, se iniciaram as aulas na Escola de Enfermagem Medalha Milagrosa (EEMM), que teve sede no D. Pedro II, com membros da Santa Casa de Misericórdia e das autoridades civis, eclesíásticas e clínico-cirúrgicas. A Associação Mantenedora São Vicente de Paulo orientou as ações desenvolvidas na nova escola e teve como instrutoras a superiora irmã Chabas e a diplomada irmã Ana Maria Sarmiento (Abrão et al., 2016).

O funcionamento da EEMM teve início sem ajuda oficial direta do governo, cabendo à Igreja Católica o capital simbólico predominante no jogo de forças. Por outro lado, o Estado, como agente institucional, desempenhou papel de controle, com normas e valores compartilhados entre agentes, o que resultou na equiparação da escola ao modelo de escola padrão. Assim, a EEMM foi reconhecida pelo decreto 27.281 de 30 de setembro de 1949, já sob a denominação de Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (EENSG), depois que o governo Dutra criou a lei 775, de 6 de agosto de 1949, sob o ensino de enfermagem no Brasil (Abrão et al., 2016).

Simultâneo às transformações daquela escola, o governo promulgou o decreto 1.702, de 25 de junho de 1947, que criou a EER, mas que só passou a funcionar em 1950 (Abrão, 2006, nota 274), a partir de um acordo com o SESP – uma agência bilateral Brasil/Estados Unidos surgida em 1942, no contexto da Política da Boa Vizinhança. O SESP atendia aos interesses dos norte-americanos e, ao mesmo tempo, às aspirações do programa de desenvolvimento nacional de Getúlio Vargas. Os Estados Unidos desejavam frear a influência alemã no Brasil durante a Segunda Guerra Mundial, instalar bases militares no Nordeste e controlar a produção de matérias-primas estratégicas brasileiras, como a borracha e o minério de ferro. Com isso, os soldados norte-americanos estacionados no Brasil precisavam ser protegidos das “doenças tropicais”, e os produtores de borracha e minério de ferro, da malária e de outras doenças infecciosas. Os projetos de saúde para alcançar esses objetivos foram operacionalizados pelo SESP, que surgiu após o Terceiro encontro de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas, no Rio de Janeiro, como resposta ao ataque japonês a Pearl Harbor. As conclusões do encontro eram que os países do hemisfério sul deveriam mobilizar recursos para a guerra, romper relações com a Alemanha e implementar políticas de saúde pública através de acordos bilaterais (Campos, 2005).

Uma das cláusulas do Acordo Básico que criou o SESP determinava, como parte de suas funções, o treinamento de médicos, engenheiros sanitários e enfermeiras, visto que a carência de pessoal qualificado era considerada uma grave deficiência do sistema de saúde do país. Contudo, a política de formação de profissionais de saúde estava sob a condução do Ministério da Saúde e da Educação, comandado por Gustavo Capanema, em meio à

burocratização do Estado promovida por Vargas (Fonseca, 2007).

O Programa de Enfermagem do SESP se iniciou oficialmente em agosto de 1942, quando o IAIA aprovou o projeto “Mais enfermeiras de Saúde Pública para o Brasil”, com o apoio da Associação de Hospitais Católicos dos Estados Unidos e as fundações Rockefeller e Kellogg (Campos, 2008, p. 883-884). Um estudo realizado pelo OCIAA sobre o ensino de enfermagem na América Latina, em 1943, mostrou um quadro complexo e variado para o qual não havia uma solução simples e abrangente. A enfermeira Elizabeth Tennant, do Conselho Internacional da FR, foi enviada para avaliar a situação da enfermagem no país e traçar um plano para reformulação dos padrões de formação profissional (Campos, 2008, p. 884). Outras escolas como as da Universidade de São Paulo (EEUSP), Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (EEERJ), respeitando suas singularidades, também contaram com o apoio da agência bilateral na sua criação.

Em estudo sobre a EEERJ, Batista (2024) demonstra que embora as relações internacionais tenham favorecido o surgimento de uma escola de enfermagem no estado do Rio de Janeiro, mais especificamente em Niterói, os interesses nacionais tiveram destaque, em um contexto marcado por conflitos e improvisações. A instituição contou com o apoio de Alzira Vargas do Amaral Peixoto, auxiliar do Gabinete Civil da Presidência da República (1937-1945), filha de Getúlio Vargas e esposa de Ernani Amaral Peixoto, interventor do Estado Novo no Rio de Janeiro; da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da Faculdade Fluminense de Medicina.

De acordo com Bárbara Bonini (2014), em relação à atuação de mulheres na criação de escolas de enfermagem no Brasil, a enfermeira Beatrice Louise Lennington, nascida em Curitiba e filha de norte-americanos, com formação nos Estados Unidos, foi designada para auxiliar na implantação da de Recife. O convênio entre o estado de Pernambuco, o secretário de saúde Nelson Chaves, e o SESP, ocorreu com a cessão do Hospital Centenário, por parte do estado, e a vinda das enfermeiras Margaret Costa e Cecília Dormênica Sanioto, formadas pela Johns Hopkins Hospital School of Nursing, em Baltimore; e das enfermeiras Zélia Barbosa Machado e Maria de Lourdes Valada, formadas pela EEUSP (Silva, 2014). Margaret Elizabeth Mein da Costa se tornou a diretora da EER.



Um artigo escrito por Costa, intitulado “Preparação para liderança na Educação em Enfermagem”, produzido em 1957, quando esteve no Teachers College como bolsista da Fundação Kellog, auxilia na compreensão sobre o contexto da enfermagem brasileira e a opinião da enfermeira a seu respeito. O problema central da publicação era que a ausência de instalações educacionais e oportunidades para estudos de pós-graduação em enfermagem no Brasil resultou na incompetência do corpo docente das escolas de enfermagem e em uma oferta inadequada de enfermeiros profissionais para atender necessidades de saúde (Costa, 1957).

Segundo as informações fornecidas, o país possuía 34 escolas de enfermagem, todas aprovadas pelo Ministério da Educação, mas o único curso de pós-graduação para enfermeiras era o dirigido por irmãs francesas, em São Paulo. Ao mesmo tempo, o recrutamento para as escolas de enfermagem era baixo e o número de enfermeiras formadas, inadequado. O grande incômodo de Margaret era o que denominava como “intromissão inadequada das enfermeiras que aceitam cargos docentes” (Costa, 1957, p. 1). Essa era uma menção direta a enfermeiras recém-formadas que se tornavam professoras em escolas de enfermagem.

É interessante observar que o diagnóstico de Margaret Costa ocorria simultaneamente ao desenvolvimento de um grande estudo para compreender a situação da enfermagem nacional. A partir do VII Congresso Brasileiro de Enfermagem, ocorrido em São Paulo em 1954, no qual a necessidade de realizar a pesquisa foi temática recorrente, Maria Rosa Souza Pinheiro, recém-eleita presidente da ABEn, solicitou apoio à OMS e ao secretário geral da Capes, criada em 1952. As instituições reconheceram a importância da iniciativa, mas alegaram não dispor de recursos. A OMS notificou a FR sobre o pedido e Maria Rosa escreveu a seu representante no Brasil, o que finalmente possibilitou o financiamento para o “Levantamento de Recursos e Necessidades da Enfermagem no Brasil”, entre 1956 e 1958 (Carvalho, 1976). Margaret Costa tinha conhecimento do desenvolvimento da pesquisa, e fez menção a ela no seu artigo.

Em relação às docentes da EER, sete haviam se formado naquela escola. De acordo com a diretora, como Recife estava localizada no Nordeste, era difícil contratar enfermeiras formadas no Sul do país para seu corpo docente. Entre o estabelecimento da escola, em 1950, e a primeira formatu-

ra, em 1953, 14 enfermeiras sulistas aceitaram cargos de professora, renunciando logo no primeiro ano de trabalho (Costa, 1957). A contratação de professoras formadas pela EER resultou em um corpo docente mais estável, mas menos maduro profissionalmente. Destaca-se que antes da criação das escolas do Nordeste, muitas mulheres precisavam se deslocar para instituições como a EEAN, nas décadas de 1920 e 1930, e a EEUSP, a partir dos anos 1940. Esse foi o caso de Maria Clayde Teixeira Barroso, nascida na cidade de Itapipoca, Ceará, que estudou em São Paulo e depois se tornou professora da EEUFBA, contribuindo para o desenvolvimento da profissão entre mulheres na região brasileira da qual era oriunda (Batista; Ferreira, 2023).

Na tentativa de melhorar a atuação das enfermeiras professoras da EER, foram convidadas professoras da EEUSP como membros substitutos, para um período que variava entre 4 e 16 semanas; as professoras da EER também receberam um período de observação, restrito a algumas semanas, na escola e no hospital que oferecesse o melhor ensino e experiência clínica na área de ensino de cada uma; e bolsas de pós-graduação nos Estados Unidos foram cedidas (Costa, 1957).

Costa se questionava, ainda, se a preparação de um corpo docente deveria ser responsabilidade da instituição empregadora. Baseada em Melvin Haggerty, psicólogo norte-americano e pesquisador em educação, ela compreendia que essa formação deveria ocorrer através da formação geral, de estudos de pós-graduação, experiências profissionais, e evidências de bolsa de estudo por meio de publicações e participação ativa em sociedades de cada membro. Mesmo assim, não considerava a concessão de bolsas como um meio eficaz para qualificar uma docente:

As bolsas que têm sido concedidas às universidades para estudos de pós-graduação em enfermagem nos Estados Unidos têm sido insuficientes para resolver os nossos problemas [...] Estes períodos de estudos também têm sido por vezes insatisfatórios porque muitas que tiveram a oportunidade de vir para o Norte para estudar necessariamente abrandaram o seu ritmo de trabalho antes da viagem para estudar a língua e obter os documentos necessários; no regresso do ano de estudo no estrangeiro, segue-se um período de pelo menos seis meses de reajustamento em que há pouca produtividade (Costa, 1957, p. 3).

A opinião da enfermeira destoava de outras colegas de profissão. Com a vinda da Missão Parsons e o envio de estudantes da EEAN para o exterior, as estudantes criavam expectativas sobre a viagem internacional, que era concedida como um prêmio à melhor aluna de cada ano. Segundo a enfermeira Haydée Guanais Dourado, nos anos 1930:

[...] na Escola Anna Nery, corria de boca em boca, as alunas sabiam disso, que as primeiras colocadas teriam bolsas de estudos nos Estados Unidos. Que assim foi Maria de Oliveira Régis, foi para materno-infantil, na América do Norte e muitas, muitas. Nesse sistema de bolsa, foi Hilda Krish, foi Elisete Cabral. Nós tínhamos aqui educação continuada, planejada, e completando o corpo docente da Anna Nery que estava muito perto dos anos em que foi criada (Dourado, 1986, p. 4).

Com a criação da EEERJ, na década de 1940, a diretora Aurora Gypsophila de Afonso Costa considerava as bolsas um item essencial para o desenvolvimento institucional. De acordo com Batista (2024), sabendo que 12 bolsas da Anna Nery seriam finalizadas em 1946, ela entrou em contato com a LBA e solicitou que seis delas fossem concedidas à EEERJ, pois não considerava justo que se renovassem todas as bolsas naquela escola federal, quando uma escola estadual já possuía um instituto em funcionamento.

Por fim, baseada na sua própria experiência enquanto bolsista Kellog, Margaret Costa sugeria que as agências filantrópicas reorientassem o uso dos recursos de seus fundos de bolsas para a criação de cursos de pós-graduações no Brasil. Para ela, os problemas nacionais de enfermagem eram diferentes daqueles observados no exterior, as barreiras linguísticas permitiam que os estudantes absorvessem apenas de 50 a 65% das discussões; também afirmava que os métodos de ensino superior nos Estados Unidos não eram voltados para transmissão de grande quantidade de informações ao líder estrangeiro, que precisava obtê-las em um curto espaço de tempo; e “a turbulência emocional pela qual a estudante passa em poucos meses de seu ciclo de vida não compensa o alto preço da saúde mental que ela deve pagar”(Costa, 1967, p. 4).

Assim como outras escolas criadas em parceria com o SESP, a EER recebeu bolsas de viagem com o intuito de preparar as professoras que atuavam na formação de jovens enfermeiras. Alda Moraes de Albuquerque, foi uma das beneficiadas. Mas, as ressalvas que a diretora da sua escola demonstrava quanto ao benefício das bolsas de viagem à enfermagem contribuíram para modificar os rumos profissionais trilhados pela primeira, especialmente no que diz respeito à possibilidade de receber um diploma de mestrado na área de Enfermagem Cirúrgica.

### ***Formação internacional e o dilema do diploma de mestrado***

Alda Moraes de Albuquerque (Figura 1) nasceu na cidade de Recife, em 18 de novembro de 1928. Estudou o ensino secundário no Instituto de Educação de Pernambuco. Entre 1945 e 1950, frequentou a EENSG, onde concluiu o curso de enfermagem. Também cursou História Natural na Faculdade de Filosofia, em Pernambuco, tornando-se bacharel, em 1956, e licenciada, em 1957 (Rockefeller Foundation, 1959).

**Figura 1:** Alda Moraes de Albuquerque



Fonte: Albuquerque (1959).

Sua formação demonstra um perfil esperado para as mulheres que exerciam a enfermagem, em meados do século XX. A busca pela elevação do *status* da profissão privilegiava mulheres que acumulassem algum capital cultural, bem como uma formação humanística (Batista, Ferreira, 2023).

Quando recebeu a bolsa para estudar no exterior, em 1959, Alda tinha 30 anos e já havia trabalhado como enfermeira no consultório do Dr. Joaquim Cavalcanti e no Hospital Oswaldo Cruz de Recife, foi professora de Enfermagem Cirúrgica na EENSG; enfermeira cirúrgica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Pernambuco e trabalhava como professora da EER. Em sua ficha de bolsista, ela justificou a relação entre os estudos que seriam realizados com aquele financiamento e seus planos de longo prazo, da seguinte maneira: “A especialização e a pós-graduação são necessárias para ampliar o conhecimento e satisfazer os requisitos para a cátedra titular da Escola de Enfermagem do Recife” (Rockefeller Foudation, 1959).

Em relação à seleção das bolsistas de enfermagem de 1959, em 22 de junho daquele ano, Ernani Braga escreveu para Virgínia Arnold, chefe da Divisão de Enfermagem da FR e informou sobre a prioridade para a oferta de bolsas, após diálogo com as enfermeiras Maria Rezende e Beatrice Lennington, e de acordo com uma lista enviada por Robert Watson no ano anterior (Braga, 18 fev. 1959).

A primeira candidata recomendada era Celina da Cunha, diretora da Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina do Rio Grande do Sul. Braga foi informado por Maria Rezende e Beatriz Lennington, no entanto, que ela possivelmente não viajaria ao exterior naquele ano. Celina sentia que deveria ficar em Porto Alegre, já que sua presença era fundamental nas “etapas finais de assuntos de grande importância para a escola” (Braga, 18 fev. 1959, p. 1). Assim, foi solicitada a confirmação dessas informações ao reitor da Universidade, antes de realizar a concessão.

Juliana Barros da Silva e Alda Moraes de Albuquerque eram professoras de Enfermagem Cirúrgica da EER e também foram listadas como possíveis bolsistas. Em relação à primeira, Ernani Braga afirmava que todos concordavam que era uma excelente candidata. Ela foi comparada a outra enfermeira da mesma escola, Maria de Nazareth Amazonas MacDowell, considerada brilhante, promissora e muito bem relacionada com o reitor,

mas com relativa falta de experiência docente, o que lhe colocava abaixo na lista de prioridades. Já Albuquerque, foi descrita como não pertencente ao quadro da EER, mas à escola de enfermagem católica local, e ocupava uma posição muito importante tanto em relação à sua escola de enfermagem quanto à Faculdade de Medicina do Recife (Braga, 18 fev. 1959). Meses depois, Braga informava que Alda assumiu o cargo de professora de Enfermagem Cirúrgica na EER com a renúncia da professora anterior (Braga, 13 abr. 1959).

Maria de Lourdes Garcia era a quarta possibilidade para a concessão de bolsa naquele ano. Mas afirmava-se que ela só deveria ter prioridade se EEUSP garantisse que, após o seu retorno, ela se tornaria instrutora de Enfermagem Cirúrgica. Naquela semana Ernani Braga seguiria para São Paulo e conversaria com Maria Rosa Souza Pinheiro, diretora da EEUSP, sobre aquela situação. Por fim, uma quinta candidata com alta prioridade deveria ser adicionada à lista, mas Gleite de Alcântara, diretora da Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto, não enviou um nome (Braga, 18 fev. 1959, p. 2).

É interessante observar que tanto Alda quanto outras enfermeiras foram financiadas pela Divisão de Ciências Médicas e Naturais da FR, para o estudo de Enfermagem Cirúrgica. Um dos motivos que explica esse fato foi o crescimento observado no Brasil, principalmente após 1930, da construção de espaços hospitalares (Batista, 2018). Outro fator que pode ter contribuído para esse direcionamento foi o investimento da FR em ciências básicas, com ênfase no laboratório, em contraposição à predominância de investimentos em saúde pública que marcou a sua atuação na primeira metade do século XX (Porto, 2021).

Ao analisar o currículo das bolsistas selecionadas, a professora associada da Wayne State University, Joyce E. Day, informou a Virgínia Arnold que todas seriam admitidas como alunas especiais da graduação em Enfermagem, exceto a senhorita Albuquerque:

Em sua carta a respeito desta aluna, você declarou que gostaria que ela fosse admitida como candidata a um diploma. Temos o histórico escolar desta aluna e parece que ela possui o equivalente a nosso bacharelado em História Nacional e Ensino, pela Universidade de Recife. Portanto, iremos admiti-la como aluna especial na pós-graduação para o semestre de outono. Ela fará alguns cursos de enfermagem pré-requisitos para nosso programa de mestrado (Day, 29 maio 1959, p. 1).

A professora ainda afirmou que, para garantir o seu ingresso no mestrado, o inglês da candidata, ao final do semestre, deveria ser satisfatório. Destaca-se que, em diferentes momentos do Programa de Bolsas da FR, candidatos brasileiros demonstraram dificuldade com a língua estrangeira, o que não se restringiria à experiência de Albuquerque (Cf. Batista, 2020).

No mais, a bolsa foi autorizada a partir de aproximadamente 1 de julho de 1959, e Alda recebeu a cópia de um livreto intitulado “Informações e regulamentos para bolsistas” (Paine, 10 jun. 1959, p. 1). Em 22 de julho de 1959, informava-se que ela e Celina Mendonça Cunha haviam chegado aos Estados Unidos (Hwk, 22 jul. 1959).

Em 10 de agosto de 1959, o *staff* da FR registrou um pedido da enfermeira pernambucana para encontrar Virginia Arnold em Nova Iorque, e afirmava-se que ela “ainda está hesitante, porém, em falar inglês” (Clipped..., 10 ago. 1959, p. 1). Contudo, o assunto da conversa não estava relacionado ao idioma, mas aos caminhos que ela desejava seguir na formação internacional. Demonstrando domínio da escrita em língua inglesa, ela escreveu de próprio punho para Arnold:

Prezada senhorita Arnold,

Fiquei muito feliz em receber sua carta. Gostaria de conversar com vocês sobre meu curso na Wayne State University, quando estarei em Nova York.

Levarei comigo meu currículo na Escola de Enfermagem e na Universidade.

Eu apreciaria muito se pudesse me formar lá.

Gostaria de conseguir uma reserva no Abbey Hotel para três dias, 2, 3 e 4 de setembro.

Atenciosamente,

Alda Moraes de Albuquerque (Albuquerque, 16 ago. 1959, p. 1).

Embora o desejo de concluir um mestrado no exterior fosse expressado por Alda Albuquerque, algumas avaliações sobre o seu inglês, ao longo do processo, assim como o das bolsistas Vera Domingues e Celina da Cunha, foram negativas. Em carta de Joyce Day a Virginia Arnold, em 26 de outu-

bro de 1959, afirmava-se ainda que a enfermeira pernambucana também carecia de alguns conhecimentos no campo da enfermagem, o que levou a desencorajá-la sobre a possibilidade de realizar um mestrado (Day, 26 out. 1959, p. 1). A enfermeira norte-americana ainda afirmou que, se fosse muito importante para Alda Albuquerque retornar ao Brasil com o mestrado, que isso fosse expressado por Arnold, para que o programa de estudos que havia sido montado fosse modificado, com cursos adicionais de inglês.

A resposta para esse questionamento não foi dada após consulta à própria Alda. Virgínia Arnold escreveu para Robert Watson, no Brasil, e este para a diretora da EER, para decidir o que fazer. A resposta de Margaret Costa apresentou muitos questionamentos a exemplo de: quantas lições de inglês seriam suficientes para que Alda obtivesse o mestrado? Ou: Albuquerque já possuía o mais alto grau de docência oferecido no Brasil, que era a licenciatura. Se ela queria um mestrado para o ensino de Enfermagem Cirúrgica, não estaria duplicando graus? (Mein, 7 jan. 1960). O tom da sua carta deixava à mostra muitas das suas concepções sobre a formação internacional de enfermeiras, registradas no artigo que produziu como bolsista da Kellog.

Além disso, afirmou que não havia reciprocidade no Brasil para nenhum diploma recebido nos Estados Unidos, e que o Ministério da Educação não validaria qualquer certificado, a menos que a candidata passasse por exames. Também, que o Itamarati registraria diplomas como válidos e que seu valor se limitaria à experiência que se adquiria ao obtê-los, e em apresentá-los como parte dos requisitos para a cátedra. Por fim, considerava que a experiência em um hospital de ensino universitário teria valor mais direto e de maior alcance para a enfermeira, em uma escola daquela natureza no exterior (Mein, 7 jan. 1960).

A carta de Margaret Mein acabaria selando a decisão de não matricular Alda em um curso de mestrado. O destino de estudo profissional da enfermeira pernambucana foi decidido entre as instâncias superiores do acordo entre a FR e a EER, passando por cima das expectativas que ela já havia demonstrado tanto da ficha que preencheu ao se candidatar como bolsista, quanto na correspondência enviada para Virgínia Arnold.

Muito provavelmente, se questionada sobre as duas possibilidades – estudar mais inglês para obter o mestrado e apenas seguir observando aulas de Enfermagem Cirúrgica –, ela ficaria com a primeira. A resposta final, de



Virginia Arnold a Margaret ressaltou que: “o único motivo pelo qual escrevi para você sobre esse assunto foi porque o pedido de bolsa parecia indicar o interesse em um diploma” (Arnold, 22 jan. 1960, p. 1). E realmente, havia.

A análise do programa de estudos de outono de 1959 e primavera de 1960 apontam que, ao longo do seu percurso nos Estados Unidos, Alda se dedicou especialmente às questões práticas que envolviam a Enfermagem Cirúrgica, o que certamente contribuiu para a sua atuação, quando de volta ao Recife.

**Quadro 1:** Programas cursados por Alda Moraes de Albuquerque.

<b>Curso – Outono 1959</b>
Orientação para estudantes internacionais
Enfermagem Médico-cirúrgica
Prática de campo em Enfermagem Médico-cirúrgica
Princípios e métodos de ensino em Enfermagem
Inglês para estudantes estrangeiros
<b>Curso – Primavera 1960</b>
Orientação para estudantes estrangeiros
Fundamentos da Administração
Crescimento e Desenvolvimento
Prática de campo em Crescimento e Desenvolvimento
Prática de campo em Ensino
Enfermagem Médico-cirúrgica
Prática de campo em Enfermagem Médico-cirúrgica

Fonte: Pickering (3 mar. 1960).

### ***Considerações finais***

A análise da trajetória de Alda Moraes de Albuquerque funciona como um *locus* importante para a compreensão sobre aspectos que compuseram a política de bolsas da FR. Embora a instituição tivesse a pretensão universal de formar quadros para atuar em instituições locais, às quais apoiava, esse processo ocorreu de maneira diversa em diferentes lugares do mundo, e mesmo dentro do Brasil.

O caso da EER possivelmente é o primeiro em que a diretora de uma escola de enfermagem se posicionou abertamente de maneira adversa ao fornecimento de viagens ao exterior para a formação de profissionais da sua área. Ao defender que o dinheiro fosse empregado na criação de uma pós-graduação no Brasil, Margaret elencou os inúmeros motivos pelos quais não considerava as bolsas produtivas.

Por outro lado, Alda era uma profissional de destaque, mas que não havia sido formada pela EER. Vinha de uma instituição católica. Ao assumir o novo posto, considerou que um diploma de mestrado seria um diferencial frente a outras docentes brasileiras, e como pré-requisito para assumir a cátedra de Enfermagem Cirúrgica. Contudo, seu desejo não foi respeitado, primeiro devido ao baixo rendimento em língua inglesa, e, segundo, pelo próprio posicionamento da diretora, que considerava suficiente a observação de instituições no exterior.

Se, por um lado, a historiografia mostra mulheres como Haydée Guanais Dourado (Batista, Ferreira, 2024; Batista, Sarmento, Ferreira, 2023), que tomou a decisão limite de seguir para os Estados Unidos por conta própria, para tentar conseguir uma bolsa, outros casos, como o analisado, demonstram que algumas mulheres infelizmente tiveram seus interesses, desejos e aspirações profissionais estancados devido às imposições do programa de bolsas.

Este texto nos convida a investigar novas trajetórias femininas nas ciências e na saúde, e a trazer à tona os processos, as lutas e os silenciamentos que integraram as suas histórias.

## **Referências**

ABRÃO, Fátima Maria da Silva. *Primórdios da enfermagem profissional na cidade do Recife - Pernambuco: raízes da pré-institucionalização da formação do campo organizacional (1922-1938)*. Tese (Doutorado), – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ABRÃO, Maria de Fátima da Silva et al. Ensino de enfermagem na época do Estado Novo: o caso da Escola Medalha Milagrosa. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n.º 4, 2016.

ALBUQUERQUE, Alda. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 16 ago. 1959.

ARNOLD, Virginia. *Letter to Margaret Mein*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 22 jan. 1960,

BARREIRA, Ieda Alencar. Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* n.º 1, p. 161-176, julho, 1997.

BATISTA, R. dos S.; FERREIRA, L. O. Maria Clayde Teixeira Barroso e a profissionalização da enfermagem no nordeste brasileiro (1937-1978). *História Revista, Goiânia*, v. 28, n.º 1, p. 178-194, 2023. DOI: 10.5216/hr.v28i1.75229. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/historia/article/view/75229>. Acesso em: 28 fev. 2024.

BATISTA, Ricardo dos Santos; FERREIRA, Luiz Otávio. Haydée Guanais Dourado: formação profissional e financiamento da Fundação Rockefeller (1941-1956). *Here – História de Enfermagem*, Brasília, v. 14, 2023.

BATISTA, Ricardo dos Santos; SARMENTO, Aurélia; FERREIRA, Luiz Otávio. Mulheres na ciência: a trajetória de Haydée Guanais Dourado como possibilidade para o ensino de história. In: MARINHO, Joseanne Zingleara Soares; FONTINELES FILHO, Pedro Pio. *Ensino de história: teorias, práticas e novas abordagens – Volume 2: “A história da saúde, das doenças e das ciências no ensino de História”*. Recife, PE: Edupe, 2023.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Assistência à saúde no Hospital Santa Izabel (1900-1930). In: SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da; BATISTA, Ricardo dos Santos. (Org.). *História e saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia*. 1ed.Salvador: Eduneb, 2018,

BATISTA, Ricardo dos Santos. Bolsistas da Fundação Rockefeller e a internacionalização da saúde brasileira: viagens de médicos da Faculdade de Medicina da Bahia aos Estados Unidos (1920-1925). In: BATISTA, Ricardo dos Santos; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da (Orgs.). *Quando a história encontra a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2020.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Uma Escola de Enfermagem para o Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de História da Educação*, v. 24, n.º 1, p. e315, 11 jan. 2024.

BONINI, Bárbara Barrionuevo. *Participação de enfermeiras americanas na profissionalização da enfermagem brasileira: 1942 – 1961*. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-24112015-122931/>. Acesso em: 24 fev. 2024.

BRAGA, Ernani. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 18 fev. 1959.

BRAGA, Ernani. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 13 abr. 1959.

CAMPOS, André Luiz Vieira. *Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de Enfermagem*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.º 3, pp. 897-88, 2008.

CAMPOS, André Luiz Vieira. *O Serviço Especial de Saúde Pública: políticas internacionais e respostas locais*. *História em Revista*, Pelotas, v. 11, pp. 37-61, dez. 2005.

CARLOS, Djailson José Delgado *et al.* *Escolas de enfermeiras no nordeste brasileiro (1943-1975)*. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 15, n.º 2, p. 326-333, mar./abr. 2014

CARVALHO, Anaide Correa de. *Associação Brasileira de Enfermagem (1926-1976): Documentário*. Brasília: ABEn; 197633-9. 1976.

CLIPPED from HWK. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 29 maio 1959.

COSTA, Margaret Elizabeth Mein. *Preparação para liderança na Educação em Enfermagem*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 26 out. 1959.

DAY, Joyce. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 26 out. 1959.

DAY, Joyce. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 29 maio 1959.

DOURADO, Haydée Guanais. *Entrevista concedida a Ieda de Alencar Barreira em 24 de novembro de 1986*. Rio de Janeiro. Acervo de História Oral do

Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CDOC/EEAN/UFRJ). Depoimento n. 14.

FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1915-1951)*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

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

HWK. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 29 maio 1959.

MEIN, Margaret. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 7 jan. 1960.

MOREIRA, Almerinda; PORTO, Fernando; OGUISSO, Taka. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista “O Brazil-Médico”, 1890-1922. *Rev Esc Enferm USP*, v. 36, n.º 4, p. 402-407, 2002.

NASCIMENTO, Simone de Aguiar do. “*O dia da enfermeira*” nas páginas da *Revista da Semana (1929-1930)*: Anna Nery e os lucros simbólicos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2011. 146 p.

PAINÉ, Janet M. *Letter to Alda Albuquerque*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 29 maio 1959.

PICKERING, Charlotte. *Letter to Virginia Arnold*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 3 mar. 1960.

PORTO, Paloma. Em nome da “neutralidade”: as dinâmicas nas políticas de financiamento científico no ICB. In: GOMES, Ana Carolina Vimieiro; MARQUES, Rita de Cássia. *A ciência no ICB UFMG: 50 anos de história*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2021.

ROCKEFELLER FOUNDATION. *The Rockefeller Foundation: personal history an application for a fellowship in surgical nursing*. RF records, Fellowship files, Series, 305, Subseries 305.E, Box 68, Folder 1350. 1959.

SILVA, Elizabete Noemia da. *Pensamento curricular contemporâneo na formação dos cursos de graduação em enfermagem em universidades públicas*. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2014.

TOTA, Antonio Pedro. *O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da Segunda Guerra*. São Paulo: Cia das Letras, 2020.

TOURNÈS, Ludovic; SCOTT-SMITH, Giles (eds.). *Global Exchanges: scholarships and transnational circulations in the Modern World*, New York/Oxford: Berghahn Books, 2018.

## *Doenças endêmicas e a produção de inseticidas no Brasil: do Instituto de Malariologia a Farmanguinhos (1946-1976)*

Tania Maria Fernandes<sup>1</sup>

### *Resumo*

A fabricação de inseticidas – BHC e DDT – e outros produtos utilizados no controle e tratamento de algumas doenças, principalmente as de caráter endêmico, como a malária e a doença de Chagas, promovida por órgãos públicos vinculados ao governo federal – Instituto de Malariologia (IM), Serviço de Produtos Profiláticos, IPROMED e o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), constitui uma configuração de trajetórias institucionais importantes no Brasil. Ao longo de trinta anos, estes órgãos se alternaram, redimensionando as atribuições e ações originais, mantendo a pesquisa e a produção como focos, incorporando, além dos inseticidas contra os vetores transmissores de doenças, a fabricação de outros produtos profiláticos e terapêuticos. O Serviço Nacional de Malária (SNM), o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INE-Ru), orientaram as ações institucionais desses órgãos, assim como, também, determinaram as mudanças físicas, dos terrenos da Cidade dos Meninos, do prédio do SNM, em São Cristóvão, e do Instituto Oswaldo Cruz.

Essas mudanças institucionais refletem as diferentes perspectivas e atribuições que envolviam pesquisa e fabricação de inseticidas e de produtos profiláticos e terapêuticos para amplo leque de doenças e aplicação em saúde.

A produção e o uso de inseticidas e agrotóxicos geraram movimentos de ambientalistas e de grupos populacionais contra a contaminação do ar

---

<sup>1</sup> Pesquisadora Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz e Doutora em História Social/ USP.

e dos alimentos enfrentados como questão de saúde pública, o que inclui esses órgãos no Brasil. A fábrica da Cidade dos Meninos e da Fiocruz, se depararam, na década de 1990, com críticas e processos, advindos dessas manifestações, por terem descartado indevidamente grande volume de inseticida e material utilizado na sua produção, o que favoreceu o uso inadequado desses e a contaminação ambiental na região da Cidade dos Meninos.

## ***Introdução***

As doenças endêmicas no Brasil, na década de 1940, como malária, doença de Chagas, febre amarela, esquistossomose e filariose, configuraram-se como impulsionadoras da criação e trajetória de algumas instituições que deram origem, em 1970, ao Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), vinculado à Fundação Oswaldo Cruz, a partir do Instituto de Malariologia. Essas instituições, foram responsáveis pela produção de inseticidas destinados ao controle dos vetores responsáveis pela disseminação destas enfermidades e, também, pela fabricação de produtos direcionados a outras doenças num leque mais amplo, fora do espectro de “doenças endêmicas”, mas de relevância para o país.

Ao longo de trinta anos, de 1946 a 1976, iniciados com a criação do Instituto de Malariologia (IM)<sup>2</sup>, subordinado ao Serviço Nacional de Malária (SNM)<sup>3</sup>, a pasta ministerial da saúde atuou na execução de pesquisas, investigações e promoção de ações diretas sobre doenças endêmicas. A reestruturação do instituto, nesse período, deu origem a outras instituições estatais – Serviço de Produtos Profiláticos (SPP), o Instituto de Produção de Medicamentos (IPROMED) e o Instituto de Tecnologia em Fármacos – com atribuições e ações redimensionadas, ao longo do período, mantendo a pesquisa e a produção de inseticidas e produtos profiláticos como focos. Além dessas, foram envolvidas outras instituições, como o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), o Instituto Nacional de Endemias

---

2 O IM foi criado em 27 de agosto de 1946, pelo Decreto-Lei No. 9655, subordinado ao Serviço Nacional de Malária, do Departamento Nacional de Saúde, com sede no Distrito Federal e destinado a realizar estudos, pesquisas e investigações sobre a malária.

3 O Serviço Nacional de Malária foi criado em 2 de abril de 1941, pelo Decreto-Lei No. 3171, com a fusão do Serviço de Malária do Nordeste e do Serviço de Malária da Baixada Fluminense, a partir da reorganização do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde Pública e teve seu Regimento Interno aprovado em 4 de fevereiro de 1942, pelo Decreto N. 8677.



Rurais (INERu), um laboratório em Belo Horizonte (mais tarde Instituto René Rachou), a diretoria do Serviço e a Seção de Epidemiologia, localizadas no bairro de São Cristóvão (Rua Melo e Souza 142), na cidade do Rio de Janeiro. A Cidade dos Meninos, o Instituto Oswaldo Cruz e a Fundação Oswaldo Cruz se configuraram, também, como partes desta trajetória.

Essas mudanças institucionais refletem as diferentes perspectivas e atribuições que envolviam pesquisa e fabricação de inseticidas, de produtos profiláticos e terapêuticos para amplo leque de doenças e aplicação em saúde.

O Instituto de Tecnologia em Fármacos, conhecido como Farmanguinhos, incorporou, na década de 1970, as atribuições de produção de inseticidas e medicamentos, e se transformou em uma das unidades técnicas da Fundação Oswaldo Cruz reconhecida, atualmente, como o maior laboratório farmacêutico do Ministério da Saúde, assumindo além da produção de fármacos, o desenvolvimento de pesquisa e de novos conhecimentos em inovação tecnológica e formação de recursos humanos na área. (Farmanguinhos, 2024).

O IM, o SPP, o IPROMED e Farmanguinhos traduzem essas mudanças do laboratório e da fábrica, do uso de inseticidas e da produção de medicamentos em momentos diferenciados que ocuparam os espaços físicos, dos terrenos da Cidade dos Meninos, em Caxias, do Instituto Oswaldo Cruz e da Fundação Oswaldo Cruz, em Manguinhos.

Tanto o IM, quanto o SPP, durante o período de atuação na Cidade dos Meninos, produziram grande volume de material contaminante, fruto da fabricação dos inseticidas, que não foi descartado de forma correta, provocando grave problema ambiental, detectado e amplamente divulgado ao final da década de 1990, que deixou um passivo de responsabilidade da a ser responsabilizado pela Fundação Oswaldo Cruz.

O interesse por essa investigação foi motivado pela entrevista realizada com Paulo Barragat no âmbito de um projeto de pesquisa<sup>4</sup> acerca da comunidade científica que envolvia investigações em plantas medicinais por nós desenvolvida. Paulo Barragat, era químico, trabalhou no Instituto de Química Agrícola, posteriormente EMBRAPA (Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias), e foi convidado a participar da instalação do Ins-

---

4 Acervo de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/ DAD, no projeto “História e Memória das Políticas Científicas em Plantas Medicinais” sob coordenação de Tania Maria Fernandes, 1996.

tituto de Malariologia, e de sua transferência para Manguinhos, atuando na criação de Farmanguinhos, como um de seus diretores. O olhar de Barragat, extraído dos documentos oficiais e da entrevista, pode oferecer importante contribuição sobre o processo de fabricação de inseticidas e demais produtos utilizados no controle de algumas doenças no Brasil, principalmente as endêmicas, promovidas pelos órgãos públicos.

Nossa perspectiva é, desta forma, analisar as instituições responsáveis pelo controle de algumas doenças tendo a malária como matriz e a produção de inseticidas por esses órgãos públicos como centro da análise, considerando a incorporação de outras doenças ao leque da ação institucional do IM.

### ***Instituto de Malariologia: instalação e primeiros momentos***

O Instituto de Malariologia (IM), foi criado em 1946, porém somente instalado em 07 de maio de 1949, em caráter provisório, na Cidade dos Meninos<sup>5</sup>, no Município de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, na região da Baixada Fluminense, localizada no Km 12 da antiga estrada Rio- Petrópolis. Por tratar-se de um terreno de propriedade do governo federal, com várias construções, com uso somente parcial pelo Abrigo Cristo Redentor<sup>6</sup>, e por localizar-se distante da cidade, esse espaço foi indicado inicialmente para a instalação de um instituto de pesquisa e formação sobre a malária, incorporando, ainda em seu início, o projeto de uma fábrica pública de inseticidas, com inauguração pelo Presidente da República e divulgação em Imprensa, marcando a relevância do evento (Inaugurado, 1949; Inaugurada, 1950).

Na mesma região esteve implantado, até 1941, o Serviço de Malária da Baixada Fluminense<sup>7</sup>, por tratar-se de área endêmica da doença, o que cer-

---

5 Esta “Cidade” foi idealizada por Darcy Vargas, como obra da Fundação que levava o seu nome, quando ainda era primeira-dama do país, para abrigar meninas, daí a denominação inicial de Cidade das Meninas. O projeto de Darcy foi interrompido com a destituição do presidente Vargas, sendo então o terreno cedido ao Abrigo Cristo Redentor pelo Decreto-Lei No. 9899, em 16/09/1946, dando continuidade ao projeto inicial de acolhimento de meninos. Apesar de nunca ter sido implantada a Cidade das Meninas e sim a dos Meninos, vários ofícios e cartas referem-se ao local pela denominação original.

6 No início, em 1946, quatro (4) pavilhões foram ocupados por menores, 28 em cada um, e os outros por famílias de funcionários e alguns imigrantes vindos da Ilha das Flores. Em 1948, teve início a Escola Agrícola que tinha como principal objetivo a formação de agricultores e técnicos rurais.

7 O Serviço de Malária da Baixada Fluminense, foi extinto em 1941 a partir de sua fusão com o Serviço de Malária do Nordeste, e criação do Serviço Nacional de Malária, pela reorganização do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde Pública (Decreto-Lei nº. 3171).

tamente contribuiu para a escolha do local pela vinculação dos dois serviços.

Foram utilizados oito pavilhões no terreno da Cidade dos Meninos, que ainda estavam com construção inacabada, que deveriam ser devolvidos, segundo proposta de Raphael Levy Miranda, provedor do Abrigo Cristo Redentor, à razão de um por ano, a partir de 1952, quando então o Instituto deveria ser transferido para um prédio próprio (Miranda, 1947).

Subordinado ao Serviço Nacional de Malária, dirigido por Mario Pinotti (1942-1956), o IM apresentava como função inicial, segundo o decreto de criação, em 1946, “realizar estudos, pesquisas e investigações sobre a malária”<sup>8</sup>, através da formação de pessoal especializado e desenvolvimento de pesquisas sobre terapêutica, epidemiologia, entomologia e profilaxia da malária. Apesar de ser definido como uma instituição de pesquisa, o IM foi criado, como destacou Mario Pinotti, no discurso de inauguração da instituição, “para resolver problemas imediatos de campanha [contra a malária]” (Barragat, 1996 [1]). Neste discurso, Pinotti ressaltou a importância das diferentes atividades a serem ali desenvolvidas, referindo-se à instituição como a “célula-mater de uma verdadeira Escola Brasileira de Malariologia, em condições de ombrear com as maiores do mundo pela aplicação prática dos resultados de seus estudos e pesquisas” (Revista, 1949, p. 144-145; Inaugurado, 1949). Ainda na cerimônia de inauguração, o diretor do Departamento Nacional de Saúde, Heitor Fróes, ressaltou a colaboração da Fundação Rockefeller e do Instituto Oswaldo Cruz, que segundo ele “colocaram à disposição da nova entidade ilustres técnicos de reconhecida competência especializada” (Fróes, 1949, p. 123). Os discursos de inauguração do instituto destacavam, também, o papel da instituição na realização de pesquisas epidemiológicas e químicas e no aperfeiçoamento de pessoal técnico em malariologia, particularmente em entomologia e química (Revista, 1949). Ainda no ano de inauguração do IM, em função da transferência para o SNM, das atividades desenvolvidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na Bacia Amazônica, vários profissionais foram alocados no instituto, entre eles Leônidas Deanne, pesquisador em entomologia, que se destacaria no Instituto Oswaldo Cruz, posteriormente (Revista, 1950).

A alteração do objetivo inicial do IM incorporou, também, modificação em sua estrutura nos locais de sua atuação, com desmembramento

---

8 Decreto-Lei N. 9655, Cria no Serviço Nacional de Malária, do Departamento Nacional de Saúde, o Instituto de Malariologia de 27 de agosto de 1946.

físico da área de pesquisa, transferida para Belo Horizonte, e mudança da parte técnico administrativa e da diretoria para um prédio no bairro de São Cristóvão vinculado ao SNM. A produção de inseticidas – BHC (hexaclo-rociclohexano), a pasta de DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano) e rodenticidas – e de alguns medicamentos, permaneceram, até a década de 1960, na Cidade dos Meninos e no prédio de São Cristóvão, até que foram instalados em Manguinhos, em terreno do Instituto Oswaldo Cruz.

### ***IM e SNM com atribuições além da malária***

O Serviço Nacional de Malária [SNM], apesar de suas finalidades originais direcionadas para o controle da malária<sup>9</sup>, foi, a partir de dezembro de 1949, incumbido de estabelecer uma campanha profilática contra a doença de Chagas, justificado por Fernando Bustamante (1952), pela inexistência de outra instituição com funções, equipamento e pessoal, direcionados para essa doença e pela similaridade das orientações para o controle das duas enfermidades, também com amplo uso de inseticida. A ampliação das atividades iniciais incluiu, também, o controle da filariose e de outras doenças de caráter endêmico, que respondiam a medidas de combate aos vetores em sua fase aquática, com aplicação de substâncias larvicidas, drenagem de áreas alagadas e retirada de plantas bromeliáceas, principalmente, que passaram a ser controladas por inseticidas (Bustamante, 1951; Hochman, Mello e Elian dos Santos, 2002, Elian dos Santos, 2003).

A ampliação das atribuições institucionais do IM envolveu o controle da doença de Chagas, da febre amarela, da esquistossomose e da filariose e, em seguida, da peste e de outras doenças, além da produção de medicamentos contra tuberculose e hanseníase. A expansão das atribuições, tanto do SNM, quanto do IM, para além do controle da malária, estavam em consonância com a alteração dos objetivos originais das duas instituições que permaneciam com referência à malária.

A criação do instituto contribuiu para a incorporação, no Brasil, das experiências no combate a doenças endêmicas, que foram formuladas durante a Segunda Guerra Mundial, principalmente, para o controle de veto-

---

9 Decreto n. 8677 de 4 de fevereiro de 1942. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Malária do Departamento Nacional de Saúde.

res, como mosquitos e outros insetos, com uso de inseticidas. O espaço rural e a produção agrícola do país caracterizavam a maior parte da preocupação do instituto na sua origem, voltada para doenças endêmicas dessas regiões, com aplicação de inseticidas, inclusive, na agricultura, no controle de insetos predadores. Ernest Paulini, engenheiro químico que atuou no IM, ressaltou o papel do DDT na saúde pública e na agricultura, destacando, seu emprego durante a Segunda Guerra contra o mosquito da malária e o piolho-sugador, além da baixa toxicidade para o homem (Paulini, 2004).

A criação do IM deu-se no âmbito do desenvolvimento industrial no Brasil, que assumia como base o modelo de substituição de importação, que buscava criar condições para a produção local e independência nacional, traduzindo, também, uma perspectiva de associação de políticas de saúde com a construção do Estado com base numa política desenvolvimentista (Hochman, 1998; Santos, 2003; Kropf, 2016).

No ano seguinte à inauguração do instituto, em 15 de agosto de 1950, foi criada a fábrica de inseticida BHC ou HCH (hexaclorociclohexano), que apresentava uma tecnologia de produção simples e de custo reduzido, com ação eficaz no combate à doença de Chagas, garantindo diminuição dos gastos que envolvia a aquisição de inseticida importado. Previa-se ainda, neste momento, o início dos estudos para a fabricação da matéria-prima, com uso de óleo de rícino e glicerina, utilizados no preparo do agente emulsificante do DDT, na perspectiva de diminuição dos custos de produção e ampliação, com os dois inseticidas, da gama de doenças que poderiam ter seus agentes transmissores controlados com produto nacional (Bustamante, 1951). O início da produção da pasta de DDT em escala industrial deu-se em setembro de 1953, no prédio do SNM, em São Cristóvão, no Rio de Janeiro, após obter do Departamento Nacional de Propriedade Industrial, a patente de invenção sendo, em 1959, a produção transferida para a Cidade dos Meninos.

Os inseticidas para campanhas de saúde pública, principalmente os organoclorados, tiveram ampla adesão em função de seu uso nas guerras, pelo controle de vetores transmissores de doenças, fixação no ambiente e prolongamento de sua ação, além de sua capacidade como arma química. Configuraram-se como grandes aliados dos projetos de erradicação da malária em substituição aos de controle da doença, em virtude de sua ação pesticida, sustentado por forte otimismo (Hochman, 2006).

Além de estudos e fabricação de inseticidas e produtos profiláticos o instituto emvidou esforços na pesquisa e produção do sal cloroquinado para o tratamento e profilaxia da malária, através da mistura da cloroquina ao sal de cozinha, a ser distribuído à população das áreas infestadas pelo vetor. O Diretor do SNM, Mário Pinotti, foi o idealizador deste método profilático, com sal cloroquinado, conhecido, então como método Pinotti, aplicado à várias regiões do país (Pinotti, 1953; Elian dos Santos, 2003; Hochman, Mello e Eliand dos Santos, 2002; Silva e Hochman, 2011). Esse projeto, idealizado por Pinotti, foi aplicado durante dez anos, e segundo Paulini, “resultou em muito trabalho inovador e muitas publicações, tanto no Brasil, como no exterior”, com destaque para a participação do IM no Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene, de 1952, que auxiliou na divulgação do método (Paulini, 2004, p. 150).

Os primeiros caminhos do instituto, voltavam-se, também, para o aperfeiçoamento técnico e a formação de malariologistas, esta que, na realidade, era a função precípua do IM. Em março de 1951, foi iniciado o primeiro curso de química de inseticidas do instituto, com divulgação e aclamação da grande imprensa, e pronunciamento de Mario Pinotti, diretor do Serviço Nacional de Malária, sobre a importância da produção de inseticidas em instituição brasileira pelo país, que visava, segundo ele, “libertar a economia nacional dos onerosos encargos resultantes da importação de inseticidas de procedência estrangeira, aliviando em escala bastante apreciável o passivo de nossa balança comercial” (Serviço, 1951).

Ao final da década de 1950 o combate à malária configurou-se como um dos temas da Reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS), em Bogotá, no que diz respeito à opção pela perspectiva de controle ou de erradicação da doença, o que impunha a utilização de técnicas diferenciadas de ação e alterava, inclusive, a forma de aplicação e o tipo de inseticida a ser utilizado, além de contrapor a indicação de sal cloroquinado ao uso de DDT. Esta questão se configurou como ponto importante e foi indicada ao Brasil a proposta da perspectiva de mudança de controle para erradicação nacional da malária, inserindo-a nessa discussão ao lado de outras doenças.

## ***Desativação do Instituto de Malariologia: longo processo e inúmeras desavenças***

A convivência com os vizinhos do Abrigo Cristo Redentor, ao contrário do que fora ressaltado quando da inauguração do Instituto de Malariologia, passou, ao longo dos anos, a ser pouco amistosa, tanto pelo tipo de ocupação, principalmente dada à fabricação de inseticidas, como pelo fato do Serviço de Malária ter se comprometido em deixar o local a partir de 1952, o que não ocorreu, agravado pelo episódio do incêndio e explosão ocorridos no elevador de gelo da fábrica que vitimou sete de seus funcionários em 1952 (Violenta, 1952; Incêndio, s/d).

O processo de desativação do instituto na Cidade dos Meninos se deu em etapas e de forma bastante conflituosa. Apesar do acordo estabelecido entre o SNM e o Abrigo Cristo Redentor, de que os pavilhões a serem cedidos ao Serviço seriam devolvidos a partir de 1952, conforme explicitado pelo Provedor Raphael Levy Miranda (Miranda, 1947) e acaatado, oficialmente, pelo Ministro da Saúde, Mario Pinotti, (Pinotti, 1947), este processo somente teve início em 1954. A primeira manifestação, nesse sentido, se deu com a transferência das atividades de pesquisa para Belo Horizonte e prosseguiu no ano seguinte, em 1955, quando a fabricação do BHC foi interrompida devido, segundo Barragat, “ao elevado preço que atingiu o cloro engarrafado, principal matéria-prima, tornando anti-econômica a síntese do referido inseticida por aqueles que não produzissem também o próprio cloro” (Barragat, 1962 [B]; Barragat, 1962 [D]). A transferência das atividades de pesquisa do Instituto de Malariologia para BH, assim como a desativação da fábrica de BHC, favoreceu a desocupação de alguns prédios, porém não correspondeu a liberação de todos os imóveis, o que facilitou, ao contrário do que esperava o Provedor do Abrigo, a reutilização e ampliação dos pavilhões.

Essa reformulação das atividades do instituto, que foi substituído pelo Serviço de Produtos Profiláticos (SPP)<sup>10</sup>, se inseria no projeto de institu-

10 O Serviço de Produtos Profiláticos (SPP) originou-se da Lei n.º 2.743, de 6 de março de 1956, que criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) no Ministério da Saúde. Por esta legislação competia ao SPP o preparo de produtos destinados ao combate a vetores, hospedeiros ou agentes etiológicos das endemias definidas para o DNERu, assim como colaborar com o Instituto Nacional de Endemias Rurais nas investigações sobre a eficiência de produtos profiláticos. Seria constituído de estabelecimentos industriais, para preparo de inseticidas, moluscocidas, raticidas e de outros produtos, que se fizerem necessários ao desenvolvimento das diversas campanhas profiláticas.

cionalização do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)<sup>11</sup> e, também, do Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu)<sup>12</sup>, ambos direcionados ao controle das principais endemias do país.

A criação do Departamento de Endemias Rurais (DNERu), em 1956, tendo como diretor Mario Pinotti, como assinala Cristina Fonseca, respondia à proposta de unir profilaxia e pesquisa, destacada por Celso Arcoverde e Bichat de Almeida, e recolocava no debate a importância das endemias como “entraves ao projeto desenvolvimentista do governo Juscelino Kubitschek” (Fonseca, 2001, p.300). A criação do Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu) e do Serviço de Produtos Profiláticos (SPP), atendiam a esta proposta estabelecendo distinção entre os grupos de atividades: ações locais e investigações epidemiológicas, atividades de pesquisa e fabricação de produtos profiláticos.

As atividades de pesquisa subordinadas ao INERu originaram três instituições que traduziam a perspectiva de regionalização das investigações definidas pelo DNERu: o Instituto René Rachou, em Belo Horizonte que absorveu as pesquisas do Instituto de Malariologia, o Instituto Aggeu Magalhães, em Recife, e a Fundação Gonçalo Muniz, em Salvador. Esses dois institutos, originalmente vinculados aos governos estaduais de Pernambuco e Bahia, respectivamente, desenvolveriam pesquisas direcionadas a várias enfermidades, principalmente, malária, doença de chagas, leishmaniose e esquistossomose em suas regiões e foram, então, incorporados a estrutura ministerial.

---

11 O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) foi criado através da Lei N. 2743, de 06 de março de 1956, subordinado ao Ministério da Saúde. Ao Departamento Nacional de Endemias Rurais cabe organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país, cuja investigação e combate lhe forem especialmente atribuídas pelo Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as conveniências de ordem técnica e administrativa. A criação do DNERu unificou, também, os antigos Serviços Nacionais do Ministério da Saúde.

12 O Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu) originou-se da Lei N. 2.743, de 6 de março de 1956, que criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) no Ministério da Saúde. Por esta legislação competia ao INERu realizar pesquisas e estudos sobre as endemias definidas para o DNERu, com a finalidade de ampliar o conhecimento das mesmas e aperfeiçoar os métodos profiláticos destinados a combatê-los, bem como estabelecer as normas para inquéritos sobre as referidas doenças e promover sua realização.



Com a extinção do IM e criação do SPP, este passou a produzir outros medicamentos e produtos como colírios, injetáveis, xaropes, pomadas, comprimidos. A fabricação da pasta de DDT foi transferida para São Cristóvão, retornando, em 1960, para a Cidade dos Meninos, o que ativou novo atrito com o Abrigo, cujo diretor afirmou, em correspondência ao Ministro da Saúde, que “o patrimônio constituído pelo governo (...) está sendo usurpado por uma repartição, que em vez de administrá-lo escrupulosamente, permite seja explorado de modo abusivo” (Miranda, 1960). Tal correspondência, emitida pelo diretor do Abrigo, reiterou acusações anteriores sobre a ocupação dos pavilhões do abrigo e incitou, mais uma vez uma resposta emitida pelo diretor do SPP, Gerardo Bijos, em defesa do serviço (Bijos, 1961).

A reocupação do terreno da Cidade dos Meninos para implantação do SPP, a fim de dar continuidade ao preparo de produtos para as campanhas profiláticas do novo departamento, se deu diante do diagnóstico do brigadeiro Gerardo Majela Bijos, então diretor do Serviço Nacional de Malária, que em carta ao diretor geral do DNERu, datada de março de 1957, narrou uma visita à Cidade dos Meninos, descrevendo a situação do local como de abandono pelo Abrigo o que justificaria a continuidade de seu uso pelo órgão público. Em sua apreciação ressalta que a área em questão era de propriedade da União Federal, que destinava recursos, também, ao Abrigo e que, entre os pavilhões existentes no terreno, oito eram ocupados pelo DNERu e 42 destinados ao abrigo, que ocupava 17 para a finalidade assistencial aos menores e os demais, por famílias e funcionários. Geraldo Majella Bijos, solicitou, então, autorização para que os serviços de fabricação de inseticidas retornassem àquele local, indicando ainda como proposta a recuperação de alguns prédios e a implantação de serviços assistenciais em saúde (Bijos, 1957). Entre 1960 e 1962, a Cidade dos Meninos deixou, então, de abrigar uma fábrica de inseticidas e um centro de pesquisas em malária para ter em seus terrenos, na realidade, uma fábrica de medicamentos e a preparação de pasta de DDT,<sup>13</sup> pois o BHC voltou a ser adquirido pelo país através de importação, diante do alto custo do cloro.

A solicitação formulada pelo diretor do SPP, para a reocupação da Cidade dos Meninos, foi aceita pelo DNERu, acirrando ainda mais o atrito com o provedor do Abrigo que, em 6 de setembro de 1960, remeteu ao

---

13 Desde 1953 o referido produto era preparado no prédio de São Cristóvão, do Serviço Nacional de Malária.

então ministro da saúde, Pedro Paulo Penido, documento solicitando mais uma vez, a desocupação do terreno. Narrava neste documento o processo de ocupação inicial dos prédios, informando que depois de ter montado o instituto, o diretor do Serviço Nacional de Malária resolveu, sem consentimento do Abrigo, instalar uma fábrica de inseticidas em terreno contíguo aos pavilhões, “sob todos os pontos de vista desaconselhável naquele lugar, devido à proximidade de grande número de crianças que vivem na vizinhança e por ali transitam constantemente”. Sobre a reocupação, ressaltava, ainda, Levy Miranda que “quando esperávamos que nos fossem devolvidos os pavilhões eis que se verifica o retorno dos antigos ocupantes aos mesmos, sem nenhum entendimento prévio com esta fundação”. No mesmo documento, Miranda acusa o ministro de ter autorizado a construção de um matadouro sem licenciamento, casas para funcionários, além de ter ocorrido invasão de culturas e apropriação de produtos agrícolas por parte de funcionários do Serviço (Miranda, 1960). Em resposta, o diretor do SPP desmentiu as acusações e ressaltou os serviços assistenciais que informou ter prestado aos moradores do Abrigo, com a construção de uma igreja e uma escola no local (Bijos, 1961).

Ao longo de 1961, essa discussão, regida por novos interesses, tomou outro rumo, envolvendo uma possível instalação do serviço em outro local, com aprovação do ministério da saúde e da direção do SPP. Esse serviço já não defendia sua manutenção na Cidade dos Meninos, ao contrário, criticava-a, tanto diante da pressão exercida pelo Abrigo, como pelo “ponto de vista econômico-industrial”, por tratar-se de “lugar ermo da Baixada Fluminense e desprovido de transporte coletivo” (Souza, 1961). Havia, na realidade, uma certa divergência quanto a transferência da instituição, explícita nas cartas e ofícios emitidos pelos dirigentes, sobressaindo, nesse momento, a aprovação quanto à transferência para Manguinhos.

Ao final de 12 anos, em 1961, a devolução dos pavilhões utilizados pelo IM e o SPP foi acatada pelo, então, ministro da saúde, Estácio Souto Maior, com base no parecer emitido pelo Consultor Jurídico do Ministério da Saúde, em 23 de março de 1961 (Maior, 1961), reiterando a aprovação de seu antecessor o ministro Paulo Penido, que afirmara (Processo MS 1239/61): “quero resolver em definitivo o assunto” (Barragat, 1962 [C]), (Barragat, 1962 [C]). A desativação do SPP na Cidade dos Meninos, no entanto, gerou um processo

que tramitou nas esferas ministeriais ao longo do ano de 1961 e parte de 1962, e envolveu a busca por uma nova localização para o SPP, defendida, então, pela direção do Serviço, que mudou a estratégia e passou a acatar as justificativas formuladas pelo Abrigo, com observações quanto as dificuldades enfrentadas pela instituição em virtude, principalmente da distância em relação a sede do DNERu, e das precárias condições de acesso e da infraestrutura da Cidade dos Meninos (Barragat, 1962 [C]).

Como uma possibilidade para instalação do SPP, foi indicada pelo Grupo de Trabalho, designado pelo Ministério da Saúde, e aprovada pelo diretor do DNERu, uma parte de um prédio localizado nos terrenos do Instituto Oswaldo Cruz, na Rua Leopoldo Bulhões 1480, em Manguinhos, que fora construído pela Secretaria de Saúde e Assistência do, então, Distrito Federal, com construção ainda inacabada (Barragat, 1962 [C]). A mudança para o novo prédio foi ressaltada pelo *O Jornal*, em 1962, como uma significativa economia para o Ministério da Saúde, com aplicação, inclusive de verba advinda do Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), do Governo Federal. (Guanabara, 1962).

Em 1962, o ministro Souto Maior aprovou a transferência do laboratório e liberou o terreno para o Abrigo devido, segundo Barragat, à insistência do provedor “que a cada ministro que subia, fazia um ofício pedindo a saída [do serviço] de lá” (Barragat, 1996 [2]). O diretor do DNERu, solicitou ao, então, diretor substituto do SPP, Carlos Modesto de Souza, um estudo sobre a possibilidade de desocupação do terreno, o que foi formulado com aprovação da proposta, assumindo como base que a permanência do serviço em área afastada da cidade causava grandes transtornos para os funcionários e só se justificava pela fabricação do BHC, já suspensa naquele momento. Ressaltou, no entanto, a necessidade de se garantir a manutenção do serviço que, naquele momento, estava direcionado à: preparação da pasta de DDT; de iscas de rodenticidas; de medicamentos para malária, ancilostomose, esquistossomose, verminoses, tracoma, lepra, além de outros medicamentos auxiliares como soro fisiológico, vitaminas e água bidestilada (Souza, 1961). A partir de 1962 voltaram a ser devolvidos ao Abrigo alguns prédios utilizados pelo DNERu na Cidade dos Meninos, permanecendo ainda ocupados naquela área dois pavilhões, a fábrica da pasta de DDT e algumas casas construídas pelo departamento e habitadas por antigos funcionários, o que acarretou mais uma vez desagravo ao provedor do Abrigo.

A perspectiva de desativação da fábrica da Cidade dos Meninos e a mudança para o prédio de Manguinhos provocou reação da Associação de Servidores do DNERu que, através de uma moção encaminhada pelo 1º Congresso Nacional dos Servidores do DNERu, em 1962, além de criticar o local escolhido para o novo laboratório, afirmou que a finalidade da mudança era “extinguir, definitivamente a indústria estatal a fim de motivar compras nos vários laboratórios de iniciativa particular, especialmente estrangeiros”. Esta acusação tinha como base a denúncia do funcionário Alberto Melo Leite acerca da possível inadequação do novo prédio para abrigar uma fábrica de produtos profiláticos, com suspeitas sobre a compra, por preços elevados, do BHC, por parte do DNERu. As acusações foram contestadas através de carta assinada por Paulo Barragat, que naquele momento ocupava o cargo de chefe da Seção Industrial, defendendo a escolha do local por aprovação de técnicos e de dirigentes dos órgãos envolvidos, contestando, também, o questionamento da compra do produto importado e justificando-a pela carência no mercado nacional (Barragat [B], 1962; Barragat [C] 1962; Barragat [D], 1962; Rosada, 1963).

A transferência ocorreu, ainda em 1962, após obras de adequação do novo prédio que contou com material, equipamentos e estruturas (encanamento, fiação, pias) dos antigos pavilhões com a justificativa de que eram de propriedade do serviço, o que foi contestado pelo provedor do Abrigo (Barragat, 1963).

As mudanças ocorridas desde 1956 até 1966, exprimem um processo de adequação e de ampliação das atividades do Instituto de Malariologia que, praticamente, desde sua origem vinha atendendo a várias doenças endêmicas, além da malária, produzindo inseticidas, realizando investigações sobre o controle dessas doenças, e fabricando medicamentos. As pesquisas, passaram a ser desenvolvidas pelo Instituto Rene Rachou, em Belo Horizonte, vinculado ao INERu, a fabricação de BHC foi suspensa, e o SPP assumiu a responsabilidade pelos demais produtos profiláticos.

### ***Cidade dos Meninos: uma história de ocupação popular e contaminação ambiental***

No que se refere ao possível risco à saúde diante da produção de inseticidas, fato constantemente reclamado pelo provedor do Abrigo, Gerardo Bijos, diretor do SPP, pronunciou-se afirmando: “não há nenhuma falta de

higiene e nem tampouco se constitui de elementos de periculosidade ao ambiente”. Acrescentou ainda que “a fabricação do BHC ficou paralisada por mais de dois anos e as emanações de cloro, mesmo em período de fabricação, constitui elementos de assepsia da área aberta e jamais malefícios na diluição” Acerca dessa afirmativa, Bijos, complementa que, “as estradas que dão acesso aos pavilhões estão cobertas de alfa BHC, constituindo motivo de sua conservação e de extirpação de focos de mosquitos” (Bijos, 1957). Esta contaminação, não reconhecida, neste momento, causará sérios problemas posteriormente, quando detectado o descarte sem tratamento dos produtos na Cidade dos Meninos e do uso inadvertido pela população local.

A associação entre interesses, poder político e questões técnicas garante determinados discursos e produção de argumentos que respondem a interesses específicos, pois quando o SPP voltou a ser instalado na Cidade dos Meninos, a direção do serviço ressaltou o lado positivo do abrigo de ter como vizinho um órgão produtor de inseticidas, o que, para o diretor do serviço, garantiria a desinfecção da área. Em outro momento, no entanto, quando era de interesse a transferência para local mais próximo à cidade, a defesa foi balizada pela possibilidade, naquele momento, de localização em área urbana, por não estar mais fabricando inseticidas, assumindo-o, neste momento, como um agente de contaminação ambiental, dada a utilização de substância clorada como solvente.

Este debate incluía, também o empenho do governo americano em fornecer gratuitamente o DDT para a campanha brasileira de controle e erradicação da malária, o que respondia a interesse dos Estados Unidos em manter em funcionamento as quatro fábricas de inseticida, que haviam sido fechadas pela condenação do produto como defensivo agrícola naquele país devido à alta toxicidade e à sua ação sobre o meio ambiente. Necessitando produzir para equilibrar o mercado industrial interno e controlar o nível de desemprego, era favorável aos Estados Unidos estabelecer doação do produto para os países que não o produzissem, como o Brasil (Fadul, 2021).

Ao longo da década de 1970, verifica-se no Brasil, o incentivo à produção de inseticidas com a implantação do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA), criado em 1975, que tinha como objetivo aumentar a produção de agrotóxicos no Brasil e reduzir a dependência de importações, enquanto em outros países, ocorria o inverso com proibição do uso de deter-

minados agrotóxicos em seus territórios, particularmente dos inseticidas organoclorados, como o DDT (Brandão e Lignani, 2022). A produção e uso de inseticidas e agrotóxicos começou a enfrentar manifestações internacionais de defesa do meio ambiente e de consumo de alimentos não contaminados por esses produtos, o que gerou movimentos de ambientalistas e de grupos populacionais expostos a contaminação do ar e dos alimentos, preocupados também, com intoxicação de trabalhadores rurais, com problemas a serem enfrentados como questões de saúde pública (Almeida e Svetlicic, 1972; Pereira, 2016; Brandão e Lignani, 2022; Gonçalves, 1996; Peres, Moreira e Dubois, 2003).

Foi criado o Grupo Especial de Coordenação e Acompanhamento (Geca) do PNDA, para o qual, como representante do Ministério da Saúde, foi indicado Paulo Barragat, então diretor de Farmanguinhos. Brandão e Lignani, em função da postura de Barragat, criticam a indicação e ressaltam que esta seria “mais relacionada à área de “qualidade” nos processos de produção e utilização dos venenos do que propriamente em relação aos aspectos toxicológicos”, atentando para o monitoramento dos resíduos dos agrotóxicos nos alimentos, e não, propriamente, para os efeitos nocivos à saúde, o que seria esperado da atuação do ministério no Geca. (Brandão e Lignani, 2022, p. 345).

A Cidade dos Meninos, foi palco deste debate sobre contaminação ambiental, na medida em que após a transferência do SPP, grande quantidade de inseticida foi descartada sem tratamento e esses produtos foram livremente utilizados, posteriormente, pela população, vendidos, inclusive, nas feiras livres de Duque de Caxias, indicados contra insetos domésticos ou pragas de jardim, como inofensivos para o uso humano. A ‘contaminação’ do solo desta área, fora anteriormente assinalada como positiva pelo Diretor do SPP, Gerardo Bijos, que defendia a dispersão do produto para extermínio de mosquitos que segundo ele, se dava “sem malefícios para a população” (Bijos, 1957). Esta orientação, certamente, justificaria, para a direção do SPP, o fato do produto não ter sido descartado devidamente, em 1960, quando da transferência da instituição para Manguinhos.

Ao final da década de 1980, denúncias veiculadas pela imprensa sobre comércio ilegal de inseticida, conhecido como pó-de-broca, levaram à divulgação e conhecimento do problema que envolvia a Cidade dos Meninos.

Porém grande parte do produto já não estava mais no local por escapamento natural no solo e por utilização indevida por parte da população, restando cerca de 40 toneladas. Várias instituições foram acionadas na tentativa de solucionar a questão, entre elas, Ministério Público Federal (MPF), Ministério da Saúde (MS), Ministério do Meio Ambiente (MMA), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente do Estado do Rio de Janeiro (FEEMA), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) e a Prefeitura de Duque de Caxias (PMDC), não gerando, no entanto, solução viável, naquele momento.

A equipe do Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde – NEEPES, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz, procedeu a um estudo observando as condições de saúde da população afetada e a contaminação do solo, ressaltando no estudo, também, as demandas da população por direito à moradia, considerando a ilegalidade das residências e a demanda por titulação e posse da terra contra as propostas de remoção, indicadas como solução para a contaminação das pessoas. O diagnóstico de saúde indicou que 24% das amostras de sangue coletados apresentavam contaminação, sem, no entanto, identificarem alguma enfermidade decorrente do produto (RJ – Cidade dos Meninos, 2013).

Algumas outras iniciativas foram encaminhadas, no sentido de traçar um diagnóstico da saúde da população e buscar uma solução para as moradias, resultando na interdição dos terrenos utilizados pela Cidade dos Meninos, na transferência das crianças e adolescentes, em 1994, e na desativação do Abrigo Cristo Redentor do local, em 1996.

O problema das moradias até 2001, não foi resolvido integralmente pois incluía a remoção das famílias o que não era aceita pelos moradores, alcançando apenas 10 casas localizadas na região próxima à fábrica. Após cerca de 15 anos, com medidas paliativas para o problema, verifica-se uma nova tentativa de implantação de um loteamento irregular, que foi derrubado em 2013, com cerca de 750 famílias morando ou construindo moradias no local (Lisboa, 2013). Quanto ao material tóxico existente na área, em 1999, cerca de 40 toneladas foram transferidas para a Refinaria de Duque de Caxias (RE-DUC), persistindo, no entanto, a contaminação do solo e do lençol freático.

## *Nova fábrica em Manguinhos*

Em 18 de dezembro de 1961, o Secretário de Estado de Saúde e Assistência, Marcelo José de Amorim Garcia, informou ao Ministro da Saúde, Estácio Souto Maior, que fora concedida autorização para ocupação da “Ala E” do pavimento térreo do edifício à Rua Leopoldo Bulhões nº 1.480, em Manguinhos, construído pela Secretaria de Saúde e Assistência do Estado, onde seria instalado originalmente um hospital (Garcia, 1961). Este prédio foi a partir da década de 1970, ocupado pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no espaço onde funciona o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, também vinculado à Fiocruz.

Os problemas com a instalação do SPP não se esgotaram com a transferência para Manguinhos. Após o serviço ser implantado no novo espaço, o então ministro da Saúde, Raimundo de Brito, solicitou a desocupação do local para a instalação da Escola de Saúde Pública, que funcionava até então no prédio contíguo ao Hospital Fernandes Figueira, hoje pertencente à Fiocruz. Segundo Barragat, que dirigia na época o SPP, o ministro lhe disse: “Eu quero que você saia de lá em trinta dias. Eu dou o dinheiro. Não é questão de verba” (Barragat, 1996 [2]). Na procura por um novo lugar, Barragat optou por um espaço no próprio pátio de Manguinhos, próximo ao prédio onde fora instalado o serviço inicialmente, “para mudar sem grande atrapalhada”, disse-nos ele (Barragat, 1996 [2]). Ocupou um campo de futebol onde foi montado um pavilhão com estrutura em aço pré-moldada, que ainda hoje constitui-se como um dos prédios ocupados por Farmanguinhos. A mudança foi feita, segundo ele, em etapas para não desativar a produção: “parávamos os comprimidos, mudávamos para lá, e continuávamos as drágeas; aí começava comprimido lá, parava drágea aqui e mudava para lá. O pessoal trabalhou tão bem que foi o ano que eu produzi mais naquela época” (Barragat, 1996 [2]).

Em 1969, uma reformulação da área de saúde de âmbito federal definiu uma nova estrutura administrativa na qual o Ministério passaria a ter, em sua constituição, entre outros órgãos, a Fundação Instituto Oswaldo Cruz e o Laboratório de Medicamentos e Produtos Profiláticos<sup>14</sup>. Esta reformulação somente foi viabilizada legalmente por um novo decreto, que sem se referir a essas decisões de 1969, dispunha sobre a Fundação

14 Decreto nº 65.253 de 01 de outubro de 1969 - Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde.



Instituto Oswaldo Cruz,<sup>15</sup> que seria organizada a partir da transformação da Fundação de Recursos Humanos para a Saúde,<sup>16</sup> incorporando a ela o Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço de Produtos Profiláticos, sem remeter-se ao Laboratório. Com relação a este Laboratório, há outro problema estrutural, pois o decreto<sup>17</sup>, que aprovava o Estatuto da Fundação Instituto Oswaldo Cruz referia-se ao SPP como originário do Instituto de Produção de Medicamentos (IPROMED). A Portaria de 8 de setembro, que aprovava o Regimento do IPROMED descrevia-o como resultante da fusão do SPP com os laboratórios especializados em preparação de produtos biológicos que pertenciam ao Instituto Oswaldo Cruz. Desta forma, a mudança entre SPP e IPROMED não é clara na legislação, sendo impossível precisarmos a existência do Laboratório de Medicamentos e Produtos Profiláticos, que teria tido, inclusive, uma sobrevida bastante curta, de outubro de 1969 a agosto de 1970.

Até assumir a identificação atual – Farmanguinhos –, o Instituto de Malariologia (IM), transformou-se em duas instituições, o Serviço de Produtos Profiláticos (SPP) e o Instituto de Produção de Medicamentos (IPROMED), sem considerarmos o Laboratório de Medicamentos e Produtos Profiláticos, que não temos certeza se de fato foi instituído. As mudanças institucionais refletem as diferentes perspectivas e atribuições que envolviam pesquisa e fabricação de inseticidas e de produtos profiláticos para amplo leque de doenças e aplicações em saúde.

Uma alteração importante na transformação do SPP em IPROMED diz respeito à ampliação da competência do antigo órgão, com a incorporação de produtos de ação preventiva e curativa em saúde pública, cuja fabricação se configurava, até então, como uma atribuição dos laboratórios especializados em produtos biológicos que pertenciam ao Instituto Oswaldo

---

15 Decreto nº 66.624, de 22 de maio de 1970. Por este decreto também foram integrados à Fundação Instituto Oswaldo Cruz, o Instituto Fernandes Figueira, o Instituto Nacional de Endemias Rurais, o Instituto Evandro Chagas, a Fundação Serviços de Saúde Pública e o Instituto de Leprologia.

16 Esta Fundação foi instituída em 1 de outubro de 1969, a partir da transformação da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública que incorporou, em sua estrutura, a Escola Nacional de Saúde Pública, criada em 1954, que teve sua denominação alterada para Instituto Presidente Castello Branco, em 13 de agosto de 1970, e posteriormente para Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

17 Decreto nº 67.049 de 13 de agosto de 1970 - Aprova o estatuto da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz) e dá outras providências.

Cruz. O IPROMED assumiria, assim, como finalidade, seguindo o Estatuto da Fiocruz, de 1970, “preparar produtos biológicos de aplicação preventiva e curativa, utilizáveis em medicina de saúde pública; formular e acondicionar produtos quimioterápicos de aplicação em saúde pública; formular e acondicionar produtos destinados ao combate a vetores e hospedeiros intermediários de agentes etiológicos de doenças humanas; efetuar investigações com o objetivo de verificar a eficácia dos produtos preparados e aprimorá-los; controlar a qualidade da matéria-prima a ser utilizada na formulação de medicamentos, pesticidas e congêneres” (Brasil, 13/08/1970).

Para Barragat, este “casamento” de vacina com produção farmacêutica não dava certo”, e foi na gestão de Vinícius da Fonseca, como presidente da Fiocruz (1975-1979), que estas produções foram separadas e transformadas em novas instituições – Farmanguinhos (Instituto de Tecnologia em Fármacos) e Bio-Manguinhos (Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos) (Barragat, 1996 [3]).

O início da trajetória de Farmanguinhos foi marcado por um crescimento na fabricação oficial de vacinas, fármacos e outros produtos terapêuticos e profiláticos, ocasionado pela criação da CEME (Central de Medicamentos)<sup>18</sup>, que funcionava como reguladora da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, Exército, Aeronáutica, Saúde, Trabalho e Previdência Social, favorecendo a ampliação da linha dos produtos e das atividades de pesquisa da Fiocruz.

Paulo Barragat, um dos primeiros diretores de Farmanguinhos, nos disse: “Começamos a produzir muito mais e a desenvolver uma coisa que tinha ficado esquecida na Cidade das Meninas, a parte da pesquisa, (...) a síntese de fármacos, a substância ativa do medicamento”. Isto significaria que Farmanguinhos poderia começar a produzir matéria-prima para a fabricação do medicamento, pois segundo ele, “o Brasil é adiantadíssimo na produção de comprimidos, mas fraquíssimo na produção de matéria-prima”. Quanto à pesquisa, disse-nos Barragat: “lá na malária (no Instituto de Malariologia), era voltada para inseticidas ou para entomologia, comportamento dos insetos. Era pesquisa em função de alguma substância que já existia. Não existia uma pesquisa de produção de substância. Existiam formulações: compravam o DDT e o dissolviam em querosene. Era só isso” (Barragat, 1996 [3]).

---

18 Brasil, Decreto 71205, 04/10/ 1972. Consolida as Disposições dos Decretos n 68.806, de 25 de junho de 1971 e n. 69.451, de 01/11/1971. Referente à Central de Medicamentos (Ceme).

O início da produção de fármacos possibilitou o estabelecimento de um convênio com a Norquisa (Nordeste Química Ltda), no qual, Farmanguinhos desenvolvia a pesquisa para a síntese e a Norquisa produzia o medicamento em escala semi-industrial e industrial, repassando *royalties* para a Fiocruz. A FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos) também participou deste acordo, estabelecendo-se assim um convênio tri-partide, o que possibilitou o crescimento da instituição.

Esta nova atribuição assumida pela Fiocruz – a produção de medicamentos – não foi, no entanto, bem recebida pelos pesquisadores da instituição. Neste sentido, Barragat contestou: “fomos muito criticados quando começamos a fazer síntese, a fabricar medicamentos. Críticas de gente lá de dentro [da Fiocruz], de gente que quer pesquisa pura, estudar ‘sexo dos anjos’. Para nós era tudo para a prática, ideia que trouxemos do Instituto de Malariologia” (Barragat, 1996 [3]).

Farmanguinhos continuou sua produção, ampliando, nesse momento inicial, seu espaço a partir do galpão original com a construção de prédios próximos a este, depois de cerca de vinte anos de instabilidade de instalação.

### *Considerações finais*

As mudanças institucionais articuladas pela fabricação de inseticidas, produtos profiláticos e terapêuticos, a partir da ofensiva contra a malária, refletem diferentes perspectivas e atribuições científicas, políticas e administrativas, que envolveram conhecimento científico e produção para amplo leque de doenças adequando argumentos e narrativas na construção institucional que orientou a criação de Farmanguinhos, na distinção com Bio- Manguinhos, a partir dos produtos e métodos de conhecer e produzir.

Farmanguinhos, atualmente é reconhecido como “mais do que uma fábrica de medicamentos”. É descrito como um Instituto de Ciência e Tecnologia em Saúde, voltado para “pesquisar, desenvolver e produzir medicamentos essenciais para a população brasileira, o Instituto se destaca ainda na luta pela redução de custos de medicamentos, permitindo a ampliação do acesso de mais pessoas aos programas de saúde pública”, conforme apresentado em seu próprio site. (Farmanguinhos, 2024).

No debate sobre a produção e utilização de produtos farmacêuticos, Farmanguinhos está capacitada para o enfrentamento científico, na pers-

pectiva de articulação no âmbito político, em torno da soberania nacional e pela autonomia na construção de saber e de produção, tão fundamentais, como se percebeu no enfrentamento à pandemia de covid-19, diante da qual a instituição se mostrou rigorosamente firme em defesa da ciência e da população brasileira, na produção de vacina, saber e divulgação popular.

## ***Referências***

ALMEIDA, W. F.; SVETLICIC, B. Aspectos da saúde pública referentes ao uso de pesticidas no Brasil. *O Biológico*, v.38, n.4, p.99104, 1972.

BARRAGAT, P. Entrevista, Acervo de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/ DAD, no projeto “História e Memória das Políticas Científicas em Plantas Medicinais” sob coordenação de Tania Maria Fernandes. Fita 1/lado B; 22 ag. 1996 [1].

BARRAGAT, P. Entrevista, Acervo de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/ DAD, no projeto “História e Memória das Políticas Científicas em Plantas Medicinais” sob coordenação de Tania Maria Fernandes. Fita 2/lado; 22 ag. 1996 [2].

BARRAGAT, P. Entrevista, Acervo de História Oral da Casa de Oswaldo Cruz/ DAD, no projeto “História e Memória das Políticas Científicas em Plantas Medicinais” sob coordenação de Tania Maria Fernandes. Fita 2/lado B; 22 ag. 1996 [3].

BARRAGAT, P. Carta do Chefe da S. Industrial do SPP, ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 10 mai. 1962 [A].

BARRAGAT, P. Processo (DNERu 9271/62). Do Chefe da S. Industrial [SPP], ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 8 jun. 1962 [B].

BARRAGAT, P. Parecer ao Processo DNERu/ 6696/62. Do Diretor em exercício do SPP, ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 12 jun. 1962 [C].

BARRAGAT, P. Processo MS / Br. 2651/62. Do Diretor em Exercício do SPP, ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 19 jun 1962 [D].

BARRAGAT, P. Carta SPP 250. Do Diretor substituto do SPP, ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 19 ag. 1963.

BENCHIMOL, J. L. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001.

BIJOS, G. M. Carta do diretor do SPP, ao Diretor [do Departamento Nacional de Endemias Rurais DNERu], 28 fev. 1961.

BIJOS, G. M. Ofício 21 do diretor do Serviço de Produtos Profiláticos. Ao Diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Assunto: Informes sobre a Cidade dos Meninos. 8 mar. 1957

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto 65.253. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde. Cria o Laboratório de Medicamentos e Produtos Profiláticos, de 01 out. 1969,

BRASIL. Decreto-Lei n. 66.624, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Diário Oficial da União, Brasília, 25 mai. 1970a. Seção 1.

BRASIL. Decreto-Lei n. 67.049, de 13 de agosto de 1970. Aprova o Estatuto da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 14 ago. 1970b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Atuação do Ministério da Saúde no Caso de Contaminação Ambiental por Pesticidas Organoclorados, na Cidade dos Meninos, Município de Duque de Caxias, RJ*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BUSTAMANTE, F. M de. Síntese das atividades do Serviço Nacional de Malária do Brasil no decênio 1942-1951: campanha contra a malária, a doença de chagas e a filariose. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*. v 4, n.3, jul. 1952.

CAMINHA, M. de S. A. da C. A Fundação Abrigo do Cristo Redentor e sua atuação na Cidade do Rio de Janeiro (1946 A 1960). Fundação Getúlio Vargas. Escola de Ciências Sociais – Fgv Cpdoc Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais. Doutorado em História, Política e Bens Culturais. Rio de Janeiro, dezembro 2022.

CAMINHA, M. de S. A. da C. Abrigo do Cristo Redentor: estado e assistência social no primeiro Governo Vargas (1936-1945). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2012.

CURSO de Química de Inseticidas do Serviço Nacional de Malária: estão abertas as inscrições- o início das aulas e o programa. *Recortes de jornal/ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz*, 14/04/1951.

ELIAN DOS SANTOS, P. R. dos. Inovação em Saúde e desenvolvimento Nacional: origens, criação e atuação do Instituto de Malariologia (1946-1956). *Revista Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 11, set-dez, 2003.

FADUL, Wilson. Entrevista de história oral concedida ao projeto Memória da saúde pública no Brasil, 1996. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 149p.

FARMANGUINHOS. Far.fiocruz.br – <https://www.far.fiocruz.br/>; acessado em 02/01/2024.

FARMANGUINHOS, Quem Somos, Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://www.far.fiocruz.br/instituto/quem-somos/> acessado em 02/01/2024.

FONSECA, C. As Campanhas Sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990. IN: BENCHIMOL, J. L. (coord). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2001, p. 299-305.

FRÓES, H. *Revista Brasileira de Malariologia*, v. 1, n. 2. P 123, abril, 1949.

GARCIA, M. J. A. Of N 3271. Do Secretário de Estado [de Saúde e Assistência] ao Ministro da Saúde [SESA- GB]. 18 dez. 1961.

GUANABARA ajuda Ministério economizar 11 milhões: Saúde. *O Jornal*, 14/01/1962.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento - As bases da política de saúde pública no Brasil* (2a. edição, 2006; 3a edição, 2012). 1. ed. São Paulo: Hucitec/ ANPOCS, 1998. v. 1. 261p

HOCHMAN, G., MELLO, M T B de e ELIAN DOS SANTOS, P. R. A Malária em foco: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. Vol 9 (Suplemento): 233-73, 2002.

HOCHMAN, G. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, p. 313-331, 2009.

INAUGURADA, no Instituto de Malariologia, uma fábrica de inseticida. *Recortes de jornal/ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz*, 16/08/1950.

INAUGURADO, o Instituto de Malariologia. *Recortes de jornal/ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz*, 08/05/1949.

KROPF, S. P. Endemias rurais, saúde e desenvolvimento: Emmanuel Dias e a construção de uma rede de aliados contra a doença de Chagas. *Ciência & Saúde Coletiva* (Online), v. 21, p. 3621-3629, 2016.

LISBOA, V. Caxias começa a demolir casas irregulares em terreno contaminado por pesticida. *Empresa Brasil de Comunicação/ Agência Brasil*, 9/05/2013. <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-05-09/caxias-comeca-demolir-casas-irregulares-em-terreno-contaminado-por-pesticida>; acessado em 23/01/2024.

MAIOR, E. S. Aviso Ministerial n. 2/2/189. (Gab Gov Protocolo n 10.162/61). Do Ministro da Saúde, ao Governador do Estado, 13 out. 1961.

MIRANDA, R. L. Ofício 47/1303 do Provedor da Fundação Abrigo Cristo Redentor. Ao Diretor do Serviço Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde., 22 out 1947.

MIRANDA, R. OF n. 614. Do Provedor do Abrigo Cristo Redentor, ao Ministro da Saúde, Pedro Paulo Penido, 6 set. 1960.

PAULINI, E. O passado revisitado: O Instituto de Malariologia e o Instituto de Endemias Rurais (INERu). *Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro: v. 11(1): jan-abr, 143-158, 2004.

PEREIRA, E. M. A ética do convívio ecossustentável: uma biografia de José Lutzenberger. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

PERES, F., MOREIRA, J. C. e DUBOIS, G. S. Agrotóxicos, saúde e ambiente: uma introdução ao tema. In: PERES, F e MOREIRA, J. C (ed.). *É veneno ou é remédio? agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.21-41.

PINOTTI, M. of N 3019. Do Ministro da Saúde ao Provedor da Fundação Abrigo Cristo Redentor, Raphael Levy Miranda, 22 dez. 1947.

PINOTTI, M. Novo método de controle da malária pelo emprego de medicamentos ao sal de cozinha utilizado na alimentação diária. *Revista Brasileira de Medicina*, v.10, n.4, 06 abr. 1953.

REIS, T. S. Sentido público, direções privadas: o processo de formação político-institucional da Fiocruz (1970-1979). *Tempo e Argumento*, v. 10, p. 410-451, 2018.

REVISTA Brasileira de Malariologia, Brasil, v. 1, n. 2, p. 144-145, 08 de maio de 1949.

REVISTA Brasileira de Malariologia, v. 2, n.1, jan. 1950.

RJ – Cidade dos Meninos: décadas de contaminação e doença versus o desejo da moradia. Mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil. Núcleo Ecologias, Epistemologias e Promoção Emancipatória da Saúde – Neepes/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/ Fiocruz, 26 jun. 2013. Disponível em: <https://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/conflito/rj-cidade-dos-meninos-decadasde-contaminacao-e-doenca-versus-o-desejo-da-moradia/>.

ROSADA, M. Carta do Engº de T. de Administ., ao Redator Chefe da Tribuna da ASDNERu, 03 set. 1963.

SERVIÇO Nacional de Malária: Encerramento do Curso de Química de Inseticidas do Instituto de Malariologia. *Recortes de jornal/ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz* 14/04/1951).

SILVA, R. , HOCHMAN, G. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). *História, Ciências, Saúde–Manguinhos*, v. 18, p. 519-543, 2011.



SOUZA, C. M. Carta Do Diretor substituto do SPP ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 15 mai. 1961.

SOUZA, C. M. GD /189. Do Diretor substituto do SPP ao Diretor Geral do [Departamento Nacional de Endemias Rurais] DNERu, 30 out. 1961.

VIOLENTA explosão no Instituto de Malariologia”. *Correio da Manhã*. 27 de julho de 1952

Esta obra foi composta utilizando-se as famílias  
tipográficas Minion Pro e Helvetica.  
É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a  
fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

Serra, ES  
2024

