

Sebastião Pimentel Franco • Dilene Raimundo do Nascimento
Anny Jackeline Torres Silveira • André Luís Nogueira
Patrícia M. S. Merlo (organizadores)

IX Colóquio de História das Doenças

MILFONTES

IX
Colóquio
de História das Doenças



Copyright © 2022, Sebastião Pimentel Franco [et. al.].

Copyright © 2022, Editora Milfontes.

Rua Carijós, 720, Lj. 01, Ed. Delta Center, Jardim da Penha, Vitória, ES, 29.060-700.

Compra direta e fale conosco: <https://espacomilfontes.com>

comercial@editoramilfontes.com.br

Brasil

Editor Chefe

Prof. Dr. Bruno César Nascimento

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alexandre de Sá Avelar (UFU) • Prof.^ª. Dr.^ª. Aline Trigueiro (UFES) • Prof. Dr. André Ricardo Vasco Valle Pereira (UFES) • Prof. Dr. Anthony Pereira (King's College, Reino Unido) • Prof. Dr. Antônio Leal Oliveira (FDV) • Prof. Dr. Arnaldo Pinto Júnior (UNICAMP) • Prof. Dr. Arthur Lima de Ávila (UFRGS) • Prof. Dr. Arthur Octávio de Melo Araújo (UFES) • Prof.^ª. Dr.^ª. Catherine Reginensi (UENF) • Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz (EMESCAM) • Cilmir Franceschetto (Arquivo Público do Estado do ES) • Prof. Dr. Cristiano P. Alencar Arrais (UFG) • Prof. Dr. Diogo da Silva Roiz (UEMS) • Prof. Dr. Edson Maciel Junior (UFES) • Prof. Dr. Eurico José Gomes Dias (Universidade do Porto) • Prof. Dr. Fábio Franzini (UNIFESP) • Prof. Dr.^ª. Flavia Nico Vasconcelos (UVV) • Dr.^ª. Flavia Ribeiro Botechia (UFES) • Prof.^ª. Dr.^ª. Fernanda Mussalim (UFU) • Prof. Dr. Hans Ulrich Gumbrecht (Stanford University) • Prof.^ª. Dr.^ª. Helena Miranda Mollo (UFOP) • Prof. Dr. Heraldo Ferreira Borges (Mackenzie) • Prof.^ª. Dr.^ª. Janice Gusmão (PMS-Gestão) • Prof. Dr. João Pedro Silva Nunes (Universidade Nova de Lisboa, Portugal) • Prof. Dr. Josemar Machado de Oliveira (UFES) • Prof. Dr. Júlio Bentivoglio (UFES) • Prof. Dr. Jurandir Malerba (UFRGS) • Prof.^ª. Dr.^ª. Karina Anhezini (UNESP - Franca) • Prof. Dr. Leandro do Carmo Quintão (IFES-Cariacica) • Prof.^ª. Dr.^ª. Lucia Bogus (PUC/SP) • Prof.^ª. Dr.^ª. Luciana Nemer (UFF) • Prof. Dr. Márcio Seligmann-Silva (UNICAMP) • Prof.^ª. Dr.^ª. Maria Beatriz Nader (UFES) • Prof.^ª. Dr.^ª. Maria Cristina Dadalto (UFES) • Prof.^ª. Dr.^ª. Marina Temudo (Tropical Research Institute, Portugal) • Prof. Dr. Marcelo de Mello Rangel (UFOP) • Prof.^ª. Dr.^ª. Marta Zorzal e Silva (UFES) • Prof. Dr. Nelson Camatta Moreira (FDV) • Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa (UVV) • Prof. Dr. Paulo Gracino de Souza Jr. (IUPERJ) • Prof. Dr. Paulo Roberto Neves da Costa (UFPR) • Prof. Dr. Rafael Cerqueira do Nascimento (IFES-Guarapari) • Prof.^ª. Dr.^ª. Rebeca Gontijo (UFRRJ) • Prof. Dr. Renato de Almeida Andrade (UFES) • Prof. Dr. Ricardo Marques de Mello (UNESPAR) • Prof. Dr. Rogério Naques Faleiros (UFES) • Prof.^ª. Me. Sátina Priscila Pimenta Mello (Multivix/ Estácio) • Prof. Dr. Sérgio Alberto Feldman (UFES) • Prof. Dr. Timothy Power (University of Oxford, Reino Unido) • Prof. Dr. Thiago Lima Nicodemo (UNICAMP) • Prof. Dr. Ueber José de Oliveira (UFES) • Prof. Dr. Valdeci Lopes de Araujo (UFOP) • Prof. Dr. Vitor de Angelo (UVV) • Prof.^ª. Dr.^ª. Verónica Tozzi (Universidad de Buenos Aires) • Prof.^ª. Dr.^ª. Zaira Bomfante dos Santos (CEUNES - UFES) • Prof. Dr. Wilberth Claython Ferreira Salgueiro (UFES) • Prof. Dr. William Berger (UFES) • Prof.^ª. Dra. Adriana Pereira Campos (UFES) • Prof.^ª. Dra. Carla Noura Teixeira (UNAMA) • Prof. Dr. Carlos Garriga (Universidad del Pais Vasco, Esp) • Prof. Dr. Claudio Jannotti da Rocha (UFES) • Prof. Dr. Claudio Madureira (UFES) • Prof. Dr. Daniel Miti-diero (UFRGS) • Prof. Dr. Edilton Meireles de Oliveira Santos (UFBA) • Prof. Dr. Gilberto Stürmer (PUC/RS) • Prof. Dr. Juliano Heinen (FMP) • Prof. Dr. Leonardo Carneiro da Cunha (UFPE) • Prof. Dr. Marco Antônio Rodrigues (UERJ) • Prof. Dr. Márcio Cammarosano (PUC/SP) • Prof.^ª. Dra. Mariana Ribeiro Santiago (UNIMAR) • Prof. Dr. Platon Teixeira de Azevedo Neto (UFG) • Prof. Dr. Ricardo José de Brito Pereira (UDF) • Prof.^ª. Dra. Viviane Coelho de Sellos-Koerr (UNICURITIBA)

Sebastião Pimentel Franco
Dilene Raimundo do Nascimento
Anny Jackeline Torres Silveira
André Luís Nogueira
Patrícia M. S. Merlo
(organizadores)

IX
Colóquio de História das Doenças:
Anais



Editora Milfontes
Vitória, 2022

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma e/ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação digital) sem a permissão prévia da editora.

Revisão

De responsabilidade exclusiva dos organizadores

Capa

Imagem da capa:

Autor: *não citado, logo, tenho declarado que não existe intenção de violação de propriedade intelectual*

Semíramis Aguiar de Oliveira Louzada - *aspectos*

Projeto Gráfico e Editoração

Lucas Bispo Fiorezi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C719c Colóquio de história das doenças: anais/ Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira, André Luís Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org)
Vitória: Editora Milfontes, 2022.
398 páginas p.: 23 cm.

ISBN: 978-65-5389-038-1

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

CDD 901.0

Sumário

Apresentação: IX Colóquio de História das Doenças Anais Completos9

“A camisinha é pequena?” Histórias da educação do corpo contra o vírus do HIV no jornal Nós Por Exemplo (1991-1995) 11

Adolfo Veiller Souza Henriques & Azemar dos Santos Soares Júnior

Migrar e adoecer: Assistência aos italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS (Final do Século XIX) 27

Carolina Wendling Rodrigues

Discursos médicos sobre a loucura na cidade a Parahyba do Norte entre 1989 e 1930 45

Edna Maria Nóbrega Araújo, Alda Venusia Alves de Oliveira & Maria Cecília Brito Marques

Para conservar a saúde dos sujeitos infantis: orientações terapêuticas, alimentares e comportamentais na obra “Tratado de Educação Física para os meninos para uso da nação Portuguesa” (1790)..... 57

Eduarda Troian

Cadáveres perigosos: Teoria humoral, vapores pútridos e os riscos da corrupção cadavérica para a saúde 75

Eduardo Mangolim Brandani da Silva & Gessica de Brito Bueno

História da hanseníase na Amazônia: estigmatização e espaços de memórias 95

Elane Cristina Rodrigues Gomes & Rebeca Junior Cardoso Martins

A infância na Era Vargas: Contribuições da LBA para a imagem da criança bem cuidada no Piauí 113

Francilene Teles da Silva Sousa & Joseanne Zingleara Soares Marinho

O Asylo Sant'ana: entre discursos e reivindicações surge um novo espaço para a loucura na Parahyba oitocentista (1858-1892)129

Gerlane Farias Alves

Doença, contágio e epidemia: a perspectiva higienista sobre o suicídio nos arquivos brasileiros de higiene mental.....147

Giulia Cristiano

Somos mais que doentes: a relação da literatura com os tuberculosos.....165

Gwan Silvestre Arruda Torres

Infecções Audiovisuais: microbiologia, microcinematografia e os primórdios do filme de epidemia.....179

Klaus Berg Nippes Bragança

Saúde, doença e mortalidade infantil na idade média no *Tratado De Los Niños* (Século XIV).....195

Larissa Lacé Sousa

O impaludismo na estrada de ferro Vitoria a Minas – 1920-1942, e o que pode ser dito207

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

Reféns institucionais: leprosos na colônia Santa Marta e o protagonismo marxista como teoria223

Maraisa Aparecida de Lima

O impacto da pandemia de covid-19 nos profissionais de saúde em Barra de São Francisco-ES247

Márcio Leandro Piske

Missão brasileira na Primeira Guerra e a influenza.....259

Maria Cristina Alochio de Paiva

Doenças e mortes e a questão do branqueamento no município de São Mateus na década de 1870.....269

Marília Silveira & Luana Guisso

Apontamentos sobre o cólera morbus na Paraíba (1856 e 1862) 287

Milena de Farias Dôso

“Um monumento que revela a piedade de nossos maiores”: o hospital São Christovão dos Lázaros (1850-1876).....297

Muller Sampaio

Reflexões sobre saúde em Belém (PA) a partir da ONG-Aids Paravidda (1992-1996)..... 317

Paulo Henrique Souza dos Santo

“Insuficiente, dispendioso e pouco Científico”: a profilaxia da sífilis na Paraíba na década de 1930..... 333

Rafael Nóbrega Araújo

Dentes de defuntos para curar maus humores: o uso de itens mágicos para tratamentos de enfermidades na capitania de Minas Gerais (Séculos XVIII) 351

Raiza Ap. da Silva Favaro & Christian Fausto

As febres em aldeamentos de Munduruku no Rio Tapajós (Província do Pará, Século XIX)..... 365

Sara da Silva Suliman

Doença, culpabilização e sujeito-vítima: os sentidos sobre saúde nos discursos de usuários de droga, em blogs pessoais..... 385

Wedencley Alves & Luana Luciana Ribeiro de Alencar

Apresentação

IX Colóquio de História das Doenças

Anais Completos

O IX Colóquio de História das Doenças, ocorreu entre os dias 01 e 03 de setembro de 2021 em formato *on-line* em razão da pandemia do novo coronavírus. O evento reuniu pesquisadores que analisam a saúde e a doença no seu tempo histórico e espaços específicos, buscando incentivar o debate acerca dos estudos sobre as doenças, as artes de curar e as políticas públicas de Estado implementadas para a sociedade.

O Colóquio se constituiu ao longo de sua trajetória em um importante fórum para o intercâmbio científico entre os pesquisadores locais e os de outras universidades brasileiras. O evento é organizado pelos Programas de Pós-Graduação em História da UFES, da UFOP, da UFMG e o Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz.

Apresentamos aqui parte do resultado produzido no bojo do evento, o que atesta sua relevância no fomento a interlocução e a produção científica na seara da História das Doenças e das práticas de cura, área em franca expansão nos últimos dez anos na cena historiográfica brasileira.

Boa leitura!

Os Organizadores

“A camisinha é pequena?” Histórias da educação do corpo contra o vírus do HIV no jornal *Nós Por Exemplo* (1991-1995)

Adolfo Veiller Souza Henriques¹

Azemar dos Santos Soares Júnior²

Introdução

Era segunda-feira de um “tempo sombrio e aidético”, como publicou o jornal *Nós Por Exemplo* na sua edição do mês de maio de 1992. Ao sair perambulando pelas ruas do Rio de Janeiro, talvez tentando não “dar pinta”, talvez lembrando de mais um amigo que perdera para *a mais justas das saias*³, ou, quem sabe, recordando o rapaz que o paquerava na parada de ônibus e nunca mais apareceu, acabou por encontrar algo inesperado na banca de revistas. Eis que o jovem Paulo Corrêa, movido pela surpresa de encontrar naquele jornaleiro, um periódico em dimensões físicas pequenas, e que em sua fisionomia apresentava poucas cores e projeto gráfico simples, mas extremamente sedutor devido ao conteúdo que trazia em suas

1 Doutorando em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGED/UFRN) na Linha de Pesquisa: Educação, Estudos Sócio-Históricos e Filosóficos onde desenvolve a pesquisa: “Uma Campanha Sanitária aos Grupos de Risco”: Os discursos médico-pedagógicos sobre a Aids na Paraíba (1985-2000) com suporte financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: adolfoveiller@gmail.com

2 Doutorado em Educação (UFPB). Professor do Departamento de Práticas Educacionais e Currículo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Campus Natal. É professor credenciado no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGED/UFRN) e de História da Universidade Federal de Campina Grande (PPGH/UFCG). E-mail: azemarsouares@hotmail.com

3 Crônica do autor Caio Fernando Abreu publicada n’*O Estado de S. Paulo*, em 25 de março de 1987, no qual o autor faz referência a *Aids*.

páginas. Paulo, provavelmente fez uma rápida leitura do enunciado, e entendeu que aquele texto deveria ser compartilhado. Talvez, por isso, tenha escrito: “espero que esse [corpo] não seja exemplo de nada, mas sim vozes vivas de vida, enriquecendo assim o ‘dia’ do homossexual para que ele seja inteiro e não ‘metade’” (NÓS POR EXEMPLO, 1992, p. 3). Com poucos dias, o sucesso deste corpo chamado jornal *Nós Por Exemplo* foi crescente. Metáfora de um novelo de emoções alinhavado em frases e imagens.

O impresso foi definido por si como “‘mais um jornal’ [que] fica e se encerra apenas na expressão gramatical, porque este é, além de único (e por isso já merece o nosso respeito), uma aula de fraternidade e liberdade” (NÓS POR EXEMPLO, 1992, p. 3). Uma ordem discursiva responsável por apresentar aos leitores a possibilidade de circular saberes responsáveis sobre a Aids e, por gestar conceitos que poderiam servir a vida em sociedade e permitir o respeito, o direito e a alteridade.

Desde o verão de 1991, este impresso passou a circular nas ruas do Rio de Janeiro. Ele não foi o primeiro, mas suas páginas traziam conforto e solidariedade a um público historicamente estigmatizado. Sensibilidades eram representadas por palavras como cumplicidade, esperança, desejo, cuidado, além de criar possibilidades para uma hermenêutica do sujeito. Através das poucas cores pinceladas em suas páginas, buscava o impresso “dar cor à verdade” (NÓS POR EXEMPLO, 1992, p. 2).

Ao nos depararmos com os discursos produzidos sobre a Aids nas páginas do impresso *Nós Por Exemplo*, começamos a pensar sobre os discursos pedagógicos acerca da doença e os interesses em desenvolver em seus leitores um *cuidado de si*. Entendemos que tais discursos se configuravam como práticas educativas a partir do momento que buscavam promover nos leitores do jornal hábitos higiênicos pautados pelo saber médico a respeito do sexo seguro. Deste modo, problematizamos esses discursos a partir da análise do discurso proposta por Michel Foucault (FOUCAULT, 2014).

Nesta metodologia, a produção de enunciados foi chamada de arquivo, ou seja, a lei daquilo que pode ser dito, o sistema que rege o aparecimento de enunciados como acontecimentos singulares. Ou nas palavras do próprio Michel Foucault (FOUCAULT, 2010, p. 147), o arquivo não é o que protege, apesar de sua fuga imediata, o acontecimento do enunciado e conserva, para as memórias futuras, seu estado civil de foragido; é o que na própria raiz do enunciado-acontecimento e no corpo que se dá, define, desde o início, o sistema de sua enunciabilidade. Aquilo que foi produzido num dado momento e que permite ao historiador perceber em tais enunciados uma dada versão discursiva, sobre ele lançar suas questões e produzir outros enunciados. À vista disso, nos apropriamos da análise do discurso como possibilidade de sobre os arquivos produzidos acerca de um acontecimento, nesse caso a produção de enunciados, operar uma técnica capaz de produzir outros discursos que chamamos de história.

O impresso, como bem lembra Arlete Farge (FARGE, 2009, p. 13), “é um texto dirigindo intencionalmente ao público. É organizado para ser lido e compreendido por um grande número de pessoas; busca divulgar e criar um pensamento, modificar um estado de coisas a partir de uma história ou de uma reflexão”. E que, “independentemente da aparência que assuma, ele existe para convencer e transformar a ordem dos acontecimentos” (FARGE, 2009, p. 13). Destarte, este impresso ao informar o público homossexual sobre saúde e prevenção, mas também cultura, arte e entretenimento, com discursos sensíveis, era o conforto e a força necessária para que seus leitores pudessem entender melhor, variados aspectos ligados a doença. De forma paralela, seus textos também preenchiam uma lacuna afetiva que muitos homossexuais sofriam naquele momento. Com a ascensão do estigma no surgimento da Aids, o processo de aceitação da sexualidade, complicava-se à medida que um dos postulados colocados contra a homossexualidade era de que estava sofrendo um castigo divino por serem desviantes dos bons costumes.

Isto posto, este texto, trata-se de uma história que visa perceber a proposta de educação sanitária pautados pelo saber médico a respeito do sexo seguro em tempos forte infecção de corpos pelo vírus do HIV num impresso que circulou nacionalmente do jornal entre os anos de 1991 a 1995. Este impresso não apenas registou e informou aos seus leitores o que aconteceu, mas também produziu, de certo modo, os acontecimentos que noticiava, ou melhor, os discursos pedagógicos que divulgava, uma vez que, dessa forma atuava na conformação de corpos e mentes, na formação do imaginário individual e coletivo a respeito da relevância da educação sexual para combater a propagação da Aids. É sobre esses discursos produzidos no impresso que construímos essa narrativa.

Camisinha: o importante é saber usar

Quem não se lembra do grande alarde que foi feito no ano passado com relação à qualidade dos preservativos? Muita gente, que certamente já tinha uma resistência com relação ao 'artefato de borracha', passou a dizer: 'Para que eu vou usar camisinha se não adianta de nada?' Ironicamente, a falta de resistência o preservativo aumentou a resistência da população.

A narrativa acima está escrita pelo educador social e articulista do Jornal Nós Por Exemplo, o Sr. Paulo Henrique Longo, na primeira página da edição da seção *Agaivé-Hoje* do Jornal no ano de 1993 e discorre sobre a importância de saber usar o a camisinha e a resistência da população quanto ao seu uso. E o que era uma questão cultural passava também a influir numa questão psicológica. Para não usar camisinha, muitos homens se utilizavam do "jargão é 'como chupar bala com papel', ou alegam que o tamanho das camisinhas foi idealizado para crianças e que 'no dele' não vai caber. Muitos inclusive, argumentam que não conseguem manter a ereção depois de vestidos" (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993). A ordem do discurso jornalístico em análise afirma que, nos anos 80, com o advento da Aids, houve um significativo aumento das vendas de preservativos em todo o mundo, fato que não ocorreu nos anos 90, mantendo as vendas estáveis. "No Brasil, eram vendidas

anualmente em torno de 62 milhões de unidades, sem contar as que [eram] distribuídas gratuitamente pelo governo e organizações não-governamentais” (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993).

O enunciado denunciava que uma das grandes reivindicações dos educadores e ativistas envolvidos na prevenção à Aids era com relação à falta de instruções nas embalagens de camisinhas. O discurso sugeria algumas instruções para o uso correto do preservativo, como por exemplo: “colocar a camisinha sobre a cabeça o pênis quando ele estiver ereto, apertado a ponta para tirar o ar, desenrolar a camisinha sempre apertando o bico, nunca usar vaselina ou outros lubrificantes a base de óleo e depois de ejacular, com o pênis ainda ereto, retirar a camisinha segurando ela pela base” (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993). Um ato que passava pela promoção de um assunto tão caro à época e bastante delicado, mas que tinha por objetivo uma *biopolítica*, ou seja, uma forma de manter a vida de forma saudável.

Em tempos de Aids, as “estatísticas revelavam que era preciso vencer todos esses preconceitos” (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993). A Aids não estava para castigar quem fazia sexo dessa ou daquela forma. Não escolhia suas vítimas por sua posição social, orientação sexual ou comportamento moral, no entanto “para vencermos esta batalha, temos que mudar os costumes. “Afiml, quem é que quer deixar de sentir prazer?” (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993).

O jornal investia assim numa propaganda pautada no modelo de uma educação da saúde que consistia em inculir na população as formas necessárias impedir a propagação do vírus. E uma delas, era o uso correto da camisinha. No ano de 1993, naquele ano de 1993, a pesquisa recente do IBOPE a nível nacional, revelava “que 61% dos brasileiros passaram a tomar cuidados nas relações sexuais em função da Aids e que, destes 52% passaram a usar camisinha” (NÓS POR EXEMPLO, mai. 1993). De acordo com as informações contidas no texto informativo, só seria possível alterar os costumes se houvesse a exigência, incentivasse a obrigação do uso de preservativo, pois só seria possível alterar os costumes por meio da imposição. Mesmo sabendo da necessidade, “a teoria na prática é outra” (NÓS POR

EXEMPLO, mai. 1993). Dessa forma, por mais que a maioria das pessoas, conforma os dados acima apresentados, alegassem uso da camisinha, a prática era outra. Crescia vertiginosamente o número de homossexuais infectados, despertando a preocupação do movimento gay e dos médicos infectologistas.

Nos parece que a principal preocupação estava na implementação de uma educação da saúde, uma espécie de orientação correta para preservação do corpo são, assegurando as pessoas prazer e proteção. A intenção do jornal era normalizar as informações sobre as formas necessárias impedir a propagação do vírus e, o uso correto da camisinha era uma delas. Desde os anos iniciais da década de 1980, a epidemia de Aids, pelo caráter incurável da síndrome, apresentou-se como um importante desafio para a saúde pública. Nesse cenário, a redução de danos e a prevenção se destacaram como estratégias fundamentais para o enfrentamento a doença. No Brasil, desde o “início das políticas relativas à Aids, a camisinha foi, e continua sendo, a principal aposta no campo da prevenção” (PAIVA; VENTURI; FRANÇA; LOPES, 2003).

Essa promoção do uso da camisinha, fez parte de “uma perspectiva não supressiva da prevenção, que caracterizou a maioria das respostas nacionais bem-sucedidas à epidemia de HIV, diferentemente de outros contextos, onde os trabalhos preventivos persistiam na ideia de abstinência sexual” (KALICHMAN, 1993). No sentido de adotar uma ordem discursiva educativa, de um sexo seguro, o educador social e articulista do impresso, o Sr. Paulo Henrique Longo, enunciava informações com o desejo que os seus leitores praticassem o sexo seguro utilizando a camisinha. Nesse sentido, entendemos que buscou-se adotar uma educação sanitária que buscava tratar de um meio preventivo para evitar a doença, sendo essa medida defendida como mais fácil e segura.

Entre os diferentes grupos sociais, existem diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças. Ao levarmos em consideração que a Aids tornou-se uma doença que circulava entre os corpos, num primeiro momento sob a alegação de que o contágio era majoritariamente através do ato sexual e que passou

a tomar grandes proporções em termos de infectados, é possível passar a pensar esse fenômeno como uma epidemia. De acordo com Nascimento e Carvalho (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 13) os quadros patológicos que dominavam uma dada época, a exemplo da peste no décimo sexto século, a tuberculose e o cólera no oitocentos; regridem em outra, enquanto prevalecem outras patologias, como atualmente os tumores, as doenças cardiovasculares e, mais recentemente, a Aids. Sendo assim, existe uma historicidade nas doenças ligada a todos os acontecimentos humanos. As doenças passam a surgir, a alterar o roteiro das vidas, bem como, exigir uma reorganização das formas de curar e de prevenir. Com a Aids não foi diferente.

O historiador francês Jacques Le Goff (LE GOFF, 1985, p. 9) afirmou por exemplo que a “doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais que uma ideia e porque as doenças são mortais”. E continuando questionou: “Onde estão as febres terçãs e quartãs dos nossos antepassados?”. Ele defende ainda que a “doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades” (LE GOFF, 1985, p. 9).

Deste modo, assim como a história, a doença como fenômeno social, também é uma construção. Ademais, “diferentes grupos de cada época, dão significado e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença” (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 13). O que possibilita ao historiador, o conhecimento de estruturas e mudanças sociais, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidade individuais, constituição de campos de saber e disciplinas” (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 13).

No decorrer da história, o imaginário social sempre associou as doenças de massa como castigos impostos. Da mesma forma que aconteceu com a *peste* no romance de Albert Camus (CAMUS, 2020), a Aids foi associada a uma espécie de castigo. Mas, um

castigo diferente dos habitantes de *Orã*, já que no contexto do flagelo da Aids nos anos iniciais da década de 1980, criou-se um estigma que “contrair Aids equivale precisamente a descobrir que se faz parte de um determinado grupo de risco” (SONTAG, 2007, p. 353). E o que era chamado de “predisposição” no século XVIII, com a Aids, foi discutido sob o rótulo de “grupo de risco”. Esses esquemas explicativos para Nascimento e Silveira (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2018, p. 313) “constituíram - e constituem – um quadro em que explicações morais e valores sociais podem ser, legitimados”. Nesse caso, a ideia desenvolvida sobre os que faziam parte do “grupo de risco” cria também um certo estigma: aqueles que contraíam o vírus eram marcado por sua “devassidão”, são aqueles que pertenciam ao grupo dos “desviados”, os considerados anormais, os homossexuais. Ser “grupo de risco” para a Aids naquele momento, era ser homossexual.

Para Nascimento (NASCIMENTO, 2005, p. 132), “a doença, ao revelar uma condição estigmatizante, confirma ao mesmo tempo uma identidade”. À vista disso, os primeiros casos de Aids entre homossexuais masculinos nos anos iniciais da década de 1980, revelaram uma “condição socialmente estigmatizada, mas, por outro lado, acabou por gerar movimentos associativos que, ao irem de encontro ao estigma, teriam por objetivo afirmar uma identidade pela proteção mútua contra o isolamento e a exposição dos doentes a discriminações e perseguições” (NASCIMENTO, 2005, p. 132).

Conforme Michel Foucault (FOUCAULT, 1977) afirmou, é a própria medicina, quem vai articular, desenvolver e reforçar estes estigmas, que logo são utilizados como mecanismos de controle, normatização e padronização da sociedade. A associação da Aids a homossexualidade “pareceu uma tentativa de (re)patologizar uma condição sexual, já estigmatizada pela sociedade e, ao mesmo tempo, buscar culpados para a doença que já se anunciava como epidemia” (NASCIMENTO, 2017, p. 187).

Nos anos iniciais da década de 1980, o homossexual “passava a ser uma figura associada à morte. Não a morte que vinha de fora, de

uma agressão homofóbica, mas a morte daqueles que encarnavam o conceito” (MAIOR JÚNIOR, 2014, p. 407). Para Paulo Souto Maior Jr. (MAIOR JÚNIOR, 2014, p. 407) em um breve intervalo de tempo, a Aids tirou a vida de milhares homossexuais. Comumente se perdia um amigo, um colega, um amigo de amigos e, com isso, evidentemente, alastrava-se o medo de ser mais uma das vítimas da doença. Todavia, até “que fosse possível desvincular a AIDS dos homossexuais, eles foram acusados, por setores conservadores, entre os quais algumas religiões, de serem portadores de um mal intrínseco à sua prática sexual. E antes mesmo que a doença fosse diagnosticada corretamente foi batizada de ‘câncer gay’” (MAIOR JÚNIOR, 2014, p. 407).

Uma doença que estigmatizava, que colocava o doente na condição de ser apontado, anotado pelas agruras da ignorância, vítima de um discurso cristão extremamente cruel. Se o câncer era uma doença da traição do corpo, o “câncer gay” funcionava como uma traição do corpo que desejava o sexo e por isso permitia a entrada de vírus e bactérias, portanto um câncer “provocado pelo pecado” e que como castigo, colocava o infectado na condição de fragilidade, de merecedor de desdém, de desafetos. Neste cenário, a Aids obrigou as inúmeras esferas sociais a olhar para a sexualidade e, de alguma forma, discuti-la. “Independentemente dos paradigmas que orientaram estas discussões, a sexualidade, o desejo e práticas sexual passaram a estar presentes nas agendas e preocupações sociais, religiosas, estatais e familiares” (CAETANO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2018, p. 291). O vírus HIV mostrou facetas sobre a sexualidade, mas não todas. O temor do contágio com o vírus, assim como as discursões sobre a doença e sexualidade, orientou desejos, ensinou práticas, produziu outras variadas formas de relacionamento e modelou corpos (PARKER; PIMENTA, 2004).

Ao concordar com Galvão (GALVÃO, 2000, p. 51), podemos afirmar que as primeiras respostas à existência da Aids no Brasil, foram dadas pelos jornais e revistas, informando a sociedade sobre a epidemia. Bessa (BESSA, 2002, p. 33) escreveu que:

Ao mesmo tempo em que a imprensa carregou nas tintas nos conceitos e nos preconceitos, ela também teve um caráter digamos, visionários, pois conseguiu apontar para o problema sociedade e de saúde pública que a Aids representava, bem antes que programas antiAids fossem criados e que autoridades de saúde reconhecessem o perigo iminente de uma epidemia.

A seguir, conforme Nascimento e Silveira (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2018, p. 318) foram as pessoas vivendo com a Aids ou sob ameaça de contrair o vírus, a partir do pensamento vigente, em resposta ao medo e atitudes preconceituosas e estigmatizantes em relação a elas, “que tomaram a iniciativa de lutar por seus direitos a informações sobre a doença, problematizando a Aids como questão não só de saúde, mas também como questão política de toda a sociedade brasileira” (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2018, p. 318). Assim, organizaram-se grupos sociais comprometidos com o combate a essa doença e as respectivas formas de sua percepção, reivindicando o direito a saúde, que “implica informação sobre a doença, educação para a prevenção do HIV/Aids, acesso aos serviços de saúde e assistência médico-hospitalar – tudo isto como expressão do exercício pleno da cidadania” (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2018, p. 319).

Nesta direção, o Núcleo de Orientação em Saúde Social (NOSS), através do jornal *Nós Por Exemplo* se dispôs, a instruir o seu leitor com “informações dignas, reais e de seu interesse” (NÓS POR EXEMPLO, dez. 1991) e a dar uma resposta do que era e do que podia fazer um homossexual em tempos de AIDS como uma forma se posicionar após a série de estigmas e preconceitos sofridos especialmente nos anos 1980. À vista disso, os discursos do então educador social de projetos de prevenção à AIDS/DSTs do NOOS no Rio de Janeiro e articulista do impresso, o Sr. Paulo Henrique Longo, ganharam as páginas do jornal *Nós Por Exemplo*, pontuando informações do risco a saúde em tempos de Aids, do uso da camisinha, considerada um tabu e rodeada de preconceitos.

As notícias e a desinformação sobre a Aids alastravam a violência e garantia manchetes de jornais nas décadas de 1980

e 1990. Os estigmas produzidos em torno da Aids e alocados aos corpos homossexuais são apenas um lado desse cenário. De outro, eles também impulsionaram a necessária mobilização para responder as demandas cridas em torno da doença e da manutenção da vida. Dessa forma, por se tratar de um periódico voltado para o público gay, existia um interesse de desenvolver um cuidado de si nesse público por meio da promoção da vida, aquilo que Michel Foucault (FOUCAULT, 2009) chamou de *biopolítica*.

O jornal *Nós Por Exemplo* seguiu insistindo na defesa de um sexo seguro: “seria simplesmente abolir ou evitar determinadas práticas? Mais do que isso, seria incorporar novas práticas, reinventar rotas, desejos e sobretudo, fantasias. Tudo isso?” (NÓS POR EXEMPLO, jan. 1995). Adotar novas práticas passava pela “obrigatoriedade” do uso da camisinha nas relações sexuais. O periódico defendia que dava “para engolir (a história, e não outra coisa, meninos)? Será que alguém tem tempo de ficar procurando nos manuais que prática seria MUITO, MAIS OU MENOS, ou POUCO PERIGOSA na hora de transar? ” Ou mesmo, não seria “muito mais fácil saber, que o contato do esperma com mucosas muito absorventes facilita a transmissão do HIV?” (NÓS POR EXEMPLO, jan. 1995). Divulgar informações como ação da educação da saúde passou a ser a “missão” de um impresso voltado ao público homossexual. Afinal de contas, “proteja-se como dizia nosso folheto, ninguém tem seguro de sexo!” (NÓS POR EXEMPLO, jan. 1995).

Considerações finais

Há um ditado sobre o universo dos acontecimentos humanos e históricos, que foi ao longo do tempo tomado como uma “certeza”: os homens nascem e morrem. Todavia, a lógica e o processo do nascer e do morrer não podem ser julgados como imutáveis, uma vez que, o progresso e as transformações processadas pelas sociedades, demonstram que as percepções e as atitudes dos indivíduos diante desses dois acontecimentos sofreram mudanças profundas e

drásticas.

Além desses acontecimentos, é reconhecível que se os homens não morrem durante o parto, nas guerras, de acidentes ou de causas naturais, fatalmente irão sucumbir as consequências e ao desenvolvimento de doenças parasitárias, malignas ou crônicas, mas, sobretudo aquelas de caráter infectocontagioso. E entre os principais causadores dessas doenças que podem levar ao óbito, se não tratadas apropriadamente, destacam-se as bactérias, os protozoários, os fungos e, principalmente, os vírus.

Ao lado da identificação dos agentes parasitários, da nomeação e da classificação das doenças que transitam ao redor do homem, assim como a descoberta de antibióticos e vacinas necessárias para combatê-las - o que as colocam no domínio das Ciências da Saúde, existe uma história das doenças revelada através das práticas médicas, dos discursos médicos e políticos, do registro médico-hospitalar e das estatísticas oficiais. Sendo assim, as doenças também pertencem à história e ao historiador.

Sabemos que a Aids “é uma doença como outra qualquer, de que existem, mecanismo de prevenção contra ela e de que a luta contra o HIV é também uma luta contra o pânico, a desinformação, os preconceitos e a discriminação que devem ser combatidos com solidariedade” (NASCIMENTO, 2015, p. 96). Acreditamos que era de suma importância à vida dos leitores, desenvolver naquele momento um cuidado de si por meio da promoção da vida, com discursos sobre a doença e sexualidade, orientação de desejos, o ensino de práticas do sexo seguro. Para tanto, o jornal *Nós Por Exemplo* passou a investir nos primeiros anos da década de 1990, em uma educação da saúde que visava inculcar nas pessoas práticas de cuidado na hora do sexo a exemplo da conversa sobre proteção e uso de camisinha.

Não foi possível ainda perceber o alcance do jornal para a população brasileira. Não podemos ainda afirmar em termos quantitativos sobre os leitores que tinham acesso ao periódico ou mesmo que se apropriaram das práticas educativas postas em

circulação em suas páginas. Mas podemos afirmar que o periódico, por meio de sua militância, investiu em divulgar essas informações tão caras a defesa da vida. Tornou-se de grande relevância para os homossexuais possuir um impresso que revelava a amizade como estética de vida, fazendo com que os iguais cuidassem de si e do outro.

Outro fator que nos salta os olhos é a pouca presença de discursos proferidos por médicos. Ou seja, as publicações timbradas nas páginas do jornal já era uma leitura do discurso médico em voga no combate a propagação do vírus do HIV e disseminação da Aids enquanto doença. Destaca-se assim, o protagonismo de jornalistas gays que se esforçavam em aprender com o discurso médico para investir numa educação da saúde, do cuidado do corpo através de uma linguagem própria aos homossexuais.

O jornal *Nós Por Exemplo*, foi mais um dos espaços de propagação de um saber dito médico que visava incutir no público gay os devidos cuidados para “manter o corpo limpo” de enfermidades. O espaço informativo servia ainda como forma de resistência ao estigma na qual os homossexuais eram acusados: o da sexualidade desviante e o fato de portar um “câncer gay”. Não se tratava de naturalizar a doença, mas de alterar as práticas sexuais como parte de um projeto biopolítico de promoção a vida.

Muito ainda preciso ser dito sobre a atuação do jornal *Nós Por Exemplo* no combate à epidemia de Aids. Acreditamos que esse impresso pode servir para percebermos formas de combate à doença através da educação sanitária. Uma fonte histórica que nos permite escrever uma história dos homossexuais, bem como, uma história do combate as doenças. Se muito ainda precisa ser selecionado, analisado e dito, assumimos o compromisso de continuar a fazê-lo.

Referências

BESSA, Marcelo Secron. *Os perigosos: autobiografia & Aids*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

CAETANO, Marcio; NASCIMENTO, Claudio; RODRIGUES, Alexsandro. “Do caos re-emerge a força: AIDSe mobilização LGBT”. In: GREEN, J. A. [et. al.] (org.). *História do movimento LGBT no Brasil*. São Paulo: Alameda, 2018.

CAMUS, Albert. *A peste*. 29 ed. Rio de Janeiro: Record, 2020.

FARGE, Arlete. *O sabor do arquivo*. São Paulo: Edusp, 2009.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1977.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

GALVÃO, Jane. *Aidsno Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Abia-São Paulo: Editora 34, 2000.

KALICHMAN, A. O. *Vigilância epidemiológica de AIDS: Recuperação histórica de conceitos e práticas*. Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

MAIOR JR., Paulo Roberto Souto. Tornar-se gay em tempos de AIDS: a homossexualidade no jornal Nós Por Exemplo. *Historien* (Petrolina), v. 5, p. 414-427, 2014.

NASCIMENTO, D. R.; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Epidemias do século XX: gripe espanhola e Aids. In: TEIXEIRA, Luiz Antônio; PIMENTA, Tania Salgado; HOCHMAN, Gilberto. (org.). *História da Saúde no Brasil*. 1 ed. v. 1. São Paulo: Hucitec, 2018.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *As pestes do século XX. Tuberculose e Aidsno Brasil: uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NASCIMENTO, D. R. *Aids: a emergência da década de 1980*. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; FRANCO, Sebastião Pimentel; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (org.). *Uma história brasileira das doenças*. 1 ed. v. 07. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017.

NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, Diana Maul de (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA, I.; LOPES, F. *Uso de preservativos: Pesquisa Nacional IBOPE*. Brasil, 2003.

*Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)*

PARKER, Richard.; PIMENTA, Cristina. (org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

Migrar e adoecer:

Assistência aos italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS (Final do Século XIX)

Carolina Wendling Rodrigues¹

Introdução

A história das migrações vem ganhando espaço em novos estudos historiográficos abordando diversas temáticas, tais como: gênero, criminalidade, loucura, doença, estratégias de deslocamentos², entre outras. Durante o século XIX o Brasil recebeu um grande contingente de imigrantes europeus que chegavam no país em busca de novas oportunidades. O contexto das migrações está relacionado com as diversas transformações que ocorriam no mundo ocidental, de acordo com Loraine Giron (1980), são diversos os fatores responsáveis que levaram esse grande número de pessoas a deixarem seu país de origem, como as questões de ordem social, política e econômica podem ser levantadas nos estudos sobre as migrações.

Sobre o contexto europeu do século XIX, podemos mencionar diversas transformações que estavam ocorrendo, como por exemplo: as Revoluções Industrial e Científica-Tecnológica. O crescimento das indústrias e da vida urbana geraram mudanças nas “sociedades

1 Mestranda no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. E-mail: carol-wendling@hotmail.com

2 Destaco alguns trabalhos, como: questão de gênero, Yonissa Marmitt Wadi (2009); criminalidade, Máira Vendrame (2016), Caroline Von Mühlen (2017); sobre as doenças, Lucy Maffei Hutter (1996); sobre loucura, Constantino Ianni (1963), Zelinda Scotti (2013), Stella Borges e Rovílio Costa (1996).

de economia agrícola que sofreram frente ao rápido processo de industrialização” (SILVA, 2014, p. 21). Por conseguinte, esse crescimento industrial e urbano não deu conta de absorver a grande quantidade de pessoas que migravam do campo para as cidades. Esse processo se deu concomitante ao aumento da taxa de natalidade na Europa devido a melhoria dos serviços de assistência, e o desenvolvimento da medicina, bem como de uma imunidade natural por parte da população às epidemias (ALVES, 2017, p. 39). Além dos agricultores vivenciarem a substituição de seu trabalho pelas novas tecnologias, os operários das cidades também eram trocados por máquinas: “O que se viu, portanto, foi um aumento de mão-de-obra excedente que levou inúmeros trabalhadores ao desemprego e à miséria” (SILVA, 2014, p. 21). De acordo com Luis De Boni e Rovílio Costa (DE BONI; COSTA, 1982), o campo possuía um elevado número de pessoas em meio à uma situação de fome e pobreza e as cidades não possuíam condições de absorver tantas pessoas.³ No entanto, para além dessas questões, o avanço industrial possibilitou os deslocamentos em massa nos navios à vapor de forma mais rápida e barata.

Além dos fatores de repulsão, existiram fatores de atração, ou seja, o Brasil procurou atrair os imigrantes, a fim de atender as demandas de ocupação de terras devolutas. O fomento à imigração tinha como objetivo criar, também, um mercado de mão obra livre que substituísse a escravizada. O governo imperial e a elite intelectual também possuíam a ideia de atrair os europeus a fim de civilizar a população brasileira, considerada atrasada. Nesse sentido, o bom colono deveria possuir responsabilidades com o trabalho e a família, e para isso os europeus, principalmente os italianos e alemães, atenderiam tal ensejo (GIRON, 1980, p. 47). Para a atração, o Império criou diversas leis e decretos⁴ que facilitavam à imigração e a colonização. Foi autorizado a participação de empresas particulares que acordavam a vinda de imigrantes e através de propagandas que divulgavam um Brasil onde tudo se multiplicava em terras férteis e

3 Sobre a situação europeia frente ao contexto migratório, especificamente o contexto italiano ver: De Boni; Costa, (1982).

4 Para análise detalhada das leis ver: Iotti, (2001).

a natureza que proporcionava alimentos à vontade. De acordo com Costa Leite (COSTA LEITE *apud* SILVA, 2014, p. 23), entende-se que tanto os motivos de repulsão quanto os de atração se relacionam, ou seja, esses fatores estão ligados à uma conjuntura de situações que estão relacionadas à necessidade e a oportunidade. Além de conhecer os contextos em que estão inseridos os movimentos migratórios, é necessário levar em conta o papel ativo dos sujeitos que migram.

Vendrame (VENDRAME, 2015; 2016; 2018) analisa as redes e contatos dos imigrantes que uniam os dois lados do atlântico. Para pensar na perspectiva das redes, a autora utiliza-se do conceito de “cadeias migratórias”,⁵ que consiste em perceber como tais redes auxiliavam os italianos a organizar as partidas e a escolher seus destinos. Ou seja, as cadeias migratórias eram a relação que os imigrantes possuíam com aqueles já estabelecidos nos locais de destino. No momento da chegada, os imigrantes em sua maioria eram “carentes de bens materiais, por outro lado podiam contar com uma riqueza imaterial: os laços parentais permitiam ampliar as chances de sucesso no Novo Mundo”. As redes se faziam um dos recursos mais ricos que o imigrante poderia possuir, independentemente se detentor de algum bem material ou não (VANDRAME, 2015, p. 217). A partir do conceito de redes utilizado pela autora, entende-se que é importante problematizar o destino que tiveram aqueles imigrantes que não puderam contar com as redes de apoio familiar no momento da chegada, bem como aqueles que viajavam sozinhos e deixavam suas famílias em sua terra natal.

Os processos migratórios deixaram marcas na vida dos imigrantes. Deixar o local de origem poderia desencadear inúmeras incertezas e anseios, os projetos de vida dos imigrantes poderiam ser interrompidos por diversos motivos, sendo que, um deles eram as doenças. De acordo com Hutter (HUTTER, 1996, p. 36), os problemas com relação à saúde surgiam antes mesmo da saída do emigrante, ao embarcar já traziam consigo os germes de doenças

⁵ Vendrame menciona que o conceito de Cadeia migratória foi inicialmente utilizado para entender o movimento de imigrantes para a América do Norte, trabalhado por John S. MacDonald, Leatrice MacDonald (1964) e Fernando Devoto (1988) Vendrame (2018).

adquiridos na Europa. A doença poderia se manifestar também em decorrência das condições precárias e insalubres dos navios. A autora menciona que as doenças transmissíveis poderiam se propagar mais rapidamente devido à falta de higiene, e ao elevado número de passageiros colocados nos navios pelas companhias de navegação. Nesse sentido, no momento de desembarque, os imigrantes encontravam-se muito doentes ou desnutridos pela falta de alimento e água potável, ou então não completavam seus projetos pessoais devido à morte.

A presente comunicação trata-se de um recorte do meu projeto de mestrado, intitulado: “Imigrantes e suas doenças: os italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1875-1900)”. O objetivo principal da pesquisa é compreender quais os usos que os imigrantes italianos faziam da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, em que condições e de que maneira se dava o acesso na instituição. Para o desenvolvimento da pesquisa, são utilizados como fonte os Livros de Matrícula dos Enfermos da Santa Casa de Porto Alegre. O objetivo desta comunicação é demonstrar os motivos das internações dos imigrantes italianos recém chegados na província do Rio Grande do Sul.

Os imigrantes doentes que desembarcavam no Brasil, eram encaminhados aos Hospitais ou então se providenciava locais para o devido isolamento nas hospedarias. (HUTTER, 1996). São escassos os trabalhos que analisam as hospedarias erguidas na província do Rio Grande do Sul, e existem registros na Santa Casa de Misericórdia de diversos estrangeiros que davam entrada no hospital. A partir da análise das fontes pode-se perceber que os imigrantes procuravam a Santa Casa, como local de tratamento das moléstias adquiridas na travessia, ou então como local de abrigo. A seguir, torna-se importante contextualizar o papel das hospedarias de imigrantes no Brasil e no Rio Grande do Sul, para a compreensão desses espaços como locais de acolhimento e contenção de doenças. Bem como compreender as funções médicas e assistencialistas da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre no final do século XIX, a fim de

identificar o papel que essa Instituição possuiu no acolhimento dos imigrantes italianos.

As hospedarias de imigrantes

A partir do século XIX começou-se a providenciar locais de hospedagem aos recém chegados no Brasil. As hospedarias se estabeleceram ao longo da costa do país, próximas aos pontos de traslado dos fluxos migratórios. Podem ser entendidas como locais de “transmutação, limiares modernos através dos quais os emigrantes transformam-se em imigrantes durante seu curto tempo de estada” (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 2). Na década de 1850, devido às preocupações com a epidemia de febre amarela, e com o grande número de imigrantes atraídos para o país, estes passam a ser considerados focos de irradiação de doenças infecciosas. É neste contexto que se discute a implementação de locais de acolhimento dos recém-chegados. Em 1850, é fundada pelo Ministério do Império, a Junta Central de Higiene Pública, e como resultado, os projetos de locais de isolamento nas ilhas, como por exemplo o lazareto de Jurujuba no Rio de Janeiro em 1851. Em 1853 o lazareto se transformou no Hospital Marítimo de Santa Isabel, tendo a principal função tratar marinheiros, viajantes e imigrantes que chegavam com doenças contagiosas (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 6-7).

A preocupação com o destino dos recém chegados é percebida também a partir da criação da Associação Central de Colonização em 1855. A Associação teve como finalidade importar emigrantes agricultores ou industriais que quisessem vir para o Brasil, ficando responsável por todo o processo de recrutamento e transporte, bem como a instalação dos imigrantes nas colônias. No que se refere às hospedarias, a Associação deveria responsabilizar-se em fornecer alojamentos, e nos portos em que não existissem os estabelecimentos, a Associação deveria providenciar locais de “abrigo e subsistência, até que os imigrantes tivessem construído ou recebido suas moradias

definitivas. Àqueles que migravam de forma espontânea sem a mediação da Associação, deveriam arcar com as custas em dinheiro ou na forma de trabalho durante o tempo que permanecessem nas hospedarias (SILVA, 2014, p. 48-50). Além da questão das custas e a carência na legislação que tratasse da recepção dos imigrantes, a Associação não conseguiu recrutar um significativo número de imigrantes ao Brasil, sendo extinta em 1861. Ainda na segunda metade do século XIX foram criados diversos decretos que regulamentavam e destinavam as competências estatais no momento de chegada dos estrangeiros, como por exemplo a instalação de hospedagens provisórias nas colônias para abrigar os colonos até que recebessem os seus lotes.

Em 1876 é criada a Inspetoria Geral de Terras e Colonização, e as suas competências também eram destinadas aos serviços relativos ao desembarque, agasalho, entrega de bagagens, bem como a remoção dos enfermos para os hospitais nos casos mais graves (SILVA, 2014, p. 51). A partir da década de 1880, são criadas as grandes Hospedarias do país, essa rede de hospedarias inseria-se em um conjunto de “estratégias geopolíticas que resultaram na constituição de uma malha hierarquizada regionalmente, voltada para cumprir três funções centrais: controlar, acolher e distribuir os imigrantes” (CHRYSOSTOMO; VIDAL, 2014, p. 11). Dentre as principais hospedarias erguidas nesse período estão: a Hospedaria da Ilha das Flores na Baía de Guanabara no Rio de Janeiro (1883);⁶ e a Hospedaria do Brás, localizada em São Paulo (1886).⁷

Não existem muitos trabalhos que se detém à análise exclusiva das hospedarias no Rio Grande do Sul⁸, além disso, as hospedarias não possuíam um local fixo para receber os imigrantes,

6 A Hospedaria da Ilha das Flores foi construída sob iniciativa do governo imperial, sendo controlada pela Inspetoria Geral de Terras e Colonização. Os imigrantes permaneciam na hospedaria durante o tempo que suas bagagens eram despachadas e desinfetadas Segawa (1989, p. 27).

7 A construção da Hospedaria do Brás, se deu pela iniciativa privada da Sociedade Promotora de Imigração de São Paulo, que geria os recursos públicos advindos do governo para apoiar a imigração no estado Chrysostomo; Vidal (2014, p. 11).

8 Destaco a dissertação de mestrado de Gabriela Ucoski da Silva (2014).

a ação tomada pela província era de locar casas ou prédios para o alojamento dos recém-chegados. São diversas as solicitações do presidente da província para a providência de locais adequados para o recebimento dos imigrantes, tanto na capital como nas colônias. Silva (SILVA, 2014, p. 60), analisa os Relatórios emitidos pelo presidente da província em que o mesmo, no ano de 1868, informa que

mandou construir, nas colônias de Nova Petrópolis e Santo Ângelo empreendimento deveriam correr por conta dos cofres gerais. Mais adiante, o presidente se referiu ao alojamento da capital; segundo ele, era notável que não existisse, até aquele momento, um edifício apropriado para receber os imigrantes chegados à província. Por este motivo, mandou estabelecer, 'no terreno beira-rio em frente à praça da Harmonia', um grande 'barracão', onde os imigrantes que chegassem à capital pudessem ser alojados (RIO GRANDE DO SUL, 1868).

Esse pedido, estava relacionado com o decreto publicado em 1867 que ordenava que nas colônias deveriam existir locais onde os imigrantes pudessem se alojar até o recebimento de seus lotes. A preocupação de aprimorar os locais de alojamento era constante. Em 1872, o presidente da província manda que fossem construídos barracões no Porto Guimarães,⁹ também para abrigar os colonos que se dirigiam às colônias Nova Petrópolis e Conde d'Eu (SILVA, 2014, p. 61). Uma das hospedarias que possuem documentação disponível para pesquisa é a Hospedaria do Cristal em Porto Alegre. São livros de boletins diários que controlavam o movimento da instituição através do registro de entradas, saídas, presenças e doentes na enfermaria bem como as correspondências trocadas pelo administrador com a província.¹⁰ A Hospedaria é idealizada em 8 dezembro de 1890, através da solicitação do Presidente da Junta de Higiene Pública à Delegacia da Inspetoria Geral de Terras

⁹ Porto Guimarães é a atual cidade de São Sebastião do Caí/RS. A região do Caí ganha destaque nos estudos da colonização, pois possuía uma variedade étnica abrangendo a partir de sua comarca diversas colônias alemãs e italianas. Servia de ponte para o crescimento econômico das regiões de colonização localizadas na parte nordeste do território sul-rio-grandense. Um exemplo disso é a inserção da colônia Caxias ao mercado regional, que se deu devido à proximidade com São Sebastião do Caí.

¹⁰ Documentação que se encontra no Arquivo Histórico do Estado do Rio Grande do Sul.

e Colonização. De acordo com Silva (SILVA, 2014, p. 120), a Hospedaria do Cristal, está entre as grandes do Brasil (Brás e Ilha das Flores), sabe-se que chegou a contar com mais de 2.000 pessoas em um só dia.

Visto que, o Rio Grande do Sul possuía diversos locais para o abrigo dos imigrantes, o caminho de análise das condições de saúde que esses chegavam no estado seria longo, e não condiz com o objetivo central da pesquisa. Nesse sentido, a documentação da Santa Casa de Misericórdia se torna uma porta de acesso para a análise das doenças e as condições que os imigrantes italianos chegavam ao estado, como será explanado no próximo tópico.

Acolher e curar: Assistência aos italianos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS

No Rio Grande do Sul, a Santa Casa é fundada no século XIX acompanhando o desenvolvimento urbano da capital da província, a cidade de Porto Alegre. A Irmandade foi fundada em Porto Alegre a pedido e idealização do Irmão Joaquim Francisco do Livramento ao príncipe regente de Portugal, tendo sua fundação após deferimento em 19 de outubro de 1803, e a sua construção iniciada no ano seguinte em 1804 (BARROSO, 2015, p. 184). A construção das enfermarias se deu de forma lenta, até que em 1826 o hospital é aberto e inaugurado solenemente junto às duas primeiras enfermarias.

A Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, assim como as demais Misericórdias, estava vinculada ao catolicismo português, além de manter relações estreitas com as classes sociais mais abastadas e às mais pobres. Com relação às elites, fazer parte de uma Irmandade proporcionaria um status social, a partir de uma ostentação da religiosidade católica, bem como a obtenção de privilégios espirituais (TOMASCHEWSKI, 2007). Sobre à assistência aos pobres, as Misericórdias voltavam seus trabalhos a realização da caridade e da assistência, principalmente por meio do seu hospital (OLIVEIRA, 2012, p. 96). É importante reconhecer

o papel das elites junto às instituições de caridade pois a partir delas, “capitalizaram o imperativo da caridade como importante instrumento que lhe garantiu lastro moral e capital político” (FRANCO, 2017, p. 11). Como uma forma de controle característica dos Estados modernos, as elites classificavam a pobreza, ou seja quem seria merecedor das obras de caridade e quem não seria.

Em 1827 a Santa Casa de Porto Alegre adotou o mesmo Compromisso que a Misericórdia de Lisboa, elaborado em 1618. De acordo com Weber (WEBER, 1999, p. 138), no Rio Grande do Sul não houve grandes modificações nos artigos do Compromisso de Lisboa que regeu a Santa Casa até 1857. Ainda de acordo com a autora, o Compromisso de 1857, aprovado por lei¹¹ em 1867, mencionava o caráter assistencial da Santa Casa: o hospital de caridade seria para o atendimento das enfermidades daqueles que eram pobres e careciam de socorros e auxílios alheios. A Misericórdia se sustentava com o recebimento de esmolas, legados e outros tipos de rendimentos. A instituição esteve ligada ao Estado do Rio Grande do Sul, embora não fosse um órgão deste, pois “caberia ao governador da capitania animar, proteger e favorecer o empreendimento, estabelecendo assim maiores vínculos entre a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o governo da Província” (OLIVEIRA, 2010, p. 96). Por conseguinte, a Santa Casa recebia subvenções do governo provincial para a realização de alguns feitos como por exemplo: a administração dos expostos, ficando responsável em acolher, criar e alimentar os menores desvalidos a partir do ano de 1837, bem como no atendimento médico aos presos e militares.

A Santa Casa de Porto Alegre foi um dos principais locais de cura do Rio Grande do Sul, porém ao longo do século XIX, o cuidado com os doentes consistia principalmente em acolher os necessitados, auxiliando-os nos cuidados das doenças, mas também espiritualmente, por se tratar de uma instituição religiosa. Ao pensar o papel médico e terapêutico do hospital da Santa Casa neste período, Weber (1999) enfatiza que:

11 Lei provincial n. 602, de 10 de janeiro de 1867.

a noção de doença era marcada pela visão hipocrática, caracterizada por um desequilíbrio entre os humores do corpo. O tratamento reduzia-se a purgas, banhos, fumigações e controle alimentar. A função primordial do hospital, nesse contexto, não era a terapêutica, mas a assistência [...]. Marcada como uma instituição de assistência, ainda em 1905, quinze por cento dos enfermos recolhidos eram velhos, portadores de moléstias crônicas, pessoas muito fracas, e alguns sem residência estável. (WEBER, 1999, p. 147).

Nesse sentido, o processo de medicalização da Santa Casa, se transforma aos poucos, de uma forma não linear. Ainda segundo Weber (WEBER, 1999), as pessoas iam até os hospitais para morrer, pois havia uma grande resistência da população em recorrer à ele, pois o internamento do paciente poderia resultar no seu isolamento dos seus familiares. As transformações foram ocorrendo gradativamente, e a crescente especialização médica do hospital se dá juntamente com a fundação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1898. A partir daí, um maior número de médicos passam a interferir na organização interna da instituição “procurando vincular uma perspectiva técnica vinculada ao conhecimento” (WEBER, 1999, p. 163). Sanglard (SANGLARD, 2007) afirma que a laicização do hospital foi um processo longo e tenso em várias Misericórdias do Brasil. As disputas colocavam “de um lado, o hospital como lócus da ação da caridade e, de outro, o hospital como espaço da prática médica” (SANGLARD, 2007, p. 26). No decorrer do século XX, a Santa Casa procurava aos poucos deixar de atender os desamparados, estes deveriam ser remetidos para os asilos, hospícios¹² e orfanatos. No entanto essas transformações foram ocorrendo de forma gradual e ganharam força com a Proclamação da República e um maior controle do estado positivista do Rio Grande do Sul sobre a população.

Visto algumas das funções da Santa Casa para com a sociedade rio-grandense, faz-se o questionamento: a Santa Casa em algum momento foi incumbida de receber os imigrantes italianos recém-

12 A Santa Casa ficou responsável pelo recolhimento dos alienados até o ano de 1884, com a Fundação do Hospício São Pedro. Porém, mesmo após a fundação do Hospital psiquiátrico, ainda era possível verificar a entrada de alienados no hospital de caridade.

chegados na província,¹³ haja vista que a instituição mantinha relações estreitas com o estado provincial. No Livro de Matrícula Geral dos Enfermos,¹⁴ é possível perceber um grande número de italianos que dão entrada no hospital no mesmo dia, assim como famílias que chegam no hospital juntas. Nessas famílias, alguns membros não possuem doenças, provavelmente entram como acompanhantes, ou então em busca de estadia. No dia 14 de julho de 1878, adentram ao hospital 22 italianos, todos se declarando pobres e sem profissão. Destes 22 italianos, 17 são crianças. As moléstias apresentadas pelas crianças eram: diarreia, anidrose, escrófulas, e algumas não possuíam moléstia alguma. Dos 5 adultos, a partir do sobrenome, pode-se perceber que 3 não são acompanhantes das crianças, esses três possuíam ferimentos. Os outros 2 adultos não possuíam moléstia, afirmando a hipótese de estarem acompanhando as crianças, verificando-se também pelo sobrenome. Assim como no dia 01 de fevereiro de 1880, adentraram no hospital 12 italianos – 7 crianças e 5 adultos –, pelo sobrenome constata-se que são 3 famílias: Bianchini, Lourenzo, Baschiete (consta também como: Brechete). A classe desses italianos está classificada como “emigrante” e nenhum deles possuem profissão, o campo das doenças encontra-se em branco com exceção de uma criança da família Baschiete que possuía eczemas.¹⁵

Nos registros analisados acima, pode-se levantar a hipótese de que todos são recém-chegados pelo número de familiares, bem como as doenças que indicam uma travessia transoceânica insalubre

13 Até o momento, a presente pesquisa busca responder tal questionamento a partir da análise dos relatórios da provedoria da instituição assim como os relatórios do presidente da província, e que até o momento não foram encontrados indícios na presente documentação.

14 Os livros de enfermos serviriam para registrar todas as pessoas que foram regulamente internadas no hospital da Santa Casa, e fazem parte da documentação produzida pela Santa Casa de Porto Alegre. Oliveira (2010, p. 42). Oferecem os seguintes campos de informação: nº de ordem (ingresso), data da entrada (dia, mês e ano), nome do paciente, idade, naturalidade, cor, filiação, profissão, estado (civil), classe, residência (a partir do volume 19), hora de entrada, por quem remetido, diagnóstico, alta (dia, mês e ano) e observações (se o paciente saiu curado, pediu para sair, insubordinação, foi transferido ou faleceu) Barroso (2015, p. 194).

15 Dados coletados no Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, n. 4 (11/1873-08/1880) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

com más condições de alimentação e hidratação com água potável, como por exemplo a diarreia. O segundo grupo analisado, em que as doenças não foram registradas, além da condição de emigrantes registrada no livro, a ausência de uma moléstia pode indicar que a Santa Casa poderia ser procurada como local de abrigo.

Outro indício que nos leva a pensar que a Santa Casa acolhia os imigrantes, principalmente aqueles acometidos por alguma moléstia, é percebido no relatório do provedor da Santa Casa do ano de 1889, onde é relatado que um grupo de colonos chega até a Santa Casa com febre amarela:

em princípios deste ano, tendo tido comunicado do administrador do Estabelecimento de que o médico de dia reconhecera a febre amarela nos colonos, que, tendo desembarcado, foram para aí mandados, convoquei logo uma reunião do corpo médico do Estabelecimento. Examinados os doentes, foi confirmado aquele diagnóstico. Imediatamente tomei as providências que a urgência do caso requeria, fazendo remover os colonos acometidos da moléstia diagnosticada para uma enfermaria especial que mandei preparar em um dos compartimentos do pavimento térreo, e ordenando constantes desinfecções por todo o edifício. Em seguida officiei à presidência da província ponderando-lhe a urgente necessidade da remoção dos aludidos colonos para fora do estabelecimento, e declarando-lhe que dessa data em diante deixariam de ser nele recebidos mais colonos, enquanto não cessasse o caráter epidêmico que apresentavam as moléstias dos imigrantes. S. Ex. mandou criar lazaretos, e os poucos colonos que estavam ainda em tratamento foram logo para os mesmos removidos. Devido às precauções tomadas, a moléstia não se desenvolveu no hospital, ficando circunscrita a essa pobre gente.¹⁶

A partir da informação apresentada pelo provedor da Santa Casa, verifica-se a preocupação com as doenças contagiosas de caráter epidêmico no hospital bem como a criação de lazaretos para o isolamento dos doentes. Demonstrando também a relação de proximidade que a administração da Santa Casa mantinha com a província do Rio Grande do Sul. Alguns dos italianos faleceram, e no livro de Registro de óbitos do cemitério da Santa Casa¹⁷ consta

16 Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre do biênio de 1888 e 1889 - Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC). Optou-se em atualizar a ortografia na transcrição.

17 Registrados no livro de Óbito do cemitério da Santa Casa de Misericórdia do dia

o local de falecimento dos doentes. Enquanto alguns faleceram no Hospital da caridade e no lazareto, há um registro de que um dos imigrantes faleceu na “Hospedaria de imigrantes”, porém não informando qual hospedaria se tratava. Nos registros da Santa Casa, tanto nos livros de Matrícula dos enfermos, quanto nos livros da provedoria, não foram encontrados registros por escrito de imigrantes que tenham vindo das hospedarias. Com as informações coletadas até o momento, pode-se dizer que a Santa Casa era o destino de vários imigrantes que chegavam ao Rio Grande do Sul trazendo consigo moléstias, ou então em busca de um pouso.

Considerações finais

No Rio Grande do Sul, as hospedarias não possuíam um local fixo para receber os imigrantes, o governo provincial constantemente alugava casas e prédios ou então solicitava a construção de barracões nos locais próximos às colônias, ou então na capital Porto Alegre. Esses locais improvisados, provavelmente não possuíam condições necessárias ao atendimento dos imigrantes que chegavam doentes ou então debilitados após uma longa viagem. Os registros existentes da Hospedaria do Cristal em Porto Alegre são datados a partir de 1892, e consistem na escassa documentação sobre essas hospedarias. Antes deste período não foram produzidos muitos trabalhos sobre as hospedarias que relatassem as condições de saúde dos imigrantes ou então sobre o cotidiano nesses locais. Nesse sentido, o estudo nos registros de entrada dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre nos fornecem informações de que os imigrantes recém chegados também eram recebidos na instituição, estando doentes ou não.

A partir dos relatórios da provedoria, bem como dos registros de entrada, pode-se perceber que a Misericórdia também exercia o papel de controle das doenças contagiosas, como por exemplo a febre amarela, cuidando dos enfermos e ficando incumbida de transferi-los para os lazaretos bem como sepultar no cemitério

da irmandade os que faleciam no Hospital ou fora dele. Sobre os imigrantes que chegavam sem doença alguma, pode-se inferir que a Santa Casa também era um local de reabilitação após a longa travessia atlântica, fornecendo local para o descanso e alimentação adequada.

É necessário lembrar que no século XIX a relação entre as pessoas e as doenças e as práticas de cura frente aos hospitais deve ser compreendida dentro de um contexto. Nesse sentido, considerar que os doentes viviam a doença de uma forma relacional, ou seja, os eventos médicos eram “eventos sociais complexos envolvendo a família e a comunidade” (PORTER, 1985, p. 175). Procurar um hospital poderia significar que qualquer outra forma de cura possível tivesse sido esgotada, pois as percepções de doença e cura da sociedade do século XIX resultavam em diversas práticas de cura, tais como: curandeiros, práticos, benzedeadas, médicos, etc. O hospital só foi se tornar um local da prática médica moderna e científica de forma lenta e gradual no final do século XIX, e mesmo assim continuava sendo encarado com um espaço de cuidado dos necessitados, auxiliando-os nos cuidados das doenças mas também espiritualmente. Por conseguinte, tratar e dar abrigo aos recém chegados, poderia fazer parte das incumbências da Santa Casa, visto que muitas vezes os imigrantes chegavam com suas famílias e não possuíam redes de sociabilidade nos locais de chegada. Por fim, entende-se a importância de pensar a história da saúde, das doenças e da assistência com olhar voltado para as experiências sociais dos imigrantes, pois permite problematizar os usos que determinado grupo étnico fazia das instituições de assistência.

Referências

Fontes

Livro de Matrícula Geral dos Enfermos, nº 4 (11/1873-08/1880) – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre do biênio de 1888 e 1889 - Arquivo do Centro Histórico – Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Livro de Óbito do cemitério da Santa Casa de Misericórdia do dia 27 de fevereiro de 1889 a 4 de março de 1889 – Arquivo do Centro Histórico-Cultural da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CHC).

Bibliografia

ALVES, Débora Bendocchi; KLUG, João; WITT, Marcos. (org.). *Frederich von Weech: a agricultura, o comércio e o sistema de colonização no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. São Leopoldo: Oikos, 2017.

BARROSO, Véra. Os imigrantes na Santa Casa de Porto Alegre: as possibilidades de pesquisa no acervo do Centro Histórico-Cultural/CHC-ISCMPA (Sécs. XIX e XX). In: VENDRAME, Maíra Ines [et. al.] (org.). *Micro-História, trajetórias e imigração*. São Leopoldo: Editora OIKOS, 2015.

CHRYSOSTOMO, Maria; VIDAL, Laurent. Do depósito à hospedaria de imigrantes: gênese de um “território de espera” no caminho da emigração para o Brasil. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, jan./mar. 2014, p. 1-23. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010013>.

DE BONI, Luis A.; COSTA, Rovílio. 2 ed. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora Vozes, 1982.

FRANCO, Renato. Por uma morfologia da caridade. In: KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano E.; ROSSI, Daiane S.; FLECK, Eliane; QUEVEDO, Éverton R. (org.). *História da assistência à saúde e à pobreza: olhares sobre suas instituições e seus atores*. São Leopoldo: Oikos, 2017, p. 9-17.

GIRON, Loraine Slomp. A imigração italiana no RS: Fatores determinantes. In: BARROS, Eliane Cruxén. (org.). *RS: imigração e colonização*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

HUTTER, Lucy Maffei. O imigrante e a questão da saúde. In: DE BONI, Luis A. (org.). *A presença italiana no Brasil: volume III*. Porto Alegre; Torino: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes; Fondazione Agnelli, 1996, p. 336-379.

IOTTI, Luiza Horn (org.). *Imigração e colonização: legislação de 1747 a 1915*. Porto Alegre/ Caxias do Sul: Assembleia Legislativa do Estado do RS/EDUCS, 2001.

KORNDÖRFER, Ana Paula; BRUM, Cristiano E.; ROSSI, Daiane S.; FLECK, Eliane; QUEVEDO, Éverton R. (org.). *História da assistência à saúde e à pobreza:*

olhares sobre suas instituições e seus atores. São Leopoldo: Oikos, 2017.

OLIVEIRA, Daniel. *Morte e vida feminina: mulheres pobres e condições de saúde e medicina da mulher na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (1880-1890)*. Dissertação (Mestrado em História). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PORTER, Roy. The Patient's View: Doing Medical History from. *Theory and Society*, v. 14, n. 2, p. 175-198, 1985.

ROSSI, Daiane. *Assistência à saúde e à pobreza no interior do sul do Brasil (1903-1913)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. *Esboços*, Santa Catarina, v. 13 n. 16, 2006. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119>.

SEGAWA, Hugo. Arquiteturas de hospedarias de imigrantes. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, v. 30, p. 23-42, 1989.

SILVA, Gabriela Ucoski. *História e aspectos do cotidiano da Hospedaria de Imigrantes do Cristal Porto Alegre (1890-1898)*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TOMASCHEWSKI, Cláudia. *Caridade e filantropia na distribuição da assistência: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas - RS (1847-1922)*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VENDRAME, Máira Ines. Mobilidade, redes e experiências migratórias: algumas reflexões sobre as estratégias de transferência dos imigrantes italianos para o Brasil meridional. In: VENDRAME, Máira Ines [et. al.] (org.). *Micro-História, trajetórias e imigração*. São Leopoldo: Editora OIKOS, 2015, p. 200-223.

VENDRAME, Máira Ines. *O poder na aldeia: redes sociais, honra familiar e práticas de justiça entre os camponeses italianos (Brasil-Itália)*. São Leopoldo: Oikos; Porto Alegre: ANPUH-RS, 2016.

VENDRAME, Máira Ines. Micro-história e história da imigração: pensando o problema do equilíbrio e da complexidade. *Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 10, n. 25, p. 267-288, jul./set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/2175180310252018267>.

WADI, Yonissa, M. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

*Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)*

WEBER, Beatriz. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. São Paulo: EDUSC, 1999.

WITTER, Nikelen. *Males e Epidemias: Sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

Discursos médicos sobre a loucura na cidade a Parahyba do Norte entre 1989 e 1930

Edna Maria Nóbrega Araújo¹

Alda Venusia Alves de Oliveira²

Maria Cecília Brito Marques³

A primeira metade do século XX, foi marcada por crescente intervenção da medicina nos corpos e espaços da Parahyba do Norte⁴, sob a justificativa das reformas modernizantes ocorridas no período. Esse cenário fez eclodir uma série de movimentos de caráter higienista, eugênico e de educação sanitária, que passaram a estabelecer diretrizes para excluir dos espaços públicos indivíduos que não se “enquadravam” aos padrões almejados no período. Essa condição ganhou fôlego com o aumento do número de médicos na Parahyba, que terminaram por corroborar ainda mais para a validação das ações governamentais.

A participação dos médicos em diversos setores da sociedade parahybana tornou-se cada vez mais constante com o decorrer das primeiras décadas do século XX. Isso se deu principalmente pelo crescente investimento das autoridades públicas em áreas de saúde e o interesse por uma “higienização” material e ideológica. Nesse

1 Professora da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: ednanobrega06@gmail.com

2 Mestranda da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: aldavenusiaoliveira@gmail.com

3 Graduanda da Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: mariaceciliam8767@gmail.com

4 A cidade da Parahyba do Norte mudou sua denominação a partir de 1930 para João Pessoa, no entanto, ao longo do texto o leitor encontrará as duas denominações, bem como em relação ao Estado que aparecerá como Parahyba e Paraíba, segundo a fonte pesquisada. Araújo (2001).

sentido, a questão da assistência aos loucos passou a figurar como objeto de preocupação entre a comunidade médica local.

Se outrora, os loucos, eram tutelados pela Santa Casa de Misericórdia, embora que a contragosto de seus provedores, por considerarem dispendiosa a manutenção dos desvalidos no local, que já contava com elevado número de internos, inclusive as vítimas das constantes epidemias que grassavam na Parahyba. Ainda assim, reservava alguns cubículos para abrigá-los. Por não haver instituições específicas para recolher os alienados, não raras às vezes estes eram lançados em celas da Cadeia Pública, juntos aos demais apenados ou viviam em condições de mendicância vagueando pelas ruas pouco salubres da Parahyba. (ALVES, 2018).

Em 1891, durante o governo de Venâncio Augusto de Magalhães Neiva (1889-1891), surgiu o primeiro hospital para receber os loucos na Parahyba, o *Asylo de Alienados Sant'Anna* localizado no Sítio Cruz do Peixe. Porém, apenas houve a mudança física, da cadeia pública, onde estavam recolhidos, para outro ambiente semelhante, uma vez que lá também continuavam trancafiados, em condições precárias e sem receber tratamento médico especializado.

O asilo de doidos como era conhecido, além de seu caráter de isolamento, não dispunha de qualquer aparelhamento humanizado e terapêuticas que pudessem minorar a situação enfrentada por aqueles indivíduos. Diante desse cenário, frequentemente circulavam notícias sobre o estado de abandono em que se encontrava o pardieiro da Cruz do Peixe:

os enfermos, órfãos, crianças já possuem os institutos incumbidos de sua protecção. Um contraste offerece os alienados morrendo no hospício que nos humilha, nas cadeias quando não vivem soltos apavorando as populações urbanas. (O JORNAL, 22 fev. 1917, p. 2).

Dr. Octávio Soares, realizou uma descrição acerca das condições do asylo. Condições essas bem conhecidas pelo médico, que chegou a prestar alguns atendimentos na instituição em 1910.

Os infelizes que existem naquele velho edifício, a que tão impropriamente se dá o nome de hospital ou hospício, vegetam, sofrendo, além da privação da razão, a falta de ar, de luz, de hygiene e dos mais necessários commodos. A natureza, diante daqueles quadros horríveis, veste-se de luto, vendo e ouvindo as dores e os gemidos humanos se exalçarem, onde homens e mulheres tolhidos em sua razão e na sua liberdade, sem conforto algum, detidos como criminosos em células pixadas, tendo como leito traves de madeira, recebem pelo gradil a minguada ração da sua alimentação defeituosa. (SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA, 1927, p. 105).

Cerca de dois anos após sua passagem pelo Asilo Cruz do Peixe, Octávio Soares publicou alguns artigos de opinião em jornais locais colocando-se a favor da construção de um novo nosocômio, chegando inclusive a revelar que no período em que prestou seus serviços para o que chamou de “fabrica de alienados”⁵, lhe foi negada a construção de um gabinete em que seriam feitas as observações clínicas dos internos e reformas que aliviariam os loucos do suplicio do cárcere. A recusa justificou-se em razão de uma crise financeira que não permitia maiores gastos com aquele setor. Deste modo, os tipos de diagnósticos que eram realizados no asylo de Sant’Anna – quando realizados – ocorriam sem maiores aprofundamentos, tendo o próprio esculápio admitido este fato:

resignei-me e continuei até esta dacta no papel de diagnosticador das moléstias mentaes simplesmente pela inspecção ocular, fugindo-me das pesquisas de reflexos e sensibilidades, tornando-me impotente espectador do irremessível e progressivo desmoronamento das manifestações da actividade psychica, que só no paradeiro da morte encontra limite e cessação. (SOARES, *O Jornal*, 04 de novembro de 1912, p. 1).

Ainda sobre o diagnóstico e tratamento dispensado aos loucos dr. Octávio Soares acrescenta:

aquí, na Parahyba, a assistência aos alienados começou [em 1889], com a construção de um prédio, entregando, logo após, á administração da Santa Casa de Misericórdia. Era o Estado que não queria ficar com essa obrigação de manter a assistencia aos alienados, ou por outra, com os depósitos de loucos, porquanto não se verificava, naqueles tempos, uma só restea de

⁵ “Asilo de Alienados”, *O Jornal*, 04 de nov. 1912, p. 1. Disponível em: <http://hemerotecadigital.bn.br/>. Acesso em: 06 mai. 2020.

luz científica. Os infelizes que existem naquele velho edifício, a que tão imprópriamente se dá o nome de hospital ou hospício, vegetam, soffrendo, além da privação da razão, a falta de ar, de luz, de hygiene e dos mais necessarios commodos. A natureza, diante daquelles quadros horriveis, veste-se toda de luto, vendo e ouvindo as dôres e os gemidos humanos se exalçarem onde homens e mulheres tolhidos em sua razão e na sua liberdade, sem conforto algum, detidos como criminosos em cellulas pixadas, tendo como leito traves de madeira, recebem pelo gradil a minguada ração da sua alimentação defeituosa.

Melhor fôra que não tivéssemos nenhum hospício, a ter um que tão mal attestado póde dar da nossa cultura, dos nossos sentimentos de humanidade. (A UNIÃO, 1913, p. 1).

Voltando aos reclames do dr. Octávio Soares, podemos reconhecer outro fator que justifique este considerar sua especialidade como uma “ciência ingrata”. Além da ausência de estabelecimentos dignos para receber doentes mentais, a psiquiatria era vista como novidade no período em questão. Isso porque, somente em 1912 a psiquiatria tornou-se ciência médica autônoma. Jurandir Freire Costa (COSTA, 2006, p. 35) aponta que a partir daí o número de instituições dessa natureza começou a crescer no país, a exemplo da Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro.

É possível compreender que o serviço de assistência a loucura não figurava como assunto de primeira ordem entre os cabedais de políticas públicas ao final do século XIX e primeiro decênio do XX. Todavia, a questão dos doidos migrou do estado de mera necessidade de livrar-se dessas figuras que pretensamente aterrorizariam as ruas⁶, a uma preocupação atrelada a preceitos médico-científicos, em que ter um nosocômio como o da Cruz do Peixe passou a vigorar como sinônimo de atraso diante da modernidade almejada. Nota-se aí que as mudanças nos discursos – a ótica reformadora, pautadas em ideais higienistas e sanitaristas - refletiram-se em campanhas

6 Segundo Junqueira (2016, p. 351), os alienados não representavam em si um problema a ordem pública. Isso porque, geralmente estavam trancafiados em quartos, na Cadeia Pública ou no asilo de Sant’Anna, de modo que a presença de loucos furiosos nas ruas certamente era pequena. Podemos associar essa premissa assumida pela opinião pública como um aparato discursivo para justificar a necessidade de manter esses indivíduos distantes da urbe “civilizada” que estava despontando.

cada vez mais frequentes pela construção de um manicômio capaz de dotar a urbe parahybana e os serviços de saúde com a luz da ciência. Os pontos apresentados são relevantes para compreender as agruras da trajetória de assistência aos alienados, porém, isso não implica dizer que o alcance do discurso médico-psiquiátrico não teve maior adesão na sociedade parahybana por de certa forma ter entrado “tarde” na disputa de poderes. As análises realizadas nos mostram justamente que esses doutores conseguiram estender seus domínios sobre os loucos, formando alianças e angariando posições prestigiosas – mesmo que nem sempre de forma linear.

Todas as psychoses são filhas das desordens phisicas, intellectuais ou moraes. Elas nascem do predomínio da subjectividade desordenada, sobre a realidade objectiva, e, absolutamente, não se curam pelo constrangimento dos doentes e sim pelos meios therapeuticos, pelos remédios moraes, em summa, pela instituição do trabalho, que educa e fixa a atenção do doente, diminuindo-lhe o mundo de falsas visões que o rodeiam, até que, se possível se possa reestabelecer o equilibrio. (SEMANA MÉDICA, 1927, p. 101-102).

O médico-psiquiatra Otávio Soares qualificava a loucura e os loucos em sua tese intitulada “Antigos conceitos sobre o alienado” apresentada na Semana Médica da Paraíba em que discutia acerca de como era realizada a assistência aos alienados na cidade da Parahyba do Norte e ainda reforçava a importância da construção de um Hospital psiquiátrico. Seu enunciado revelava, em primeiro lugar, como bem assinalou Michel Foucault (FOUCAULT, 2014), que as relações de poder “constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica” (FOUCAULT, 2014, p. 211), isto é, a patologização da loucura, em outras palavras: a loucura transformada em doença mental pelo saber médico. Apenas através desse processo tornava-se possível ao médico acessar a “doença” e medicalizá-la.

Segundo, é possível perceber o poder exercido e implicado na loucura, que se transcreve como afirmou Foucault (FOUCAULT, 2014) em três pontos: da competência se exercendo sobre uma ignorância, do pretense bom senso no acesso a realidade para corrigir os erros (ilusões, alucinações, fantasmas ou, para usar as

palavras do médico paraibano, “falsas visões”) que rodeiam o doente mental e finalmente a imposição de uma normalidade, de uma ordem à desordem, ao desvio. O doente mental seria curado pelos meios terapêuticos apropriados, bem como a imposição de uma ordem – a do trabalho – para discipliná-lo. Com a mente e o corpo ocupados pela disciplina do trabalho, compreendia-se que o doente mental não teria mais tempo e espaço para ser louco ou pensar na loucura. Daí, o Juliano Moreira funcionar como Hospital-Colônia.

De acordo com Foucault (FOUCAULT, 2014), com a episteme clássica, o corpo começa a ser trabalhado no detalhe, de modo que se pudesse “exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao mesmo nível da mecânica – movimentos, gestos, atitude, rapidez” (FOUCAULT, 2014, p. 132-133). Dessa forma, o corpo do louco entre numa “maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe”, fabricando corpos submissos e dóceis.

O discurso de Otávio Soares ainda é revelador do sistema asilar da loucura. O médico-psiquiatra criticava que os loucos não seriam curados pelo “constrangimento”, isto porque os loucos poderiam ser tratados como caso de polícia, entendidos como elementos da desordem assim como mendigos e vagabundos, a intenção era de regenerá-los. Para o esculápio parahybano, ia “muito longe o tempo em que o alienado, era condenado e irremediavelmente perdido [...] este desprezado e considerado producto da cólera dos deuses, era internado em um cubículo, amarrado ao tronco” (SEMANA MÉDICA, 1927, p. 102) à espera de seu ultimato.

Durante a Semana Médica realizada no ano de 1927 o doutor Flávio Maroja, também denunciou a condição da assistência aos alienados na Parahyba do Norte:

o hospício de Sant' Anna revela, diz o orador, que a Parahyba é um dos Estados que mais se tem descurado no tocante à assistência aos alienados. [...] Extranho ter falado o collega em assistência a alienados na Parahyba nunca houve essa assistência. O que há na Santa Casa, o que há na Cadeia Pública não deve ter o nome de assistência, para não desvirtuar a palavra. (A UNIÃO, 10 mai. 1927, p. 2).

A partir das citações podemos observar várias críticas em relação as condições as quais os loucos estavam submetidos na Parahyba do Norte nas primeiras décadas do século XX. Quando o tratamento aos alienados era caracterizado como desumano, tratados como animais jogados em selas, sofrendo as mais variadas privações e castigos.

As condições para os loucos, mesmo depois de criado um lugar onde foi denominado de asilo de alienados, praticamente não apresentou modificações em relação às acomodações e ao tratamento, apenas, ocupavam um espaço exclusivo, semelhante a uma “casa de supplicios”, onde eram reclusos até morrerem.

O que constatamos nesse período da experiência da loucura na Parahyba do Norte, é o enclausuramento dos loucos, portanto, o tratamento, a busca pela cura ou bem-estar do interno e sua reinserção em sociedade não era algo pensável, ou pelo menos não em primeira ordem, pois é isso que fica evidenciado na forma como eram tratados, afinal, não eram vistos como indivíduos úteis, em muitas das vezes eram vistos como perigosos e em certos casos criminosos. Como considera Foucault “O internamento seria assim a eliminação espontânea dos ‘a-sociais’” (FOUCAULT, 2008, p. 79), assim, o internamento na capital da Parayba *só serviria para a eliminação dos loucos do espaço urbano.*

A ideia de construir uma nova instituição para alienados se tornou pauta cada vez mais frequente entre as alas políticas e médicas do Estado, de modo que em 1917, o patrono dos psiquiatras parahybanos, Dr. Octávio Soares, contando com apoio governamental, realizou uma visita ao médico baiano Juliano Moreira no Rio de Janeiro, com vistas a conversarem sobre os serviços de assistência prestados na Parahyba. Do encontro entre os dois psiquiatras surgiu a planta que serviria de base para a construção do futuro Hospital-Colônia. A obra teve início em 1922, durante o governo de Solon de Lucena (1920-1924) sendo finalizada por volta de 1924, e em seu primeiro projeto seria aparelhado com “estabelecimento hidroterápico, laboratório, gabinete de radiologia etc.” (ALMEIDA, 1980, p. 470).

Em 1927 o Dr. Sá e Benevides, em seu discurso durante a Semana Médica mencionou a importância da construção do Hospital-Colônia Juliano Moreira:

Sá e Benevides, traçou longamente a história do hospital Colonia Juliano Moreira conseguido para nossa terra no governo de Epitacio Pessoa e a valiosa cooperação do ministro João Pessoa. [...] o edifício foi iniciado pela administração do dr. Accacio Pires. A planta é devida ao dr. Juliano Moreira, grande mestre da psiquiatria brasileira. (A UNIÃO, 10 mai. 1927).

O hospital foi entregue no governo de João Suassuna, que atribuiu o gasto de mais de 200 contos com as instalações do hospital. Ainda sobre a fundação do Hospital Colônia o então Presidente da Parahyba, apresentou suas considerações acerca da inauguração do mesmo, na Mensagem apresentada no ano de 1928:

a Parahyba recebeu com os maiores applausos a inauguração desse estabelecimento, a cuja construção está ligado por carinhoso interesse o nome do abnegado conterraneo a quem hoje entrega os seus destinos. Para demonstrar, refiro-me à concorrência publica ao edificio, no dia da inauguração, e destaco do relatório do director da cadeia ao chefe de policia o seguinte trecho: ‘O dia 23 de Junho deve ser relembrado nesta casa com especial carinho. Assinala a remoção dos loucos para a Colonia de Alienados, cuja inauguração vale por um titulo de alta benevolencia para o atual governo. Sabe V. exc. do quadro dantesco dos loucos depositados nas prisões, sem tratamento apropriado, a se devorarem na furia da moléstia; e bem pode calcular do allivio ora desfructado pela administração desta casa, dantes sem tranquillidade, pela falta de recursos para proporcionar a tão infelizes criaturas um relativo conforto’. (SUASSUNA, 1928, p. 59).

O nosocômio, entregue durante a gestão Solon de Lucena, só recebeu seus primeiros pacientes em 1928, que segundo Silva Filho (SILVA FILHO, 1998, p. 79) “eram um total de ‘11 doentes mentais’, que se encontravam “depositados” no Asylo de Sant’Anna”.

O Hospital-Colônia foi recebido com entusiasmo pelas elites letradas e políticas da capital, certamente porque além do caráter filantrópico atribuído a obra, que traria benesses aos nomes à frente da empreitada, o manicômio ainda cumpriria o papel de impedir que os indesejados loucos ocupassem as ruas ou se mantivessem em situação de insalubridade no pardieiro da Cruz do Peixe,

atrapalhando de alguma forma o projeto de modernidade em curso. Concordamos com Junqueira (JUNQUEIRA, 2016, p. 363) ao afirmar que apesar das críticas realizadas pela opinião pública com relação a situação dos doidos no asylo de Sant'Anna, o novo nosocômio continuou a desempenhar a função de tirar das vistas da sociedade os alienados, excluindo-os através de práticas de sequestração. Pese que se por um lado o Hospital-Colônia Juliano Moreira rompeu com padrões pré-alienistas - já que a assistência prestada aos loucos passaria a contar com acompanhamento psiquiátrico - continuou a reproduzir práticas desses modelos de outrora.

A experiência da loucura passa pela institucionalização de um saber o qual se denominará de psiquiatria, ou seja, as relações de poder foram postas em práticas através das técnicas de disciplina e docilidade empregadas aos corpos dos loucos, produzindo um saber científico sobre esses indivíduos, que devido ao internamento e a terapêutica foi constituído enquanto doente e, portanto, o internamento passou a ser “lugar de cura, não mais o lugar onde a loucura espreitava e se conservava obscuramente até a morte, mas o lugar onde, por uma espécie de mecanismo autóctone, se supõe que ela acabe por suprimir a si mesma”. (FOUCAULT, 2008, p. 433).

Apesar da mudança do espaço que passou a acolher os loucos, antes mesmo da inauguração do Juliano Moreira, já se fazia críticas à forma de tratamento que seria desenvolvida naquela instituição hospitalar.

Já temos prompto, com todas as suas installações funcionando um predio para a futura assistencia aos alienados, muito embora, a meu ver, não esteja como requer a sciencia moderna, em pavilhões. Condemno as cellas existentes, se são para a reclusão de doentes. Hoje, não se prende mais alliendo; o novo systema é o open-door, portas abertas. Trancando um doente alienado em uma cella de isolamento [...] ouvimol-o gritar, podemos espial-o pelo monoculo da cella, mas é inconteste que isto não é therapeutica. (SEMANA MÉDICA, 1927, p. 107).

Com a criação da Colônia Juliano Moreira, buscava-se não apenas a cura daqueles considerados alienados, como também da

cidade. Dessa forma, com a construção do Hospital, buscou-se diferentes formas de controle e reclusão desses indivíduos com vistas de tornar a cidade, cada vez, mais o espaço da saúde, da sanidade, da razão, da organização e dos respeito aos códigos e regras que o projeto disciplinador da modernidade estabelecia.

O espaço asilar deveria ser uma cidade perfeita, transparente, racional e moral, em que a loucura pudesse ao mesmo tempo aparecer e ser abolida. Aparecer como uma verdade não só do louco, mas do homem, e ser superada pela força da racionalidade reinante na organização e no funcionamento do asilo. (PELBART, 1994, p. 46).

Com a fundação dos asilos, a partir da psiquiatria, passou-se a naturalizar o fato que era preciso trancafiar os loucos. Louco que não correspondia ameaça a sociedade era aquele que se encontrasse internado, controlado e observado constantemente. Não havia naturalidade em ter que se deparar com os mesmos nas ruas. Sadio era se poder promover a reclusão total deles. Reclusão em locais apropriados, para que fosse possível, quem sabe, regenerá-los através do internamento.

Os enunciados médicos constituem-se dessa forma lugares privilegiados para pensar os sentidos e significados sobre o louco e a loucura, bem como as práticas de enclausuramento, as práticas educativas sobre o corpo e os saberes médicos para a terapêutica da pretensa doença mental.

Referências

ARAÚJO, Edna Maria Nóbrega. *Uma cidade, muitas tramas: a cidade da Parahyba e seus encontros com a modernidade (1800–1920)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

ALVES, Farias Gerlane. *A Administração da Loucura: A santa Casa da Parahyba do Norte no tratamento dos alienados (1858-1892)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

ALMEIDA, José Américo de. *A Paraíba e seus problemas*. 3 ed. João Pessoa: A União, 1980.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. 5 ed. Rio de Janeiro:

Garamond, 2006.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. 42 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

JÚNIOR, Azemar dos Santos Soares; ARRUDA, Ramon Limeira Cavalcanti de. “Sobre a necessidade de cuidar da perfeita educação” Flávio Maroja e sua política médico-pedagógica. *Saeculum - Revista De História*, João Pessoa, jul./dez. 2014.

JUNQUEIRA, Helmara Giccelli Formiga Wanderley. *Doidos[as] e Doutores: A medicalização da loucura na Província/Estado da Parahyba do Norte 1830-1930*. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MACHADO, Roberto; LOREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e construção da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

PELBART, Peter, *Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão*. São Paulo: 1994

SANTOS, Leonardo Querino Barboza Freire dos. *ENTRE A CIÊNCIA E A SAÚDE PÚBLICA A Construção do Médico Paraibano como Reformador Social (1911 – 1929)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2015.

SILVA FILHO, Edvaldo Brilhante. *História da Psiquiatria na Paraíba*. João Pessoa: Santa Clara, 1998.

Fontes

Mensagem de Governo do Presidente João Suassuna, Parahyba do Norte: 1928

SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DA PARAHYBA. *Semana Medica*. Parahyba do Norte: A UNIÃO, 1927.

Jornais

A UNIÃO 1913, 1927.

O Jornal 1912, 1917.

Para conservar a saúde dos sujeitos infantis: Orientações terapêuticas, alimentares e comportamentais na obra “Tratado de Educação Física para os meninos para uso da nação Portuguesa” (1790)

Eduarda Troian¹

Introdução

Neste texto, compartilhamos os primeiros resultados da pesquisa de Mestrado que desenvolvo junto ao Programa de Pós-Graduação em História da Unisinos e que foram apresentados no evento “IX Colóquio de História das Doenças”. O projeto de dissertação prevê a análise da obra “Tratado de Educação Física para os Meninos para uso da Nação Portuguesa” (1790), escrita pelo médico luso-brasileiro Francisco de Mello Franco, destacando as orientações terapêuticas presentes na obra e identificando a concepção de infância em Portugal na segunda metade do século XVIII. Nesse sentido, para nos aprofundarmos nesse contexto de inserção dos sujeitos infantis na sociedade portuguesa deste período, torna-se necessário verificar as condições de saúde infantil em Portugal, bem como a influência exercida pelas transformações no campo científico ocorridas no Setecentos, sendo importante destacar quais foram essas mudanças.

Dessa forma, vale destacar que, ao analisarmos essas questões que encontram-se expressas na obra de Mello Franco, e na medida

¹ Mestranda em História no Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, bolsista na modalidade PROSUC/CAPEs. E-mail: dudatroian@gmail.com

em que é possível estabelecer relações com o seu contexto de produção, escrita e publicação, é perceptível o quanto esse período carecia dessas orientações, em virtude das altas taxas de mortalidade infantil e dos altos índices de abandono em todo Império lusitano. Essas características, estariam, ainda, atreladas às transformações sociais, culturais e políticas resultantes das reformas pombalinas, especialmente influenciadas pela Ilustração que deixava suas marcas pela sociedade portuguesa. Essa influência se estenderia também à trajetória do autor do “Tratado de Educação Física...”, Francisco de Mello Franco, pois o período em que esteve matriculado no curso de Medicina da Universidade de Coimbra foi profundamente impactado pelas transformações oriundas da Reforma dos Estatutos em 1772, promovida por Sebastião José de Carvalho, o futuro Marquês de Pombal.

Portanto, interessa-nos analisar esse quadro social, político e cultural que caracterizava a sociedade portuguesa na segunda metade do Setecentos, afetada pela circulação de letrados e estrangeiros em seus espaços acadêmicos,² bem como as repercussões destas transformações na América Portuguesa, especialmente no que concerne à sua apropriação pela população colonial, com vistas à garantia da saúde dos sujeitos infantis.

Instruir e questionar: os caminhos que consolidaram a carreira de Francisco de Mello Franco

O médico Francisco de Mello Franco ingressou no curso de Medicina da Universidade de Coimbra, em Portugal, no de 1775. Oriundo de uma família da elite mineira, Mello Franco viveu sua infância e juventude em um período no qual jovens brasileiros eram enviados para estudar em Coimbra.³ Em razão disso, passou boa

2 Em relação a esta importante atuação, Carla Boto (2017) assegura que “em Portugal, a característica dos iluministas era a de serem estrangeirados. Estrangeirados eram os homens que viviam no exterior, mas que dedicavam suas vidas a refletir e a interpretar seu próprio país, do qual – querendo ou não – haviam se tornado forasteiros. A condição de estrangeirado possibilita um olhar exterior, capaz de desembaralhar aquilo que, entre os portugueses, era reconhecido como habitual Boto (2017, p. 23).

3 Para a época, deveria se considerar que “o simples fato de ter sido mandado para

parte de sua vida em Portugal, só retornando ao seu país de origem no ano de 1817 e, “ao que parece, na ocasião de sua chegada, não se sentiria mais parte da colônia” (FREITAS, 2017, p. 68), visto que os costumes e as práticas com as quais ele se deparou na nova capital do Império eram muito distintos do reino português.

Sob este aspecto, é importante mencionar que muitos desses costumes com os quais Mello Franco havia se habituado na capital do Império resultaram das grandes reformas realizadas a partir da segunda metade do século XVIII, período marcado por acontecimentos sociais e culturais vinculados à proposta Iluminista⁴ que já vinha definindo algumas diretrizes políticas em Portugal. Vale lembrar que durante um longo período, a Universidade de Coimbra manteve-se em atraso quando comparada às demais nações europeias, pois

no período anterior à reforma dos Estatutos, em 1772, predominava na Universidade de Coimbra o estudo da ciência subscrita pelas autoridades e arquivada nos tratados. A intenção não era elaborar novos saberes, mas preparar os profissionais competentes para atuar segundo o conhecimento preestabelecido. As ciências exatas e naturais eram consideradas menores e a discussão escolástica substituída a experimentação. (ABREU, 2007, p. 81).

Estas transformações, como já mencionamos, decorreram da atuação do Marquês de Pombal e de seu propósito de modernizar o reino, o que implicou, sobretudo, na expulsão dos jesuítas dos domínios ibéricos e na extinção da ordem religiosa. Sobre este último acontecimento em particular, cabe destacar que ele foi significativo na medida em que promoveu reformas educacionais em Portugal e em suas colônias, uma vez que à expulsão da ordem jesuíta

Coimbra a fim de realizar seus estudos, é prova suficiente de que vinha de uma família abastada, com recursos para mantê-lo do outro lado do Atlântico durante longos anos. De fato, no caso dos brasileiros, apenas filhos das elites coloniais tinham recursos para frequentar as aulas em Coimbra” Freitas, (2017, p. 11).

4 Cabe ressaltar que “o Iluminismo foi um fenômeno intelectual surgido na Europa, especificamente em meados do século XVIII. Tinha por principal baliza a referência da crítica, compreendendo o mesmo conceito de crítica como o reconhecimento das possibilidades, mas também dos limites, da capacidade humana de conhecer. Mais do que isso, os iluministas acreditavam que a instrução conduziria não apenas a um acréscimo de conhecimento no sujeito, mas também a um aprimoramento moral do indivíduo que se instrui Boto (2017, p. 34).

“ordenada em 1759, em sentença publicada a 12 de janeiro, seguiu-se a proibição de ensinar em todos os domínios portugueses, decretada por Alvará Régio de 28 de junho do mesmo ano” (FONSECA, 2014, p. 21). Essas transformações foram também perceptíveis na área da saúde, especialmente, em relação ao exercício da parte prática dos estudos de anatomia e, ainda, na introdução de “princípios da ciência moderna, ligados ao experimentalismo e ao mecanicismo, em substituição aos princípios da medicina hipocrática, considerada ultrapassada” (ABREU, 2007, p. 83).

Durante sua estadia em Portugal, Mello consolidou-se em cargos e funções importantes, sendo interessante destacar que ele recorria a uma vasta rede de contatos⁵ para se estabilizar em suas posições, uma prática muito corriqueira durante o século XVIII, profundamente marcado pelo acionamento de espaços e de redes de sociabilidade. É interessante notar, nesse aspecto, que Mello desfrutou de acontecimentos muito contraditórios em sua trajetória, pois, apesar de conseguir se estabelecer em sua profissão, ele também enfrentou alguns obstáculos durante o período de sua formação acadêmica em Coimbra. Ao contrariar e questionar algumas normativas que eram impostas a população em geral, Francisco de Mello Franco teve seus estudos interrompidos pelo Santo Ofício, permanecendo “preso entre 1777 e 1781, sendo acusado de herege, naturalista, dogmático, além de negar o matrimônio”, só retomando seus estudos em 1782, “quando se viu livre da Inquisição, formando-se em 1785” (ABREU, 2006, p. 67).

E foi nesse cenário de intensas transformações que Francisco de Mello Franco foi consolidando-se como um médico influente na corte portuguesa por meio da publicação de obras que objetivavam a difusão de diretrizes médicas e pedagógicas, devendo-se ressaltar que o “Tratado de Educação Física...” foi a primeira obra que assinou⁶ oficialmente.

5 Sobre este aspecto, o autor Ricardo Freitas aponta que “apesar de tantas incertezas, não nos resta dúvidas de que Mello Franco foi um ativo participante de algumas das mais influentes redes de sociabilidade intelectual do reformismo ilustrado mariano” Freitas (2017, p. 62).

6 Ao mencionarmos que o “Tratado de Educação Física” foi a primeira obra a ser

O “Tratado de educação física para os meninos para uso da nação Portuguesa”

A obra “Tratado de Educação Física para os Meninos para uso da Nação Portuguesa”, publicada em 1790, em Portugal, conta com 12 capítulos,⁷ nos quais o autor apresenta os cuidados que os pais deveriam ter na criação de seus filhos, através de orientações que envolviam desde comportamentos a serem assegurados durante a gestação, até momentos como o vestir a criança e a disciplina que deveria ser observada durante sua formação, bem como os comportamentos⁸ que deveriam ser seguidos pelos pais, inclusive, nas relações sexuais. Levando em conta a sua experiência enquanto pai de família, o autor elaborou uma série de questões que deveriam integrar a rotina de uma criança, além de utilizar um vasto referencial teórico⁹ para elucidar essas orientações, que se inseriram em um

assinada e publicada pelo autor, deve-se ressaltar, conforme atestado por NUNES (*apud* FREITAS, 2013, p. 02) que muitas das “suas ideias circularam em forma de obras anônimas, boa parte delas objeto de debates acalorados em alguns círculos intelectuais e de grandes apreensões nos órgãos da censura régia”. Entre as publicações anônimas que estão associadas à sua autoria, pode-se mencionar o poema satírico “Reino da Estupidez”, de 1785.

7 Os 12 capítulos que compõem a obra são: Cap. I – “Porque modo fe deve reger huma mulher pejada”; Cap. II – “Logo que uma criança nafce deve fer feparada dos pés da mãe, cortando-fe o cordão umbilical, e como deve ele fer ligado”; Cap. III – “Do quanto he nocivo o frio no infante do nafcimento”; Cap. IV – “Qual feja o verdadeiro modo de lavar as crianças”; Cap. V – “A utilidade dos banhos frios provada pela razão, pela prática dos Antigos, e pelo exemplo dos povos do Norte”; Cap. VI – “A espécie humana tem degenerado, e fenfivelmente degenera na Europa, e porque motivos; Cap. VII – “Como fe devem vestir as crianças e os abufos que ha a efte respeito”; Cpa. VIII – “Do quanto diz respeito ao modo de nutrir as crianças”; Cap. IX – “Do fomno, e do berço”; Cap. X – “Do exercício, não fó no que diz respeito às crianças, mas ainda geralmente considerado”; Cap. XI – “Do modo de aperfeçoar os fentidos das crianças” e Cap. XII – “Da grandiffima utilidade, que refultaria ao Eftado, e a cada hum dos particulares, a geral introdução da inoculação das Bexigas”.

8 Em relação aos comportamentos destinados aos pais das crianças, Mello Franco apontava estes iriam influenciar na criação e no desenvolvimento de seus filhos, especialmente nos cuidados que a mãe adquiria durante a gravidez, como a ingestão de alimentos adequados, valorizando sempre o princípio da moderação no comer, no beber e na prática de exercícios físicos, pois, uma das funções desses tratados era a de “aconselhar como manter a economia entre o que era ingerido e o que era efetivamente consumido pelo corpo, para que não houvesse excedente prejudicial à saúde” Ripe (2019, p. 126).

9 Para a composição dos capítulos da obra, “Mello Franco limita-se a mostrar sua erudição por meio de citações de autores estrangeiros voltados para a questão da educação infantil, mais como suporte de suas convicções sobre os melhores procedimentos a serem seguidos pelos pais do que como subsídio para reflexões filosóficas mais alargadas a

contexto¹⁰ no qual “a disseminação de manuais sobre educação de crianças em Portugal” (FREITAS, 2017, p. 74) estava ganhando força, em virtude do número de obras dessa temática que foram publicadas nesse período.¹¹

Nesse sentido, um importante aspecto destas orientações diz respeito a algumas práticas que eram realizadas pelas mulheres durante o período da gestação, especialmente no que concerne à sua alimentação, uma vez que o autor alertava para os deslizes cometidos em relação à escolha dos alimentos tanto na gravidez quanto nos primeiros meses de vida da criança. Os cuidados dietéticos eram muito valorizados no período em que a obra foi publicada, e, de acordo com Fernando Ripe (RIPE, 2019, p. 75), essa era uma das preocupações que estavam ganhando relevância no século XVIII, quando a alimentação passa a ser constantemente associada ao estado de saúde das pessoas e os alimentos passam a integrar a dieta de forma a corrigirem ou prevenirem determinadas enfermidades.

É importante ressaltar que estas orientações objetivavam contornar os altos índices de mortalidade infantil na época, que faziam “com que qualquer casal tivesse como expectativa normal a morte de um ou vários filhos na mais tenra infância” (SÁ, 2011, p. 73). Por isso, as obras que eram destinadas exclusivamente aos sujeitos infantis visavam divulgar os alimentos e os cuidados mais indicados para cada faixa etária, sendo possível destacar que esses tratados recomendavam “que a amamentação fosse realizada pela própria mãe da criança, sendo que no caso de algum impedimento devia-se procurar atentamente uma ama de leite” (RIPE, 2019,

respeito da natureza e da fisiologia humana. Freitas (2017, p. 79).

10 Esse contexto foi muito específico para a circulação de tratados de medicina que tinham o público infantil como alvo de suas orientações, pois a inserção da infância no cotidiano da vida adulta passava a ter mais relevância. Portanto, “percebe-se que a escolha do tema da primeira publicação de Mello Franco não foi fortuita. Tratava-se de assunto em alta entre os círculos médicos portugueses, o que provavelmente aumentava as chances do trabalho do jovem e ambicioso médico ter sua obra aceita para publicação pela Academia de Ciências” Freitas (2017, p. 83).

11 Cabe destacar, que em relação a obra de Francisco de Mello Franco, no atual estágio da pesquisa que vem sendo desenvolvida, ainda não se tem um levantamento em relação ao número de edições que a obra alcançou, sendo esta, uma das próximas etapas desta pesquisa.

p. 75). Sobre este ponto, Mello Franco é bastante incisivo, ao apontar as responsabilidades da figura materna e quando que se fazia necessária a contratação de uma ama de leite para cuidar e amamentar o bebê. Nesse caso, o autor afirmava que a criança possuía uma ligação natural com o organismo de sua mãe e não se deveria pensar que

he indiferente á criança o fer creada com o leite da mãe, ou com o de outra mulher efranha. Naõ he precifo reflectir muito para conhecer a importância deste objeto. Depois de ter fido alimentada por e espaço de tantos mezes pelo próprio fangue da mãe, he evidente que entre ambas há huma perfeita analogia; e que o leite preparado pelos órgãos do mefmo, de quem recebeo o primeiro alimento, lhe he o unicoconveniente, dado pela natureza, e preferível a outro qualquer. (MELLO, 1790, p. 41).

Dessa forma, ao valorizar o leite materno¹² como principal alimento nos primeiros meses de vida da criança, o autor ressaltava que este era um dos principais deveres a serem desempenhados pelas mães, sendo que elas somente poderiam abdicar de amamentar caso não possuíssem leite ou em casos de enfermidades que as impedissem de participar da criação de seus filhos. Além da alimentação, o autor também se deteve nos cuidados relativos ao vestir, um detalhe que os adultos pareciam ignorar, visto que eles insistiam em fortificar o corpo das crianças com métodos equivocados, apertando-as com as roupas, pois

geralmente clamaõ todos, que a criança he fraca, e he precifo fortificalla. Affim he; mas defgraça damente os meios que fe tomaõ, faõ pelo comum contrários ao fim pertendido. Se huma criança recém-nafcida he fraca, naõ eftá por entaõ em noffa mão o vigoralla: a natureza com o andar do tempo he quem o há de fazer. (MELLO, 1790, p. 31).

Aliás, essa valorização da natureza era um importante mecanismo a ser observado na criação de um sujeito infantil, muito valorizado ao longo de sua obra, porque percebido como “modelo de

12 Esta era uma das orientações mais frequentes nos impressos da época, pois era comum apontar que “o primeiro regime alimentar dos infantis está associado ao ato da amamentação”, sendo que, diversos foram os autores que “aconselharam” sobre “a importância deste nutriente para a boa formação corpórea dos infantis” Ripe (2019, p. 125).

referência que o autor utiliza para definir a educação” (MASSIMI, 1991, p. 84). Sobre a educação, o autor reforçava a importância desse processo ocorrer na fase correta, afirmando que “não se deve ensinar uma criança a ler antes de cinco anos: nesta idade aproveita-se mais em um mês, do que de três, ou quatro em seis. Este ensino porém deve ser sem violência, sem conflagração” (MELLO, 1790, p. 92). Sobre o período de descanso indicado para os sujeitos infantis, o autor reforçava a importância das faixas etárias para orientar sobre esses momentos, afirmando que “a vida de uma criança recém-nascida consiste em dormir, de maneira, que não acorde perturbada de alguma necessidade” (FRANCO, 1790, p. 78), ao contrário do que se defendia em relação às crianças mais velhas, no sentido de que “uma criança de quatro, ou cinco anos dorme menos, do que uma de seis, uma de nove, menos do que a de cinco; e assim até à idade de perfeito crescimento” (FRANCO, 1790, p. 78).

Por isso, o autor defendia que a natureza da criança é que deveria ser observada por seus pais, pois era ela que indicava o tempo certo para que determinados acontecimentos e processos formativos fossem integrados à sua rotina. Sendo assim, para assegurar um bom desempenho nessas etapas, o autor se valia do uso da razão e recomendava que os pais também a seguissem, pois em algumas crianças, ela poderia apresentar-se mais precocemente em algumas crianças do que em outras.

Para assegurar o bem-estar dos sujeitos infantis: concepções sobre a infância em Portugal na segunda metade do século XVIII

O sentimento que se tinha em relação à infância foi modificando-se em determinados contextos, principalmente quando avaliamos a conjuntura do século XVIII que proporcionou uma maior valorização das crianças enquanto seres capazes de desempenhar funções específicas para a sua faixa etária. Os sujeitos infantis sempre estiveram presentes em diversos grupos sociais,

porém a sua presença poderia ser percebida como uma fase que deveria ser rapidamente atravessada. Ainda assim, cabe destacar que “a noção de infância surgiu no contexto histórico e social da modernidade” (JÁCOME, 2018, p. 17), uma vez que é possível notar uma crescente preocupação em torno da problemática da saúde infantil, especialmente dos altos índices de mortalidade infantil que assolavam a sociedade europeia.

Como já observado, Portugal vivenciava altos índices de abandono infantil e de enfermidades que atingiam as crianças na segunda metade do século XVIII, o que contribuiu para o maior interesse em obras que orientassem a população quanto a medidas que deveriam ser adotadas para uma maior qualidade de vida dos sujeitos infantis. Estas publicações constituíam-se de discursos¹³ normativos que contemplavam diferentes áreas do processo educativo infantil. Vale lembrar que uma das grandes preocupações girava em torno das crianças que ficavam sujeitas a ações caritativas e a programas de assistências, sobretudo, quanto aos custos envolvidos na criação desses pequenos que se encontravam desamparados. Assim,

apesar da assistência a estas crianças ter sido uma atribuição das Câmaras, em algumas localidades foram as Santas Casas que através de ‘delegação desses serviços por parte dos Municípios’ desempenharam essa atribuição. (ARAÚJO, 2008, p. 135).

Percebe-se, portanto, a importância do acolhimento dado por essas instituições, mesmo que em suas normativas não existisse uma especificidade quanto ao tratamento destinado a essas crianças. Ainda assim, muitas dessas instituições¹⁴ auxiliavam no encaminhamento de crianças órfãs ou ilegítimas para que outras famílias pudessem criá-los por um período. Importante ressaltar que a assistência aos sujeitos infantis abrangia todo o Império

13 Nesse aspecto, pode-se mencionar que “a infância passou a ser guiada por discursos institucionais, disparados por uma cultura impressa, que eficientemente criava mecanismos de reprodução de novas ideias sociais e comportamentais”. Ripe (2019, p. 72).

14 De acordo com Maria Marta Lobo De Araújo (2008), “algumas Santas Casas distribuíam, no século XVIII, esmolas a famílias pobres para contratarem amas que cuidassem dos seus filhos pequenos”. Araújo (2008, p. 137).

Português, apesar de as realidades de suas colônias serem muito distintas daquelas que se apresentavam na Metrópole. Além disso, os cuidados destinados a essas crianças em situação de abandono e vulnerabilidade social costumavam ser precários, pois, de acordo com Renato Franco, uma característica que era perceptível tanto na Europa, quanto na América Portuguesa era do “abandono de recém-nascidos, vulgarmente chamados de expostos ou enjeitados” (FRANCO, 2014, p. 41).

Em relação à América Portuguesa, por exemplo, deve-se ressaltar que, “apesar da Roda dos expostos, vinculada às Misericórdias, ser a principal instituição de acolhimento dos expostos, essas “Santas Casas” ficavam restritas a poucas localidades em território colonial” (FACHINI, 2014, p. 60). Dessa forma, uma das práticas mais corriqueiras nesse período era a de deixar os recém-nascidos em lares de outras famílias para que elas os criassem ou para que elas recebessem algum tipo de assistência caritativa. Uma importante observação a ser feita é a de que a criança exposta poderia receber um tratamento específico em conformidade com a sua faixa etária,¹⁵ que estaria atrelado a uma legislação que vigorava nessas instituições.

Portanto, ao nos depararmos com esses cenários em que o processo de criação dos sujeitos infantis tornou-se uma pauta marcante na sociedade luso-brasileira, visto que esses cuidados que deveriam ser inseridos nos cotidianos das crianças estavam sendo divulgados através da publicação de impressos¹⁶ que privilegiavam

15 Sobre esta questão, Renato Franco (2004, p. 42) atesta que [...] no caso das crianças enjeitadas, o dever de auxílio institucional ditava pragmaticamente uma data para termo dos auxílios [...], em um contexto no qual essas delimitações poderiam oscilar em conformidade com o que cada autor adotava, sendo que “as idades-limite que afetavam a vida dos enjeitados eram: os três primeiros anos, conhecidos como período de lactação; os 7 anos indicavam o fim da inocência e do auxílio de criação, os 12 anos para as meninas e os 14 para os meninos marcavam a entrada na puberdade; os 25 anos imputava a maioridade, o que para os expostos ocorria aos 20”. Franco (2014, p. 42).

16 Muitas dessas obras foram impressas e publicadas por autores influentes, dentre os quais podemos destacar: Manoel Joaquim Henriques de Paiva, com o “*Aviso ao povo ou sumario* [...]”, de 1787; Francisco da Fonseca Henriquez, com o “*Medicina Lusitana, socorro delfico, aos clamores da natureza humana* [...]” de 1750; e AFONSO, M. J.; MELO, J. E., com “*Novo methodo de partear, recopilado dos mais famigerados, e sábios autores*”, de 1772, entre outros exemplos que foram de extrema importância para a sociedade portuguesa

essas orientações. Nesses impressos, os médicos procuravam dialogar sobre diversas etapas relacionadas ao crescimento da criança, sendo importante reforçar que

a garantia à vida era amplamente debatida, incluindo discussões que iam desde a fecundação e suas práticas contraceptivas, o nascimento das crianças – nem sempre fáceis –, a indicação de regimes alimentares, a inclusão de hábitos de higiene para o corpo e para o espaço, à regulação de sentimentos. Ainda que os conhecimentos práticos fossem limitados à época, a divulgação de ideias médicas e moralistas não exerceram um domínio somente à saúde da população, mas também gerenciaram atenções no âmbito familiar e privado. (RIPE, 2019, p. 88).

Sob este viés, a obra de Mello explora diversas considerações a respeito do momento da concepção da criança, bem como de seu desenvolvimento enquanto feto e sobre as etapas posteriores ao seu nascimento. Essas orientações passariam a circular entre a população em um contexto no qual as práticas de leitura passaram por algumas transformações, na medida em que a internalização desses costumes poderia estar vinculada a diferentes protocolos de leitura realizados pelos letrados, que, em muitas ocasiões, poderiam atuar como mediadores desse saber. Em relação aos discursos propostos para o público infantil, estes também estariam vinculados a propagação de novas práticas e costumes, pois, a

infância passou a ser guiada por discursos institucionais, disparados por uma cultura impressa, que eficientemente criava mecanismos de reprodução de novas ideias sociais e comportamentais. A expansão dos processos de alfabetização durante o século XVIII europeu emergiu da difusão cultural acerca das práticas de leitura (RIPE, 2019, p. 85).

Assim, essas orientações adentravam cada vez mais nos lares das famílias portuguesas e, conseqüentemente, essas obras poderiam ter tido suas edições circulando entre a América Portuguesa também, visto que em território colonial, a situação das crianças nos primeiros anos de vida passou a despertar o interesse de intuições e das famílias que as acolhiam.

compreender as novas concepções de corpo humano que estavam sendo verificadas no campo científico.

Considerações finais

Ao analisarmos as circunstâncias que possibilitaram essa difusão de tratados de educação e de medicina destinados ao público infantil, percebe-se o quanto as transformações que permeavam a sociedade portuguesa na segunda metade do século XVIII foram significativas para a produção desse saber, na medida em que o indivíduo passa a ser mais valorizado social e culturalmente, em virtude de um ambiente que promovia uma nova concepção de corpo humano, enquanto um sujeito sadio, intelectual e capaz.

Dessa forma, pode-se notar que existia uma preocupação em relação à educação e à criação dos sujeitos infantis e, nesse sentido, a obra escrita por Mello Franco poderia ter tido um alcance significativo entre as famílias portuguesas que tinham como objetivo a conservação do estado de saúde dos seus herdeiros. A difusão destas recomendações quanto aos cuidados infantis através de tratados de medicina doméstica estava associada aos altos índices de abandono e mortalidade infantil observáveis na Europa e, principalmente, em Portugal. O principal objetivo dos autores destes tratados era o de oferecer orientações relativas à saúde de gestantes e dos sujeitos infantis, tendo em vista a constituição de súditos saudáveis e úteis ao estado português.

Considerando que as recomendações presentes na obra de Mello Franco se dirigiram às crianças portuguesas, interessa-nos, também, avaliar a circulação e apropriação dessas orientações pela população das cidades da América portuguesa. Afinal, se a obra “Tratado de Educação Física...” propunha cuidados básicos para assegurar a saúde dos sujeitos infantis portugueses, é plausível supor que as mesmas recomendações pudessem ser indicadas e aplicadas também aos súditos que viviam no Brasil nas últimas décadas do século XVIII e início do século XIX. Vale lembrar que a América portuguesa vivenciava situação muito similar em termos de abandono/exposição de crianças e de mortalidade infantil decorrente de enfermidades, apontando

para a necessidade de medidas que assegurassem o cuidado de gestantes e das crianças. Nesse caso, com o retorno de Mello para a América Portuguesa, a partir do ano de 1817, considerando as obras que ele publicou no Brasil nesse período, pode-se trabalhar com a hipótese de que o “Tratado de Educação Física...” também poderia ter tido uma boa receptividade na América, visto que as crianças em situação de vulnerabilidade social também demandavam cuidados específicos, o que promovia uma maior circulação desses tratados de medicina doméstica entre a população local.

Referências

Fonte

FRANCO, Francisco de Mello. *Tratado da educação física dos meninos, para uso da nação portuguesa*. Lisboa: Oficina da Academia Real das Ciências, 1790.

Bibliografia

ABREU, Jean Luiz Neves. A educação física e moral dos corpos: Francisco de Mello Franco e a medicina luso-brasileira em fins do século XVIII. *Estudos Ibero-Americanos*, v. XXXII, n. 2, p. 65-84, dezembro 2006.

ABREU, Jean Luiz Neves. Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro do século XVIII. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. LXII, n. 1, p. 225-250, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2010.v62.i1.303>. Acesso em: 17 nov. 2019.

ABREU, Jean Luiz Neves. Ilustração, experimentalismo e mecanicismo. Aspectos das transformações do saber médico em Portugal no século XVIII. *Topoi*, Rio Janeiro, v. 8, n. 15, p. 80-101, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-101X008015004>. Acesso em: 16 mai. 2019.

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. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-6XWMHK>. Acesso em: 16 mai. 2019.

ABREU, Laurinda. A organização e a regulação das profissões médicas no

Portugal moderno: entre as orientações da Coroa e os interesses privados. In: ABREU, Laurinda. *Arte médica e imagem do corpo*: de Hipócrates ao final do século XVIII. Lisboa: Biblioteca Nacional, 2010.

ARIÉS, Philippe. História social da criança e da família. 2 ed. Trad. Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ARAÚJO, Ana Cristina. Urbanidade e sociabilidade. Notas acerca da “arte de bem viver” em Portugal no século XVIII. CEPESE, 2016.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo. Pequenos e pobres: a assistência à infância nas Misericórdias portuguesas da Idade Moderna. In: ARAÚJO, Maria Marta Lobo; FERREIRA, Fátima Moura. (org.). *A infância no universo assistencial da Península Ibérica (sécs. XVI-XIX)*. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 2008.

BARREIROS, Bruno Paulo Fernandes. *Concepções do Corpo no Portugal do Século XVIII*: Sensibilidade, Higiene e Saúde Pública. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Nova de Lisboa, jan. 2014.

BERNARTT, Roseane Mendes. A infância a partir de um olhar sócio – histórico. IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia... Anais, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2009.

BLUTEAU, Dr. Rafael. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Reformado e acrescentado por Antonio de Moraes Silva. T. I. Lisboa: Na Oficina de Simão Thaddeo Ferreira, 1789. Disponível em: <https://digital.bbm.usp.br/handle/bbm/5412>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BOTO, Carlota. *Instrução pública e projeto civilizador*: o século XVIII como intérprete da ciência e da escola. São Paulo: Editora Unesp, 2017, p. 11–85.

CARNEIRO, Henrique. *Filtros Mezinhas e Triacas - as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã VM, 1994.

CARNEIRO, Henrique. *Comida e Sociedade*: uma história da alimentação. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003, p. 9–76.

COSME, João. A consciência sanitária em Portugal nos séculos XVIII - XIX. *CEM Cultura, Espaço & Memória*, n. 5, p. 45–62, 2014.

DIAS, José Pedro Sousa. Até que as luzes os separem. Hipócrates e Galenos na literatura médico-farmacêutica portuguesa dos séculos XVII e XVIII. In: ANASTÁCIO, V.; CASTRO, Inés de Ornellas e. (Ed). *Revisitar os sabres. Referências Clássicas na Cultura Portuguesa do Renascimento à Época Moderna*. Lisboa: Centro de Estudos Clássicos-FLUL/IELT-Universidade Nova de Lisboa, 2010, p.

77–88.

DOLINSKI, João Pedro. O desenvolvimento da medicina moderna na cultura lusa do século XVIII. *Temporalidades*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, mai./ago., 2014. Disponível em: www.fafich.ufmg.br/temporalidades/revista. Acesso em: 04 abr. 2020.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: Formação do Estado e da Civilização*. v. II. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994, p. 13–135.

FERREIRA, Antônio Gomes Alves. A criança e o seu desenvolvimento em discursos médicos e pedagógicos que circularam no contexto português (séculos XVIII a XX). *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 215–234, abr. 2010.

FERREIRA, Antônio Gomes Alves; GONDRA, José. C. Idades da vida, infância e a racionalidade médico-higiênica em Portugal e no Brasil (séculos 17-19). *R. bras. Est. pedag.* Brasília, v. 87, n. 216, p. 119-134, mai./ago. 2006.

FONSECA, Teresa. O Iluminismo e a expulsão dos jesuítas do Império Português: as reformas pombalinas e o plano dos estudos menores. *Revista de História Regional*, v. 19, n. 2, p. 361–383, 2014. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr>. Acesso em: 15 fev. 2021.

FRANCO, Renato. *A piedade dos outros*. O abandono de recém-nascido em uma vila colonial, século XVIII. 1 Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

FRANCO, Renato. Riqueza, pobreza e infância: o reformismo ilustrado português e a utilidade dos expostos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 109-127, dez. 2019.

FREITAS, Ricardo Cabral. Francisco de Mello Franco (1757-1822) na Ilustração Luso-Brasileira (1790-1821): reforma cultural e medicina-filosófica. XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. ANPUH. *Anais...* Natal, 22 a 26 jul. 2013.

FREITAS, Ricardo Cabral. Os sentidos e as ideias: trajetória e concepções médicas de Francisco de Mello Franco na Ilustração luso-brasileira (1776-1823). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Bibliografia: 258114-123f.

JÁCOME, Paloma da Silva. *Criança e Infância: uma construção histórica*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação de Pedagogia). Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018, p. 11–40.

LEBRUN, François. Um em cada dois recém-nascidos. In: LE GOFF, Jacques. *As*

doenças têm História. Lisboa: Terramar, 1985, p. 221–229.

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. *Uma história do corpo na Idade Média*. Trad. Marcos Flamínio Peres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, p. 89 – 120.

MARTINS, L. Al - C. P.; SILVA, P. J. C.; MUTARELLI, S. R. K. A teoria dos temperamentos: docorpus hippocraticumao século XIX. *Memorandum*, Belo Horizonte, p. 09–24, 2008. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/-memorandum/a14/martisilmuta01.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2019.

MASSIMI, Marina. As ideias psicológicas de Francisco de Mello Franco, médico e iluminista brasileiro. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 7, n. 1, p. 83-90, 1991.

MAZZINI, Innocenzo. A alimentação e a medicina no mundo antigo. In: FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. *História da Alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, p. 254–265.

OLIVEIRA, Natália Cristina de; BORGES, Felipe Augusto Fernandes; BORTOLOSSI, Cíntia Maria Bogo; MARQUES, Daniella Domingues Alvarenga; COSTA, Célio Juvenal. Marquês de Pombal e a expulsão dos jesuítas: uma leitura do iluminismo português do século XVIII. *Revista HISTEDBR*, Campinas, v. 7, n. 27, p. 1-18, set. 2007.

PALMA, Monique. Construção e transferência de saberes médico – cirúrgicos entre Portugal e a América portuguesa no século XVIII. *História e Ciência: Ciência e Poder na Primeira Idade Global*, Porto, 2016, p. 78–93.

PORTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, Saúde e Doenças. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. *História do Corpo: da renascença às Luzes*. 5 ed. Trad. Lúcia M. E. Orth. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 441–486.

PORTER, Roy. História do Corpo. In: BURKE, Peter (org.). *A Escrita da História: novas perspectivas*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992, p. 291– 326. [Biblioteca básica].

REBOLLO, Regina Andrés. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. *Scientiae zudia*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45–82, 2006.

RIPE, Fernando C. A constituição do sujeito infantil moderno na cultura impressa portuguesa do século XVIII. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2019, p. 52–105.

VIOTTI, Ana Carolina. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677–1808)*. Franca: [s. n.], 2012.

SÁ, Isabel dos Guimarães. As crianças e as idades da vida. In: MONTEIRO, José Mattoso; GONÇALO, Nuno. (Coord.). *História da Vida Privada em Portugal*. A

*Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)*

Idade Moderna. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011, p. 72–95. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/1822/38082>. Acesso em: 31 out. 2019.

SILVA, Jonathan Fachini. A ilegitimidade e a exposição de crianças conexões historiográficas (América Latina, século XVIII-XIX). *Angelus Novus*, a. V, n. 8, p. 57-78, 2014.

Cadáveres perigosos: Teoria humoral, vapores pútridos e os riscos da corrupção cadavérica para a saúde

*Eduardo Mangolim Brandani da Silva*¹

*Gessica de Brito Bueno*²

Introdução

A morte é um processo natural que abarca o ciclo vital de todos os seres vivos funcionando como um divisor de águas que delimita a vida e o pós-morte. Como há apenas desconhecido após a morte, as sociedades humanas sempre lidaram com amplo temor em relação à tal evento universal (MOORE; WILLIAMSON, 2003, p. 3). Independente dos ritos fúnebres realizados, o cadáver sempre gerou angústias entre aqueles que vivem. Muitas culturas entendiam que a decomposição era sinal de dissolução da existência do indivíduo (COLMAN, 1997, p. 42). Isso se alterou conforme crenças que propunham vida no pós-morte ganharam configuração (MOORE; WILLIAMSON, 2003, p. 3).

Apesar dessas noções fúnebres, o interesse aqui se centra numa segunda categoria de interpretações sobre o cadáver. O horror em relação ao podre e a putrefação esteve inserido no imaginário dos grupos humanos por longo tempo. O cadáver humano passa por processos de mudanças físicas e químicas antes de entrarem em decomposição. O *Livor Mortis* é o momento em que o corpo perde sua coloração, dando lugar a manchas roxas devido à estagnação do sangue. O *Rigor Mortis* acontece porque mudanças bioquímicas se

1 Mestrando em História na UEM. Ver mais em: <http://lattes.cnpq.br/0826321713568749>

2 Graduanda em História na UEM. Ver mais em: <http://lattes.cnpq.br/6348036602304108>

dão sobre os músculos de maneira que esses estufam e ficam rígidos (COLMAN, 1997, p. 42). Esses processos delimitam a cadaverização, portanto posterior à tais etapas se inicia a decomposição que gera o terror aos indivíduos (CURTIS, 2007, p. 11).

O que chamamos de terror ao cadáver se associa ao nojo. No decorrer do tempo questões de higiene se deram sobre fluidos corporais, sobre alimentos apodrecidos, dejetos animais e, inclusive, sobre os cadáveres humanos. Muito se associa a higiene com a ideia de agradável, no entanto medidas desse tipo foram realizadas no decorrer do tempo em sentido de se evitar contrair enfermidades. O desgosto enojado seria então um mecanismo de defesa contra as contaminações. Estando o podre associado à morte e às doenças, os grupos humanos desenvolveram procedimentos sanitários e higiênicos em sentido de suprimir a presença do pútrido (CURTIS, 2007, p. 11-12).

A manifestação do putrefato foi notada no decorrer do tempo por meio de muitas sinalizações. Os sentidos foram essenciais para que os mecanismos de higiene pudessem ter manifestação. Sinais como vermes e insetos em carcaças ao lado da manifestação do cheiro pútrido davam garantia para determinar se o objeto orgânico poderia estar num estado perigoso ou não (CURTIS, 2007, 12-13).

Trazendo um enfoque sobre cadáveres humanos, as propriedades organolépticas manifestadas por esse objeto, quando em decomposição, são apreendidos pelos sentidos da visão e do olfato (EVERETT, 2012, p. 41-42). A visão tem capacidade de cooptar os sinais do podre através da sua função fisiológica de composição de imagens. Detalhes como alteração da coloração do corpo e a presença de insetos e vermes sinalizam não apenas a morte, mas a manifestação do podre (BIERNOFF, 2002, p. 4-7). O olfato tem uma capacidade fisiológica associada à percepção dos odores. Ele possui capacidade de definir o fétido antes da visão, pois os odores ruins, dependendo do tamanho da fonte de sua manifestação e da natureza deles, podem ser sentidos à longas distâncias (ROBINSON, 2020, p. 124).

O olfato serviu como censor dos perigos existentes nos espaços desde a antiguidade greco-romana até meados do século XIX. Os odores pútridos eram situados como sendo a causa das enfermidades. As pestes seriam resultado de intervenções divinas ou de mudanças naturais abruptas no ambiente, sendo essas possíveis de serem percebidas pela presença do pútrido no espaço. O odor fétido seria então o grande causador das enfermidades (STERNER, 2021, p. 1).

Apesar da ideia de intervenção divina ou de mudanças naturais serem as mais citadas nas fontes greco-romanas e medievais como geradoras das pestes, nota-se que tudo aquilo que pudesse manifestar odores fétidos era considerado como algo perigoso. Como o cadáver humano produz uma série de odores pútridos em seu processo de decomposição, cabe propor que ele também era considerado como uma potencial fonte de contaminação (KOSTER, 2018, p. 43).

A proposição desse trabalho é de expor que o cadáver humano foi considerado como perigoso, devido sua manifestação de odores pútridos, no período que vai da antiguidade greco-romana até a contemporaneidade. O centro desse debate incide justamente sobre o espaço europeu. Essa proposta parte do princípio de que esse é um objeto complexo, pois devido aos dispositivos culturais, os defuntos sempre receberam tratamentos fúnebres. No entanto sendo objeto que invadia o imaginário dos indivíduos como fonte de perigos, cabe propor que haviam cuidados para evitar os perigos cadavéricos.

O mundo Greco-Romano e os vapores pútridos

Os conhecimentos médicos da Europa Medieval (500 – 1500) foram herdados da antiguidade greco-romana. Esses conhecimentos antigos foram se alterando durante o período medieval. No entanto, suas bases formativas se mantiveram preservadas. Cabe propor que os dois campos de herança são o mundo greco-romano e questões do cristianismo primitivo (PORTER, 1999, p. 83-84).

Dentro do mundo greco-romano, o primeiro indivíduo a trazer questões sobre os vapores tóxicos é o físico grego Hipócrates

(460-377 a.C.). Como o profissional médico necessitava ter conhecimentos sobre o mundo material, ele recebia a denominação de físico. Foi Hipócrates quem deu luz, entre os séculos V e IV a.C. à ideia de que as enfermidades surgiam justamente devido ao contato com vapores perigosos (STERNER, 2021, p. 1). Hipócrates entendia que os humores pútridos eram, de fato, as pestilências. É interessante notar que o físico grego propunha que esses gases poderiam ser identificados através do odor contido neles, sendo eles manifestados em pântanos, através do solo, por meio de mudanças naturais, fezes, lixo, vegetais e cadáveres podres (ABERTH, 2013, p. 13). Apesar dessas condições do espaço natural, o físico grego não determinou como se dava a origem de tais gases. Para Hipócrates, os cadáveres deveriam ser queimados ou enterrados para não manifestar tais gases perigosos (CURTIS, 2007, p. 13).

Hipócrates esteve em Atenas num momento onde havia muitos enfermos. Acreditando que a doença vinha dos humores pútridos, ele promoveu a queima de madeiras aromáticas em muitos pontos da cidade. Sua ideia era expulsar tais humores pútridos por meio da presença da fumaça aromática, além de que tal fumaça seria salutar para os enfermos. Esta forma de tratamento ficou conhecida como alopatia, em que uma enfermidade e suas origens, poderiam ser combatidas com o uso de recursos, que eram entendidos, como constituídos de natureza e propriedades opostas (HUGO, 1991, p. 10).

As ideias de Hipócrates circularam rapidamente e acabaram ganhando muitos adeptos no período. É importante destacar isso porque no século V (a.C.), era muito comum que os físicos gregos descrevessem as doenças como originárias de aspectos mágicos, sendo punições divinas. No entanto, Hipócrates determinava que tanto os humores pútridos, quanto as doenças em si, eram de ordem natural (KANNADAN, 2018, p. 41). Interessante destacar que o físico grego já entendia os cadáveres humanos enquanto possíveis causadores de enfermidades, caso estivessem em decomposição (CURTIS, 2007, p. 13).

A ideia de Hipócrates era de que o corpo humano era constituído, predominantemente, pelos quatro elementos básicos: Ar, Água, Terra e Fogo. A enfermidade provinha do desequilíbrio em relação às interações e quantidade desses elementos no interior do corpo. Os ares pestilentos geravam justamente o desequilíbrio entre esses elementos, o que acarretava assim em quadros de enfermidades. O desequilíbrio seria causado pela diminuição ou aumento na quantidade de um ou mais desses elementos (GRMEK, 1998, p. 247).

Para se determinar a natureza e surgimento desses odores pútridos é interessante perpassar algumas questões sobre o filósofo Aristóteles (384-322 a.C.). Primeiramente cabe propor que é impossível dizer se Aristóteles era adepto da medicina Hipocrática. Muito provavelmente ele teve influências desse pensamento, mas seguia pressupostos próprios. Isso fica aparente no fato de que ele entendia que a doença vinha do desequilíbrio dos elementos internos, devido ao movimento que surgia no interior do corpo, enquanto que a saúde era pensada como repouso e equilíbrio de tais elementos (GRMEK, 1998, p. 250-251).

Os perigos sobre os vapores pútridos são expostos por Aristóteles em sua obra *Da geração e da corrupção* que data do século IV a.C.. O filósofo grego entendia que todas as substâncias no mundo eram constituídas dos quatro elementos básicos. Toda substância muda no decorrer do tempo, no entanto a mudança poderia se dar em sentido de quantidade desses elementos ou do tipo de interação entre eles, de acordo com o movimento que eles apresentam. A matéria orgânica de algo vivo, aumenta e diminui no decorrer do tempo, mas também se altera em sentido de suas qualidades, pois a interação entre os elementos muda (HAAS; MANSFELD, 2006, p. 63-64).

Aristóteles tinha um entendimento teleológico sobre variados temas. Isso significa que as substâncias tinham um sentido endereçado desde o seu surgimento. Ele entendia que os elementos e substâncias possuíam potências. Essa seria a ideia de que algo teria chance de vir a ser, portanto poderia ser gerado, assim como essa substância teria

o potencial de deixar de existir, sendo esse o processo de corrupção (GOTTHELF, 1976, p. 226-236). Essas potencialidades e sentido das coisas dependiam da interação de uma matéria quente e seca que estaria distribuída no mundo, a *pneuma*. Os elementos teriam potencialidades para interagir e se movimentar, mas o que orienta as potências desses elementos seria justamente a *pneuma*, que seria uma espécie de consciência do mundo. A *pneuma* estaria entre as substâncias e no interior delas, portanto ela agiria sobre substâncias orgânicas, inorgânicas, animadas e inanimadas, dando destino à todas elas (WITT, 1991, p. 131-132).

Este tipo de raciocínio incidia sobre a matéria orgânica. Portanto, o corpo humano era pensado como passível de transformação. Isso significa que o corpo era gerado, assim como corrompido nessa lógica. A geração seria o processo que une os elementos, permitindo a composição de uma substância, como o caso do indivíduo humano formado na concepção. A corrupção seria o processo de separação dos elementos, onde a substância deixa de existir, sendo isso o que ocorre após a morte do indivíduo, quando o cadáver se putrefaz durante a decomposição. Esses dois processos compunham o ciclo infinito do universo, pois um dá origem ao outro (ARISTÓTELES, 2001, p. 22-30).

O corpo humano passava então por processos de aumento, diminuição e alteração no decorrer da vida. Aristóteles propunha que o aumento se dava enquanto o indivíduo ia crescendo. Depois, o corpo passaria por um processo de diminuição na velhice. Nesses dois processos basicamente estaria ocorrendo o aumento e diminuição da quantidade dos elementos no interior do corpo. A alteração também incidia sobre o corpo, pois a infância, o período adulto e a velhice constituiriam diferentes organizações elementais no interior do corpo. Portanto, as idades definiriam diferentes substâncias (ARISTÓTELES, 2001, p. 24-31). A alteração é justamente uma mudança na organização e disposição das combinações dos elementos (WITT, 1991, p. 64).

É na corrupção que se pode pensar que são gerados os vapores pestilenciais que causavam as enfermidades nos indivíduos.

Aristóteles propunha que a alteração era um processo que nunca se interrompe. Quando os elementos se associavam para dar luz à geração, a alteração ocorria continuamente. Portanto, na dissociação entre elementos, como ocorria na corrupção, também se processava a alteração. Como a corrupção era uma dissolução da substância, nota-se que os elementos vão sendo liberados dessa substância, não se dissociando necessariamente separados. Aristóteles situa que no caso de corpos vivos, esses elementos saem combinados, no entanto sob a forma de uma substância alterada em relação ao corpo original (ARISTÓTELES, 2001, p. 53).

No caso dos cadáveres os produtos da corrupção eram os humores da putrefação, onde a presença do elemento ar era sobressalente em relação aos outros, daí a natureza vaporosa, que é quente e úmida, desses humores. Mas da mesma maneira a grande presença de água nesse ar, proveniente do cadáver, torna esse ar mais úmido e frio, portanto danoso aos indivíduos. Esses humores, provenientes da putrefação, poderiam ser percebidos pelo mau cheiro que manifestavam. Humores pútridos, independente da fonte, seriam de grande perigo. Portanto, os cadáveres humanos, sendo fonte de tais humores, também se enquadram nessa lógica de serem perigosos (ARISTÓTELES, 2001, p. 51-62). Esse seria o perigo da causalidade final no caso dos humanos, ou seja, da putrefação cadavérica (GOTTHELF, 1976, p. 254).

O arquiteto romano Vitruvius (81-15 a.C.), deixou claro em suas obras que tinha noções sobre os humores pútridos. Ao propor seus projetos arquitetônicos, deixava claro que estes tinham, também, a funcionalidade de evitar os maus odores. Nota-se que ele trazia inovações à teoria dos ares perigosos, pois propõe que diferentes tipos de humores, poderiam gerar enfermidades específicas (STERNER, 2021, p. 1). O físico romano Claudio Galeno (130-201 d.C.), que claramente teve uma formação bem embasada no *Corpus Hipocraticum*, também foi adepto da teoria dos odores pútridos. No entanto, como sua formação se deu muito depois de Hipócrates, cabe determinar que seu pensamento também continha marcas do *Corpus Aristotelicum* (GRMEK, 1998, p. 252).

Para Galeno, o ar pútrido era um desorganizador do equilíbrio humoral contido no interior do corpo. Os humores seriam fluídos que representavam os elementos: Fleuma (água); Sangue (ar); Bile Amarela (fogo); Bile Negra (terra). O conceito de humor já era pensado desde Hipócrates. No entanto, Galeno foi responsável por um refinamento dessa teoria. Para este grego nascido em Pérgamo, era necessária uma determinada quantidade de humores para gerar a enfermidade no corpo (KANNADAN, 2018, p. 41). Os humores pútridos para Galeno, por serem gerados de diferentes fontes, manifestavam desequilíbrios diferentes no interior dos indivíduos. Portanto, as enfermidades que ocorriam eram díspares. Os cadáveres humanos também eram situados como fontes perigosas, por gerarem um vapor pútrido, de natureza úmida e fria, inferia-se que ocorreria um excesso de fleuma. Desta forma a bile amarela, por ser quente e seca, acabaria em desproporção devido ao excesso de fleuma (STERNER, 2021, p. 1). Tais pontos reforçam a ideia de que o cadáver já era pensado como perigoso na antiguidade greco-romana, daí o interesse que esses cadáveres fossem cremados ou enterrados (CURTIS, 2007, p. 13).

Osmologia teológica: o mundo rabino e o cristianismo primitivo

Se o mundo greco-romano gerou heranças de grande importância para a medicina medieval, é preciso também pensar nos saberes médicos que foram apropriados do cristianismo primitivo. O mundo cristão, em seus primórdios, deve muito a questões do mundo judaico, ou seja, de elementos do judaísmo. Os grupos humanos que viviam em meio às religiões do oriente médio, como grupos semíticos, babilônicos e depois cristãos, não separavam as questões terrenas das espirituais. Isso significa que as demandas no campo da saúde estavam intimamente relacionadas com um sistema de crenças. A doença seria proveniente do não seguimento da conduta do grupo, ou seja, do pecado, enquanto os cuidados médicos seriam possíveis apenas por meio da fé. O cristianismo herdou essa lógica do judaísmo, onde a transgressão da moral gerava

a enfermidade, daí doenças famosas na bíblia como lepra, cegueira e paralisia (GRACIA, 1992, p. 19-21).

Os Rabinos da Galileia, em meio às suas tradições, faziam amplo uso de recursos odoríferos. Os espaços sagrados eram geralmente aqueles em que figuravam tais recursos, como os incensos, o olíbano e unguentos. Como esse grupo esteve sob dominação egípcia e tendo depois a Galileia sido anexada por Roma em 63 (a.C.), se tornando província romana em 6 (d.C.), nota-se que parte dos cultos no grande templo foram suprimidos. No entanto, tais tradições se mantiveram em meio aos lares dos fiéis desse grupo (GREEN, 2015, p. 146-147).

No século II d.C. nota-se que os cultos e templos voltaram a ter presença na Galileia. O interior dos templos se mantinha carregado pelas fragrâncias dos unguentos e óleos aromáticos, além de que os padres queimavam duas vezes ao dia o incenso sob o altar dourado central. A intenção era dupla no uso desses recursos. A primeira era uma espécie de sacrifício para acalmar o deus cristão que, durante o culto era evocado, além de que a fumaça do incenso permitia que ele não fosse visto pelos fiéis. A segunda era a garantia de proteção dos fiéis contra os odores pútridos, que eram sinônimo da manifestação do pecado (GREEN, 2015, p. 148).

O uso de aromatas era de grande valor nessa cultura, isso confirmado pelos tesouros dos reis rabinos que eram cheios de aromatas, assim como pela ideia de receber o título individual de ser “O ungido”. Esse título significava que a pessoa exalava o cheiro dos óleos sagrados e dos incensos, sendo algo comum aos reis e padres, portanto, estes estariam sempre protegidos (GREEN, 2015, p. 149). Se a manifestação do podre era sinônimo de algo ruim, então ele deveria ser combatido. Nessa lógica os cadáveres eram fontes de problemas, pois em algum momento a putrefação aparecia, o que era justificado pela carnalidade do corpo (JOHNSON; JOHNSON; JOHNSON, 2012, p. 998).

Os rabinos tinham o costume de inumar os cadáveres daqueles que professavam o judaísmo. Porém, haviam cuidados prévios sobre

o defunto. O corpo recebia banhos e era depilado, para que assim fosse enrolado em lençóis. Entre os lençóis eram dispostas especiarias como a mirra e os aloés no corpo (JOHNSON; JOHNSON; JOHNSON, 2012, p. 998). O cadáver poderia, em certos casos, receber também óleos aromáticos. Incensos eram acesos durante a marcha fúnebre e, por fim, esses cadáveres eram inumados junto das Unguentaria. Esses eram vasos mantidos abertos, cheio de perfumes para afastar o mal emanado da putrefação cadavérica (GREEN, 2015, p. 150-151).

O mundo cristão também teve interesses e usos com relação ao sentido do olfato (GRACIA, 1992, p. 22). Nota-se que a lógica por trás dos odores era bem similar ao mundo rabino, isso porque foi esse local a principal influência do cristianismo. No entanto, a fé em Cristo também teve influência de outras crenças manifestadas ao redor do mediterrâneo (TONER, 2015, p. 158). Os conhecimentos olfativos dos primeiros cristãos determinavam que os odores ruins e podres estavam associados com atividade demoníaca, enquanto que os bons odores seriam conotados do divino e do sagrado. Os odores eram hierarquizados, portanto, havia uma lógica classificatória que garantia categorias de acordo com os aromas (HARVEY, 2006, p. 30).

O sagrado, para os cristãos, estava contido nos aromas doces, diferente do mundo judaico, que encontrava tais atributos em meio aos cheiros terrosos e amadeirados. Sendo os cheiros leves, doces e frescos das plantas a base do sagrado, enquanto o demoníaco seria associado a odores sulfurosos. O pecado advindo de uma questão moral era associado às tentações diabólicas, portanto, havia a crença entre os séculos III e IV d.C., de que o pecador manifestaria o cheiro do podre. Seria uma espécie de osmologia moral, onde os odores dos locais e das pessoas poderiam trazer segurança ou riscos para aqueles no entorno. O olfato seria, assim, uma ferramenta de julgamento e de segurança (TONER, 2015, p. 159-163).

Sendo as doenças associadas ao pecado, nota-se que os enfermos também manifestavam o podre. A praga de Justiniano de 541 d.C. foi justificada como originária da ira do deus cristão

sobre os pecadores. As pilhas de cadáveres que se formaram desse processo eram consideradas perigosas, porque o odor pútrido, proveniente da decomposição, era sinal de atividade demoníaca, o que poderia adoecer aos fiéis ainda vivos (TONER, 2015, p. 168-170). A carnalidade do corpo fazia com que o cadáver, após a morte, fosse consumido devido ao fato que a carne era uma via de tentação diabólica (BIERNOFF, 2002, p. 29).

O cadáver, se não fosse bem cuidado, poderia significar um risco aos vivos durante o processo de decomposição. Era comum, após a morte, que o defunto recebesse tratamentos com diversos aromáticos (TONER, 2015, p. 171). O cadáver recebia lavagens com balsamos, unguentos e óleos aromáticos, além de que, durante o funeral, havia a presença de velas aromáticas e incensos (HARVEY, 2006, p. 98). Sem tais procedimentos e usos de recursos aromáticos, esses cadáveres se tornariam perigosos. Os cadáveres de santos eram ditos como incorruptos, portanto não tinham como apodrecer (CRUZ, 1977, p. 34).

Tal qual os odores podres eram entendidos como danosos no mundo greco-romano, o mesmo se dava em meio aos antigos cristãos. A situação dos cadáveres não poderem ser cremados no caso cristão, acabou levando os adeptos desta fé a se apropriarem de valores judaicos. Com isso haveria a garantia de que os cadáveres não fossem perigosos na dinâmica de inumação (ESSER, 2014, p. 117). Esse tipo de medida estava associada à questão de higiene, sendo essa uma interpretação do podre, presente no cadáver, que deveria ser cuidado (CURTIS, 2007, p. 11-12).

Esse cenário dá espaço à ideia de uma teologia olfativa. Nota-se que os cadáveres, considerados perigosos, eram tratados por uma série de recursos aromáticos. Seja no mundo judaico, ou entre os cristãos primitivos, havia o uso dessa teologia olfativa (ESSER, 2014, p. 160). O uso de recursos aromáticos se relacionava à questões interpretativas organolépticas. Portanto, propriedades bioquímicas do podre eram interpretadas como ruins, sendo combatidas pelos aromas bons relacionados aos terpenos, fenóis e alcaloides presentes nos vegetais (EVERETT, 2012, p. 41).

É interessante notar que o uso desses recursos aromáticos em cadáveres, fez com que várias múmias surgissem. Cabe colocar que tais corpos preservados provinham de um processo não intencional. No entanto, não se pode pensar também em múmias naturais (ESSER, 2014, p. 168). Chama a atenção o fato de que, frente ao combate dos odores ruins, os recursos de bons odores escolhidos para essa função tinham propriedades químicas preservativas. A intenção não era necessariamente preservar o cadáver, mas espantar seus maus odores. No entanto, os recursos que neutralizavam os odores pútridos, na realidade, combatiam a putrefação. Os taninos, alcaloides e terpenos que são de fortes propriedades aromáticas, garantiam o combate do odor e, da mesma maneira, preservavam os cadáveres devido suas propriedades antissépticas (MARTINS, 2012, p. 20-29).

O corpo que era encontrado preservado, tendo recebido apenas lavagem simples e não embalsamamento, na Idade Média, era dito como possuinte da *Aromatibus Conditum*. Essa condição era pertinente aos santos, que tinham corpos incorruptos e não passíveis de putrefação, no qual uma das principais características deste estado era o exalar de bons odores. Essa condição garantia que tais corpos não fossem perigosos. Portanto, seria de grande interesse que pessoas importantes fossem embalsamadas no decorrer da Idade Média, com intenção de imitar a *Aromatibus Conditum*, para garantir a preservação da imagem do defunto no funeral, assim como garantir que ele não fosse um cadáver perigoso (CORBINEAU; RUAS; PAIN; FORNACIARI; DUPONT; COLLETER, 2017, p. 152). Os humores pútridos venenosos do mundo greco-romano e os odores diabólicos do cristianismo, seriam base dos conceitos sobre doenças na Idade Média, sendo os cadáveres putrefatos considerados fontes desses humores nocivos por ambas epistemologias (SILVERMAN, 2002, p. 10).

Os perigos cadavéricos no Medievo

A medicina Europeia, na Idade Média, herdou noções das teorias hipocrático-galênicas, assim como paradigmas dos antigos

cristãos. Cabe aqui expor, de maneira breve, a medicina entre os anos 500 e 1500 na Europa para, assim, situar o temor que havia em relação à putrefação cadavérica.

A medicina na Europa, entre os anos 400 e 1100, manteve um dualismo entre questões do humorismo médico ao lado de noções de saúde espirituais advindas do cristianismo (MACKINNEY, 1952, p. 2). O centro das atividades médicas se dava nos espaços monásticos. Os clérigos eram formados com noções humorais, mas o foco da formação se dava com relação à ideia de que a doença vinha do pecado, portanto a cura real vinha da fé. A medicina espiritual era soberana em relação à medicina física. Porém, ela ainda era utilizada (SILVERMAN, 2002, p. 10-11).

As noções físicas advindas do mundo greco-romano permaneceram em uso por meio de uma série de fontes fragmentárias. Após a queda do império romano do ocidente, diversos centros monásticos mantinham fontes antigas ou fragmentos delas (PORTER, 1999, p. 91). Isidório de Sevilha (560-636), com seu tratado *Etymologies* trouxe traduções e conceitos vindos de Galeno e Hipócrates. Alcuin de York (724-804), que fazia parte da corte de Carlos Magno, produziu cartas onde propunha que os espaços monásticos deveriam ser centros de medicina e deveriam utilizar conceitos físicos (WALLIS; DUTON, 2010, p. 5-80). Cartas do ano 1000, encontradas na catedral de Bamberg (Alemanha), também trazem questões da fusão da medicina humoral ao lado de pressupostos religiosos (MACKINNEY, 1952, p. 5).

A alteração desse quadro se deu no século XI por volta de 1050, quando Constantino, o africano (1020-1087), traduziu uma série de documentos da antiguidade clássica, que estavam em árabe, para o latim (FRENCH, 2003, p. 65). A somatória das traduções de Constantino, a permanência dos conteúdos humorais dentro da Europa, mais a questão dos centros de produção e disseminação desses conteúdos (Ravenna, Montecasino e Salerno) fizeram com que a medicina escolástica se desenvolvesse por volta do ano 1100 (MACKINNEY, 1952, p. 7).

O nascimento da escolástica está atrelado ao nascimento das universidades nos séculos XII e XIII. Portanto, a educação médica se pautaria na leitura de clássicos, ao lado da oratória dos professores nas disciplinas (KELLY, 2009, p. 23). Um documento base para o ensino e pensamento médico surgiu nesse período: A Articella. Ela continha o Liber Ysagogarum, material que trazia uma série de questões do modelo humoral, os aforismos de Hipócrates, o Tegni de Galeno e uma série de outras obras antigas que seguiam essa tendência (PORTER, 1999, p. 108).

A partir do ano 1100 a medicina passa por um processo de desespiritualização, onde questões materiais passaram a ter maior relevância. As questões espirituais e materiais teriam mesma relevância nesse novo momento (MACKINNEY, 1952, p. 25). O entendimento era de que as enfermidades ocorriam a partir do desequilíbrio humoral, sendo a terapêutica realizada pelo uso de fármacos, por procedimentos cirúrgicos ou seguindo regimes de saúde (JACQUART, 1998, p. 210). As questões espirituais continuaram importando para a cura, no entanto, questões materiais se tornaram essenciais (MACKINNEY, 1952, p. 25).

Um dos motivos que gerava o desequilíbrio humoral era justamente os humores pútridos. No decorrer de toda a Idade Média eles foram motivos de preocupação, e pelos exemplos que serão mostrados, os cadáveres eram um dos principais problemas, por serem fontes desses gases (ROBINSON, 2020, p. 124).

O primeiro caso remete ao período carolíngio, quando o cadáver do imperador Carlos o Calvo (823-877) necessitou de reparos para ser transportado. Carlos falecera enfermo nos alpes franceses. Antes de morrer especificou que queria ser levado até a igreja de Saint-Dennis (ESSER, 2014, p. 194). Aparentemente, seu cadáver foi tratado por um cozinheiro numa altitude de dois mil metros. O problema é que seu cadáver não teria sido tratado logo após sua morte, o que iniciou a decomposição. Portanto os odores pútridos seriam tão fortes que as histórias da época diziam que o cozinheiro teria falecido após o ato de embalsamar (KREJCI, 2005, p. 159). O corpo, mesmo tendo sido tratado com plantas pensadas

com propriedades quentes e secas ao lado do vinho e depois tendo sido inserido num barril de piche, continuou emitindo gases pútridos. A intensidade do fedor era tamanha, que a viagem foi interrompida para que o cadáver fosse inumado na abadia de Nantua. Ao que tudo indica, essa viagem foi interrompida pelo temor aos odores e não pelo incomodo em si (ESSER, 2014, p. 194). Tal cenário reforça que os odores advindos do cadáver eram temidos desde o princípio da Idade Média (ABERTH, 2013, p. 13).

Um processo importante na composição da ideia dos odores pútridos na Idade Média foi a tradução da obra *Da geração e da corrupção* de Aristóteles, no século XIII, por Gerard de Cremona (1114-1187) (CAROTI, 2011, p. 252). Por meio dessa fonte, os físicos e cirurgiões medievais puderam compreender os perigos dos humores pútridos de maneira aprofundada. O calor forte incidindo sobre o cadáver frio e úmido traria corrupção, o que liberaria os gases pútridos (ROBINSON, 2020, p. 162). Pensando no segundo cenário nota-se que, no final do século XIII, com o interesse nas disseções cadavéricas humanas reaparecendo, os cirurgiões precisavam de alguns cuidados. Primeiramente, as disseções seriam realizadas no inverno, permitindo que os cadáveres durassem três dias. Além disso, o olfato seria poupado, o que evitaria o contato com o pútrido, que seria a fonte de enfermidades (MCVAUGH, 2002, p. 114).

Durante a peste negra (1347-1351), uma série de tratados foram compostos com a intenção de propor as causas da enfermidade. O físico Jacme D'agramont, em 1348, produziu o tratado *Regiment de preservacio a epidimia o pestilencia e mortaldats* com a intenção citada. Interessante notar que ele delimita o cadáver como um objeto perigoso. Tudo aquilo que era de origem orgânica e caía em corrupção era passível de espalhar odores pútridos. Os cadáveres humanos entravam nessa configuração. O úmido e frio, presente neles, se corrompiam gerando vapores pútridos frios e úmidos. Tais humores nocivos, quando inalados por outro indivíduo, geravam enfermidades por causarem o desequilíbrio humoral. O desequilíbrio

vinha devido à corrupção de parte ou todos os humores (REYNALS; WINSLOW, 1949, p. 57).

O terceiro e último cenário também se relaciona à peste negra. Quando um papa ou alguém de alto posto da igreja falecia, era muito comum que o embalsamamento fosse realizado para que a *Aromatibus conditum* fosse alcançada (CORBINEAU; RUAS; PAIN; FORNACIARI; DUPONT; COLLETER, 2017, p. 152). Em 1352, durante a peste bubônica, faleceu o papa Clemente VI que pertencia ao papado de Avignon. Observe-se que ele falecera infectado pela peste, e o interessante é notar que o cirurgião contratado para lhe embalsamar, Guy de Chauillac (1300-1368), relata o temor das pessoas ao transportar esse cadáver. O cirurgião declarou que ele próprio temia o cadáver papal por já aparentar certa decomposição. Chauillac entendia que pelo papa ter falecido de peste, os odores pútridos liberados por esse cadáver poderiam acarretar no surgimento da peste nos outros indivíduos. Nota-se, em tal relato, a presença da ideia primitiva de contágio, onde o indivíduo morto por uma infecção poderia liberar odores que geravam a mesma enfermidade (KOSTER, 2018, p. 28-40).

O tratamento com relação à tais enfermidades se dava com a aplicação de substâncias com propriedades opostas à enfermidade, ou seja, por meio da alopatia. A natureza do humor pútrido cadavérico era úmida e fria, portanto substâncias, extratos, unguentos ou óleos quentes e secos eram aplicados no enfermo, assim como eram utilizados odoríferos dessa mesma natureza para evitar as doenças (GRMEK, 1998, p. 256).

Referências

- ABERTH, J. *An environmental History of The Middle Ages - The Crucible of Nature*. 1 ed. Londres: Routledge, 2013.
- ARISTÓTELES. *Da Geração e da corrupção*. 1 ed. São Paulo: Landy, 2001.
- BIERNOFF, S. *Sight and embodiment in The Middle Ages*. 1 ed. Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2002.
- CAROTI, S. *De generatione et corruptione*, Commentaries on Aristotle's.

- In: CAROTI, S. *Encyclopedia of Medieval Philosophy*. 1 ed. Londres: Springer Publications, 2011, p. 251-256.
- COLMAN, P. *Corpses, coffins and Crypts, A history of burial*. 1 ed. Nova Iorque: Henry Holt and Company, 1997.
- CORBINEAU, R.; RUAS, M. P.; PAIN, D. B.; FORNACIARI, G.; DUPONT, H.; COLLETER, R. Plants and aromatics for embalming in Late Middle Ages and modern period a synthesis of written sources and archaeobotanical data (France, Italy). *Vegetation history and archeobotany*, v. 27, n. 1, p. 151-164, 2017.
- CRUZ, J. C. *The Incorruptibles - A Study of the Incorruption of the Bodies of Various Catholic Saints and Beati*. 1 ed. Nova Iorque: Tan Books, 1977.
- CURTIS, V.A. A Natural History of Hygiene. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, v. 18, n. X, p. 11-14, 2007.
- ESSER, R. S. *Der Leichnam im Mittelalter - Einbalsamierung, Verbrennung und die kulturelle Konstruktion des toten Körpers*. Department of historic literature, Heidelberg University, Alemanha, 2014.
- EVERETT, N. *The Alphabet of Galen: Pharmacy from Antiquity to the Middle Ages. A Critical Edition of the Latin Text*. 1 ed. Toronto: University of Toronto Press, 2012.
- FRENCH, R. *Medicine Before Science - The Business of Medicine from the Middle Ages to the Enlightenment*. 1 ed. Londres: Cambridge University Press, 2013.
- GOTTOTTHELF, A. Aristotle's conception on final causality. *The Review of Metaphysics*, v. 30, n. 2, p. 226-254, 1976.
- GRACIA, D. The Ethics of Diagnosis in Early Christianity and The Middle Ages. In: GRACIA, D. *The Ethics of diagnoses*. 1 ed. Dordrecht: Kluwer academic publishers, 1992, p. 19-28.
- GREEN, D. A. Fragrance in The Rabbinic World. In: GREEN, D. A. *Smells and the Ancient senses*. 1 ed. New York: Routledge, 2015, p. 146-157.
- GRMEK, M. D. The concept of disease. In: GRMEK, M. D. *Western Medical Thought from antiquity to The Middle Ages*. 1 ed. New York: Harvard University Press, 1998, p. 241-258.
- HAAS, F.; MANSFELD, J. Review on Generation and Corruption. *The Classical Review*, v. 56, n.1, p. 63-65, 2006.
- HARVEY, S. A. *Scenting Salvation - Ancient Christianity and the olfactory imagination*. 1 ed. Berkeley: University of California Press, 2006.
- HUGO, W. B. A brief history of heat and chemical preservation and Disinfection.

Journal of Applied Bacteriology, v. 71, p. 9-18, 1991.

JACQUART, D. Medical Scholasticism. In: JACQUART, D. *Western Medical Thought from antiquity to The Middle Ages*. 1 ed. New York: Harvard University Press, 1998, p. 197-240.

JOHNSON, E. C.; JOHNSON, G. R.; JOHNSON, M. The origin and history of embalming. In: JOHNSON, E. C.; JOHNSON, G. R.; JOHNSON, M. *Embalming history, Theory and practice*. 5 ed. New York: Mcgraw hill, 2012, p. 981-1078.

KANNADAN, A. *History of the Miasma Theory of Disease*. v. 16, n. 18, p. 41-43, 2018.

KELLY, K. *The History of Medicine – The Middle Ages (500–1450)*. 1 ed. New York: Facts on File, 2009.

KOSTER, J. R. Failed ritual? Medieval papal funerals and the Death of Clement VI. In: KOSTER, J. R. *Histories of Post-Mortem Contagion – Infectious Corpses and contested Burials*. 1ed. Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2018, p. 27-54.

KREJCI, E. W. Excarnation, evisceration, and exhumation in medieval and post-medieval Europe. In: KREJCI, E. W. *Interacting with the Dead: Perspectives on Mortuary Archaeology for the New Millennium*. 1 ed. Gainesville: University press of Florida, 2005, p. 155-172.

MACKINNEY, L. C. Medical ethics and etiquette in the early middle ages: the persistence of hippocratic ideals. *Bulletin of the history of medicine*, v. 26, n. 1, p. 1-31, 1952.

MARTINS, C. M. *Estudo químico, atividade antioxidante, atividade antimicrobiana e análise do óleo essencial da espécie Kielmeyera coriacea Mart & Zucc (PAUSANTO) do Cerrado*. Dissertação (Mestrado em Química). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

MCVAUGH, M. R. Smells and the medieval surgeon. *Micrologus*, v. 10, p. 113-132, 2002.

MOORE, C. C.; WILLIAMSON, J. B. The Universal Fear Of Death And The Cultural Response. In: MOORE, C. C.; WILLIAMSON, J. B. *Handbook of death and dying*, v. 2, 1 ed. Londres: Sage publications, 2003, p. 3-13.

PORTER, R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. 1 ed. Nova Iorque: Fontana Press, 1999.

REYNALS, M. L. D.; WINSLOW, C. E. A. Regiment de preserv acio a epidimia o pestilencia e mortaldats. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 23, n. 1, p. 57-89, 1949.

ROBINSON, K. *The sense of smell in the Middle Ages – A source of certainty*. 1 ed.

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira, André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

Londres: Routledge, 2020.

SILVERMAN, B. C. Monastic Medicine - A Unique Dualism Between Natural Science and Spiritual Healing. *Hopkins Undergraduate Research Journal*, n. 1, p. 10-17, 2002.

STERNER, C. A. *Brief History of Miasmatic Theory*. CarlSterner, 2007. Disponível em: http://www.carlsterner.com/research/files/History_of_Miasmatic_Theory_2007.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

TONER, J. Chapter 11: Smell and Christianity. In: TONER, J. *Smell and the ancient senses*. 1 ed. Londres: Routledge, 2015, p. 158-170.

WALLIS, F.; DUTTON, E. *Medieval Medicine – a Reader*. 1 ed. Toronto: University of Toronto Press, 2010.

WITT, C. On the Generation and Corruption of Aristotle's Thought. *Apeiron*, v. 24, n. 2, p. 124-145, 1991.

História da hanseníase na Amazônia: estigmatização e espaços de memórias

Elane Cristina Rodrigues Gomes¹

Rebeca Junior Cardoso Martins²

Introdução

Esse texto é resultado parcial da trajetória do projeto de pesquisa intitulado: “História da Hanseníase na Amazônia: estigmatização e espaços de memórias”, com o fomento da Universidade Federal do Pará e desenvolvido na Escola de Aplicação da UFPA (Belém/ PA), tendo como público alvo, discentes do 8º ano do Ensino Fundamental. O projeto almeja dialogar sobre a história da hanseníase no espaço escolar, apresentando os resultados de pesquisas realizadas a partir da tese de doutorado sob o título: A lepra a letra: relações de poder na cidade de Belém (1897-1924) (GOMES, 2019) tendo em vista a aproximação entre a pesquisa e o ensino. Para tanto o projeto tem a colaboração de uma equipe multidisciplinar composta de historiadores, estudantes de enfermagem e biologia, assim como um estudante do Ensino Médio da Escola de Aplicação.³

Trata-se de uma proposta destinada a dialogar sobre a estigmatização (GOFFMAN, 2008, p. 14) que as pessoas acometidas por hanseníase vivenciaram no século XX, tendo em vista o processo

1 Doutora em História Social pela Universidade Federal do Ceará (2019). Docente da Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará E-mail: elanegomes@ufpa.br

2 Graduada do Curso de História da Universidade Federal do Pará/ bolsista PIBIC. E-mail: rebecajunior868@gmail.com

3 A equipe é constituída por: Cainan Melo (graduando de biologia/UFPA); Mateus Cunha (graduando de enfermagem/UFPA); Rebeca Junior Cardoso Martins (bolsista/ Pibic-graduanda de História/UFPA) e Calebe Ferreira (bolsista/Pibic EM- aluno da Escola de Aplicação).

histórico de isolamento que tais doentes tiveram no passado pelo significado atrelado a doença. Nesse sentido o projeto almeja realizar um levantamento em espaços tais como arquivos, unidades de saúde, institutos e bibliotecas, com o intuito de obter conhecimento sobre a doença e identificar as impressões construídas pela sociedade diante do hanseniano. Por ser uma doença contagiosa, porém hoje com possibilidade de cura, ainda existe uma acentuada falta de informação sobre a hanseníase. A representação social da doença se modifica de acordo com o tempo e com as tensões sociais que alteram as relações de poder, pois quando são incuráveis e mortais tendem a ganhar um valor simbólico no imaginário coletivo, “entrelaçada psicossocialmente ao agir humano e, deste modo, muito além da temporalidade de sua manifestação, vai constituindo ambiguidades que se dilatam ao longo do tempo” (NASCIMENTO, 2018, p. 41).

Dessa maneira, propomos compreender de que maneira a sociedade belenense, no século XX, criou representações e memórias acerca do Asilo do Tucunduba (1815), o primeiro espaço destinado a receber leprosos no século XIX e XX, o qual esteve localizado no antigo bairro de Santa Isabel, hoje denominado Guamá e que se encontra nas proximidades da Escola de Aplicação, bem como é moradia de uma parcela dos discentes. A partir de tais dados fizemos uma tentativa de inserir no espaço escolar a temática da hanseníase a partir da história do bairro do Guamá e compartilhar esclarecimentos sobre a doença seja sob o viés histórico e biológico, devido ao alto índice de incidência de casos de hanseníase nesse bairro e nos arredores do bairro da Terra Firme, onde está localizada a Escola campo de atuação do projeto (MANCABÚ, 2013, p. 98).

Espaço de Memórias: o asilo do Tucunduba entre o presente e o passado

De acordo com Arthur Vianna, o terreno que abrigou o Asilo do Tucunduba pertenceu aos mercedários, os quais estavam estabelecidos em terreno aforado pelos frades. Nesse lugar, Frei

Caetano Brandão⁴ construiu uma olaria para fornecer tijolos e telhas para as casas em construção na cidade. Após a decisão de que a Santa casa passaria a administrar os bens do Hospital Bom Jesus dos Pobres, a olaria entrou em decadência, permitindo que a Santa Casa de Misericórdia do Pará abrigasse o hospício, entre os anos de 1814-1816 transformando o telheiro em uma construção com separações internas para abrigar doentes de lepra e alienados.⁵ O terreno não foi murado nem planejado de acordo com as necessidades dos doentes, na verdade foi um caminho imediato que o Estado utilizou para afastar da área urbana o corpo leproso (VIANNA, 1992, p. 348).



Fonte: ARAUJO, Heraclides. Profilaxia da lepra e das doenças venéreas Vol. II. Belém: Livraria Clássica 1922, p. 20.

A área do Tucunduba foi descrita como cercada de uma natureza repleta de caminhos lúgubres e cortado por um igarapé que dava o mesmo nome ao asilo. Ali ficavam fileiras de casas em volta de uma área que não tinha energia elétrica, saneamento básico e o deslocamento dos doentes para a cidade, se dava na maior parte das vezes de canoa, andando, de carroça ou a cavalo. Entre o limite do urbano e suas margens estava o Tucunduba, espaço distante para muitos da civilização e da modernidade (GOMES, 2019, p. 40).

⁴ Religioso da Ordem Terceira nomeado bispo do Pará em 1782. Disponível em: <https://bit.ly/2IZ1ZCC>. Acesso em: 06 set. 2017.

⁵ Os alienados foram transferidos para um novo hospital no Marco da Légua em 1892. Ver: Vianna, (1992, p. 348).

Segundo José Messiano, o Asilo do Tucunduba foi desativado em 1938. O leprosário esteve localizado no bairro do Guamá, na Rua Barão de Igarapé Mirim próximo à passagem Alegre, onde ficava a uns duzentos metros do Igarapé do Tucunduba,⁶ considerada área de difícil acesso na época, principalmente durante períodos de chuvas mais intensas, o que provocava alagamentos. A origem do nome teria ascendência Tupi-Guarani que corresponderia a “lugar que possui várias árvores de tucum” (MESSIANO, 1997, p. 15).

Ao analisar a construção dos primeiros asilos em São Paulo a historiadora Yara Monteiro menciona que os asilos tiveram tamanhos diversos e condições de funcionamento peculiares, mas a sua existência quase sempre não significava atendimento no tratamento e/ou uma alimentação de qualidade aos doentes. Grande parte ficava localizado distantes das cidades e a penúria era corriqueira no cotidiano desses espaços, boa parte dos leprosos dependia da mendicância (MONTEIRO, 2019, p. 379). Tal realidade não se distanciava do Asilo do Tucunduba, pois o local no século XIX vivia de escolas irregulares, dependia da venda de loterias e uma reduzida contribuição da Assembleia Provincial do Pará, o que não era condizente com o crescente número de doentes que passou a receber. Esse contexto permite compreender porque muitos leprosos comercializavam frutas e verduras no centro da cidade gerando insatisfação entre as autoridades e sendo alvo de denúncia nos jornais locais, que reclamavam sobre a circulação dos doentes em áreas para além dos limites físicos do asilo (HENRIQUE, 2019, p. 99).

Nos primeiros anos do século XX o Tucunduba ocupou o papel de protagonista em muitos artigos estampados nos jornais. As autoridades reconheciam que o asilo estava distante de ser um leprosário adequado aos ditames da ciência para atender leprosos. Talvez na época representasse uma solução do Estado para evitar que os doentes pobres circulassem pela cidade, objetivo nem sempre alcançado. No entanto, ao longo de todo o século XIX e XX

⁶ Atualmente escreve-se Tucunduba, mas nas fontes pesquisadas referentes ao século XIX e XX a grafia era Tocunduba. Adotamos no texto a grafia moderna, preservando a antiga apenas nas citações originais.

são constantes as denúncias de doentes que circulavam pela cidade, que mantinham seus vínculos comerciais e familiares e depois retornavam ao Tucunduba (GOMES, 2019, p. 43). O Estado não conseguia atender à demanda do crescimento da doença e o asilo passou a “regurgitar doentes”, como dizia o jornal Estado do Pará em 1921:

em Belem, terão os distintos prophylatas oportunidades de verificar não existir uma unica rua, e talvez um só quarteirão que não embioque varios e horrossos casos do temeroso mal. No bairro comercial, no mercado, na porta das igrejas, nos logares mais movimentados, ha lázaros que estendem as mãos em garra, ou mutiladas, á caridade publica,-sinal evidente de que o Tocunduba está regorgitando de leprosos, a menos que a Saúde Publica não se faça attender pela policia.⁷

Ao que parece, o cenário era marcado por tensões, que sem dúvida, explicam as constantes fugas dos asilados e a resistência de muitos ao serem destinados a morar no Tucunduba, conhecido na imprensa como “lugar de dor” ou apenas como local para onde os lázaros esperavam o dia de se recolherem à sepultura.

A delimitação espacial de circulação e habitação dos doentes de lepra permitiu, em certos momentos, o ocultamento da doença por meios de um espaço físico, quando esses eram internados no Asilo do Tucunduba. Paralelamente, ao confinar esses doentes no asilo, tentava-se apagar a história de vida desses sujeitos, pois eram retirados do seu convívio social e deveriam apagar da memória seus vínculos além do espaço do asilo, ou seja, a família, o emprego, os amigos e tudo que fazia referência a sua história de vida, uma vez que o confinado deveria preservar a sociedade, respeitando os limites físicos impostos pela lei.

Dessa maneira, os doentes são excluídos do tempo e da história construída pela urbe civilizada e por esses motivos os leprosos foram rejeitados, ignorados e maltratados - por não se enquadrarem na perspectiva de cidade almejada pelas autoridades. No entanto, entre as regras impostas e o cumprimento delas existiam lacunas a serem pensadas, que colocavam o doente não

⁷ “Chegaram” *Jornal Estado do Pará*, Belém, 04 jun. 1921, p. 1.

apenas como vítima do processo, mas também como um sujeito que criou ações desviantes em oposição às forças dos sujeitos detentores de poder, evadindo-se de situações de exclusão através de práticas do cotidiano, construindo espaços que permitissem questionar a direção do controle almejado pelas leis (CERTEAU, 2013, p. 91).

As memórias do asilo do Tucunduba também estão presentes no diário de um Frei capuchinho, chamado Daniel Rossini Samarate, o qual foi interno do Asilo entre 1914 e 1924. Seu diário apresenta o microcosmo do asilo, a partir das relações vigentes entre internos e também da omissão das autoridades em relação ao asilo, assim como também transcorre sobre os casamentos, batizados, festas, assassinatos e rebeliões no interior do asilo.

A narrativa do diário de Frei Daniel Samarate em diálogo com os jornais locais são lentes importantes para analisar as memórias produzidas sobre o asilo na cidade de Belém. Revelando um percurso necessário para retomar essa relação com o tempo presente tendo em vista a existência atualmente de espaços no bairro do Guamá, que são ícones da memória sobre Frei Daniel, tais como uma escola pública com seu nome e uma imagem na entrada da Igreja dos capuchinhos em homenagem ao frei, referendando vestígios de um passado que se mostra visível em lugares do bairro que abrigou o asilo do Tucunduba.

Convém salientar que grande parte da população paraense construiu impressões sobre o asilo do Tucunduba, seja pela sua assiduidade nas páginas dos jornais, por terem parentes que foram internados ou por serem vozes correntes na sociedade opiniões degradantes sobre esse lugar. Nesse sentido acho relevante, investigar, por meio da coleta de dados, como o fechamento desse lugar ocorreu e as tensões vigentes na época entre Santa Casa de Misericórdia, quem administrava o asilo.⁸

⁸ Devido ao contexto da pandemia, os espaços de pesquisa tais como arquivo público e a biblioteca Pública Arthur Vianna ficaram fechados por vários meses e retornaram suas atividades com atendimento ao público a partir do segundo semestre de 2020 e com agendamento, o que inviabilizou finalização dos dados que deveriam ser coletados. Atividade que estamos realizando nesses primeiros meses do ano com o recorte temporal de 1924-1938.

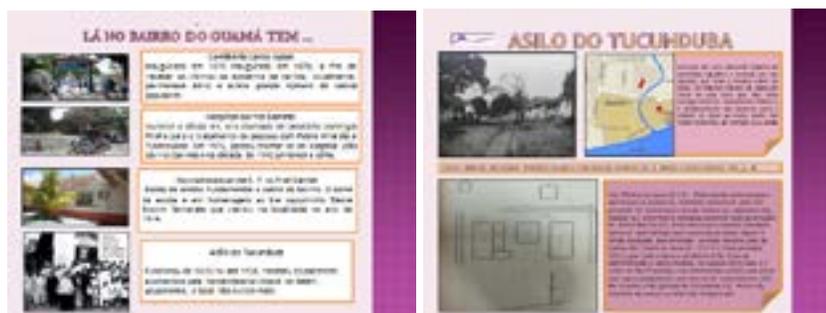
A pesquisa mostra-se importante ao buscar perceber o asilo do Tucunduba ancorado na sua relação com a experiência das pessoas e o lugar, tendo em vista que os sujeitos podem pensar e repensar seus lugares de vida a partir da maneira como o habitam, já que o habitar não se encontra no espaço construído, mas sim no que é guardado por aqueles que o vivenciam. Tal como observa Paul Ricoeur “é nos confins do espaço vivido e do espaço geométrico que se situa o ato de habitar” (RICOEUR, 2007, p. 157), implicando na releitura que os sujeitos constroem sobre as suas histórias de vida.

Entende-se que a memória pode ser pensada como um teatro pessoal que se fabrica a partir de reconstituições íntimas (FARGE, 2011, p. 80), capaz de expressar sentimentos diversos. O diário de frei Daniel marca um lugar de fronteira entre a sociedade, que em certo momento regulamentava e impunha comportamentos, revelando ao leitor intervalos de tensões, concessões, imposições e sofrimentos. Sua escrita expressava a configuração das relações sociais no interior e fora do espaço do Tucunduba, a partir de lembranças descontínuas e atitudes contraditórias, pois seus posicionamentos demonstravam os diferentes lugares que ocupava nessa sociedade, já que ele não era apenas um religioso, mas também um morador do Asilo do Tucunduba.

De alguma forma, os lázaros construíram outras possibilidades de lazer que ia para além do interior do asilo, evidenciando que a circulação de leprosos no Guamá não parecia causar estranhamento. Seguindo as reflexões do historiador José Dias Junior, ao que parece, a presença de lázaros no que veio a constituir posteriormente o bairro do Guamá era recorrente. Em entrevistas que realizou com moradores do bairro alguns afirmaram que costumavam entrar na área do leprosário para pegar frutas e que os lázaros às vezes vinham até as “baiucas” para comprar cachaça, retornando só à noite para o leprosário (DIAS JÚNIOR, 2009, p. 38).

Para tanto elaboramos infográficos que serão usados nas oficinas com os discentes a fim de instigar sobre o que existe de espaços no bairro do Guamá hoje e o que existiu nas primeiras décadas

do século XX associados à saúde e doença, almejando compreender as memórias sobre o asilo e sujeitos que o frequentaram.



A História da saúde e doenças na educação básica

A percepção sobre o conceito de saúde e doença é construído a partir da temporalidade, logo a doença precisa ser compreendida de acordo com as rupturas e permanências culturais de uma sociedade. Por isso é cada vez mais evidente como grupos sociais conceituam a doença de diversas formas, assim como dependendo do referencial entre o doente e o médico a experiência é diferente, o primeiro traz consigo a narrativa pessoal e o segundo as pretensões científicas com aspectos objetivos de alcançar o diagnóstico (PORTER, 2006, p. 74).

Desse modo, abordar a história da saúde e doença na educação básica mostra-se relevante no sentido de ampliar as relações entre presente e passado, bem como um caminho para que o discente perceba de que maneira a temática perpassa pelas dimensões do seu cotidiano, pois diante do contexto atual, da pandemia do coronavírus, é notável como a doença pode alterar as relações humanas, a cidade, a cultura, as práticas políticas e sociais no mundo.

A inserção da temática da Saúde e doença no espaço escolar pode ser pensada como tema transversal, oriundo do diálogo com os Parâmetros Curriculares Nacionais. Tendo em vista que tal

proposta surgiu na tentativa de tratar conteúdos que se aproximem do cotidiano dos discentes, para que esses possam inferir sobre a sua participação social, deveres e direitos que envolvem a própria construção sobre a ideia de cidadania e a necessidade de políticas públicas vigentes sobre a presença das doenças e o acesso e prevenção no âmbito da saúde. Pensar a corresponsabilidade humana no processo saúde/doença é indispensável para a construção da percepção de que a saúde coletiva está associada às formas de organização social em consonância com o biológico, mas acima de tudo pela determinação social (SCHALL, 2010, p. 182).

De acordo com Virgínia Schall é importante inserir no conteúdo escolar temas com relevância social para a comunidade. No âmbito da saúde/doença podemos inferir sobre as condições socioeconômicas e culturais, estabelecendo uma aproximação sobre o significado da ciência e seu papel para a manutenção da saúde e a superação de inúmeras doenças que vão surgindo ao longo do tempo, além de uma forma de problematizar sobre as condições que essa comunidade vive suas experiências nos seus respectivos bairros de moradia, destacando o acesso ou falta de acesso a saúde (SCHALL, 2010, p. 181).

Por sua vez, a presença da hanseníase hoje evidencia passados não resolvidos, com elementos de dramas recentes e definições inconclusas. Apesar de ser considerada uma doença curável na sociedade contemporânea, ainda são alarmantes os recorrentes casos da doença no Norte e Nordeste do Brasil, principalmente em bairros onde as condições de saneamento são precárias e a carência de informações sobre a doença ainda persistem, bem como o preconceito com o paciente. Aqueles que são diagnosticados de imediato por vezes abandonam o tratamento e voltam a transmitir a enfermidade para aqueles que possuem um contato de convivência diária.⁹

⁹ Dados fornecidos no evento “Hanseníase na Atenção Primária à Saúde” organizada pela Federação Internacional de Associação de Estudantes de Medicina (IFMSA-BRAZIL-UFPA), 2017.

Por ser uma doença contagiosa¹⁰, porém hoje com possibilidade de cura, ainda existe uma acentuada falta de informações sobre a hanseníase, logo compreendemos que pesquisas sobre a História da hanseníase podem gerar ações direcionadas aos discentes da Escola de Aplicação da UFPA contribuindo para fornecer narrativas a cerca do bairro, atualmente chamado Guamá, a partir das memórias que perpassam sobre o Asilo do Tucunduba e também instigá-los a repensar a ausência de informações diante da hanseníase e o processo de estigmatização que os portadores da doença carregam em seu cotidiano ao longo do tempo.

A história sociocultural da doença vem incorporando na narração do passado a memória e a voz daqueles que foram durante longos anos, simplesmente hansenianos. Essa por sua vez está interligada a ressentimentos em que temas sensíveis são postos a debate trazendo a história de hostilidade sofrida pelos excluídos. Pensar a história da lepra pelo viés dos sujeitos que adoeceram inclui perceber estruturas de poder, atitudes de grupos distintos e as relações do sujeito com o seu contexto social.

A partir do exposto buscamos por meio da produção de materiais didáticos, entre esses, cartilha, infográfico e jogo inserir a temática da hanseníase no espaço escolar, mas precisamente entre os alunos do 8º ano do Ensino Fundamental. Para tanto pensamos na realização de palestras, oficinas e visitas a espaços de pesquisa, com os discentes, a fim de coletar dados sobre a hanseníase nas primeiras décadas do século XX, na cidade de Belém, mas precisamente a respeito do Asilo do Tucunduba, já mencionado acima.¹¹

10 A contaminação ocorre por meio da bactéria, *Mycobacterium leprae*, também conhecida como bacilo de Hansen, devido tal descoberta ter sido realizada pelo norueguês Gerhard Henrick Armanuer Hansen em 1874. Segundo o guia para controle da hanseníase elaborado pelo Ministério da Saúde, trata-se de uma doença infecto-contagiosa com evolução gradual e que apresenta sintomas dermato-neurológicos, com lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés.

11 Devido ao quadro da pandemia as visitas, palestras e oficinas não ocorreram em 2020. Então o projeto destinou suas atividades para a produção de material didático para serem aplicados posteriormente.

Em todo caso, as atividades pensadas para os discentes teria a participação de uma equipe multidisciplinar que abordasse a doença sob o ponto de vista biológico e a lente da medicina em diálogo com a História social. Inicialmente atentando para a compreensão entre o corpo e a relação saúde/doença, pontuando os cuidados com a higiene pessoal, abordando como em diferentes temporalidades os hábitos e a mentalidade foram se modificando sobre a percepção da higiene. Para tratar em uma oficina inicial elaboramos uma cartilha, contendo indagações sobre a história da higiene e o que é uma doença, além de orientações gerais sobre os cuidados com o corpo e sua correlação com a saúde/doença. Segue abaixo algumas imagens da cartilha “O cuidado de si”¹²



12 A cartilha foi elaborada por: Calebe Ferreira, Cainan Melo, Elane C. Rodrigues Gomes, Mateus Cunha e Rebeca Junior Cardoso.

PELE



Epiderme
Derme
Hipoderme

A pele é a primeira linha de defesa do nosso corpo, mas se houver ferimento esta proteção fica comprometida permitindo a entrada de microrganismos que são nocivos para a saúde.

História da Higiene

Nossas atitudes em relação aos sentimentos, preocupações com a higiene corporal, parecem ser coisas tão naturais e permanentes em nossa civilização que chegamos a pensar que todo sempre foi tal como vemos hoje. Entretanto quando olhamos para o passado notamos que existiam muitos detalhes bem diferentes do que costumamos fazer hoje.

A Palavra higiene vem da mitologia grega a partir das narrativas de uma deusa conhecida como Hígia ou Hígia, filha de uma deusa da preservação da saúde. Hígia era filha de Asclápio (deus da medicina) e Epione (deusa calmante da dor), seu nome em Roma era Salus de onde vem a denominação "Saúde".



Deusa Hígia ou Hígia (filha de Asclápio/deus da medicina)

Fonte: <https://br.alamyphotos.com/stock-photo/8490348>



Se você quer um exemplar de *Antropologia: teoria e prática* (CP 2022) e terá mais informações sobre a História da Higiene? Caso não tenha acesso a este link: <https://www.compartilho.com.br/contato/pequena-historia-da-higiene-cp2022-24-pgns>



Fonte: "Cartilha O Cuidado de Si".

Resultados

A partir do cenário de Pandemia instaurado, as atividades e oficinas pensadas para serem realizadas no espaço da sala de aula precisaram ser remodeladas a fim de conseguir atender contexto de suspensão das aulas presenciais. Anteriormente, as produções de materiais didáticos seriam feitos pelos alunos acompanhados da professora e colaboradores; porém, estas produções tiveram que ser elaboradas pelos cooperantes a fim de levar adiante os estudos e a efetivação do projeto estabelecido na Escola de Aplicação.

Os materiais didáticos idealizados tem a função de informar, orientar e esclarecer as dúvidas e desconstruir preconceitos existentes em torno da Hanseníase através do ensino com uma linguagem acessível aos discentes. Até o presente momento, os integrantes conseguimos realizar a produções de uma cartilha (intitulada de "O cuidado de si") e de infográficos que têm o objetivo

de orientar sobre os cuidados necessários com o corpo e a higiene, como também, introduzir temáticas relacionadas com locais de memórias da Hanseníase no passado/presente da cidade de Belém.

A cartilha foi produzida de forma multidisciplinar que transita entre temáticas relacionadas à biologia, enfermagem e história. Visa informar sobre os principais cuidados com o corpo, higiene e proteção da pele, e também retratar sobre a história da saúde e das doenças. O material será utilizado como uma forma de iniciar o diálogo com os alunos a respeito da importância do cuidado sobre o corpo e a higiene, bem como, demonstrar como os costumes e cuidados com corpo mudaram ao longo do tempo.

Dessa maneira, o aluno participante não aprenderá não apenas sobre a Hanseníase e o seu passado na história, mas também como ocorre a transmissão do bacilo, tratamento, diagnóstico e prevenção. Pretendemos fazer com que os estudantes possam ter o maior esclarecimento a respeito da temática, pois acreditamos que eles podem se tornar difusores de informação e conhecimento para membros da família e pessoas do seu círculo social.

Os primeiro infográfico intitulado “*Lá no bairro do Guamá têm...*” teve a finalidade de identificar o espaço que o Asilo do Tucunduba foi instaurado entre 1815-1938 e destacar os principais pontos conhecidos do bairro do Guamá na atualidade (Cemitério Santa Izabel, Hospital Barros Barreto e Escola Estadual Frei Daniel) colocando em evidência que o Asilo do Tucunduba estava localizado na mesma área dessas referências. Dessa forma, permite com que os alunos tenham uma identificação da localização espacial e consigam compreender as mudanças que ocorreram dentro dessa região já que deixou de ser um bairro destinado para o isolamento de indivíduos acometidos pela Hanseníase e outras doenças e, hoje, tornou-se um dos bairros mais populosos da cidade de Belém.

Após a identificação do espaço que era instalado o Asilo do Tucunduba, o segundo infográfico aborda sobre como era organizada a sua infraestrutura a partir de um Croqui feito pelo o jornal católico “A Palavra”, em 1918. Como também, sobre o modo

de vida desses internos no Asilo a fim de que os discentes possam conhecer as precárias condições de sobrevivência do internos na época.

Interessante pontuar que neste infográfico retomamos as memórias de Frei Daniel Rossini Samarate, religioso que através da escrita do seu diário permitiu adentrar no cotidiano dos internos e nas experiências sociais trocadas entre si e para além do espaço físico do asilo, relatando festas, batizados, rebeliões e assassinatos no interior do leprosário.

Os infográficos permitem aos discentes uma introdução sobre a temática da história da hanseníase e a necessidade de conhecer um passado que deixou vestígios em seus espaços de moradias, ampliando seus conhecimentos sobre uma doença negligenciada e tão presente atualmente no bairro do Guamá.¹³ Assim como assegurar conhecimento e respaldo sobre a doença para que preconceitos historicamente construídos sejam revisitados e desconstruídos em relação à estigmatização sofrida pelas pessoas acometidas por hanseníase.

Referências:

CERTEAU, Michel de. *A Invenção do Cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 2013.

DIAS JÚNIOR, José do Espírito Santo. *Cultura Popular no Guamá: Um estudo sobre o boi bumbá e outras práticas culturais em um bairro de periferia de Belém*. Dissertação (Mestrado em História Social). Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

FARGE, Arlette. *Lugares para a História*. Trad. Fernando Scheibe. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*

¹³ De acordo com os dados do SINAM e do Relatório do Conselho de direitos humanos das Nações Unidas-Relatório da Relatora Especial (Alice Cruz) para a eliminação da discriminação contra pessoas afetadas pela hanseníase e seus familiares em sua visita ao Brasil em 2020 (Alice Cruz). Ver: FACTSHEET: Relatório da Relatora Especial Alice Cruz para o Conselho de Direitos Humanos, Junho de 2018 (A/HRC/38/42). Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Leprosy/fact_sheet_20-06-18_PT.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOMES, Elane Cristina Rodrigues. *A Lepra e a Letra: escrita e poder sobre a doença na cidade de Belém (1897-1924)*. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em História, Fortaleza, 2019.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar-editores, 1997.

LEJEUNE, Philippe. *O pacto autobiográfico: de Rousseau à internet*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

HENRIQUE, Marcio Couto. Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX). *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, dez., 2012.

HENRIQUE, Marcio Couto. Segregados, mas nem tanto: as experiências de isolamento compulsório de leprosos no Pará. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP/ Fundação Paulista Contra hanseníase, Intermeios, 2019.

MANCABÚ, Milanca. *Saúde e Saneamento: Doenças Causadas por Veiculação Hídrica nas Áreas Riacho Doce Pantanal em Belém/PA e Desafios da Intersetorialidade*. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Pará, 2013.

MATTOS, Debora Michels; FORNAZARI, Sandro Kobol. A lepra no Brasil: representação e práticas de poder. *Cadernos de ética e filosofia política*, n. 6, v. 1, 2005.

MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). *História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação*. São Paulo: LEER-USP/Fundação Paulista Contra hanseníase, Intermeios, 2019.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo [et. al.]. O indivíduo, a sociedade e a doença: contexto, representação social e alguns debates na história das doenças. *Khronos, Revista de História da Ciência*, n. 6, 2018. Disponível em: <http://revistas.usp.br/khronos>. Acesso em: 10 dez. 2018.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo [et. al.]. *Hanseníase: a voz dos que sofreram o isolamento compulsório*. Curitiba: Ed. UFPR, 2011.

OLINTO, Beatriz Anselmo. *Pontes e muralhas: diferença, lepra e tragédia no Paraná do início do século XX*. Guarapuava: Unicentro, 2007.

PAVÃO, Antônio Carlos. (Coord.) *Ciências: ensino fundamental*. Brasília: Ministério da Educação/Secretaria de Educação Básica, 2010. [Coleção Explorando o Ensino; v. 18].

PORTER, Roy. O que é a doença? In: PORTER, Roy. *História da Medicina*. Rio de

*Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)*

Janeiro: editora Revinter, 2006.

RICOEUR, Paul. *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

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

A infância na Era Vargas: Contribuições da LBA para a imagem da criança bem cuidada no Piauí

Francilene Teles da Silva Sousa¹

Joseanne Zingleara Soares Marinho²

Introdução

A parceria entre Estado e instituições filantrópicas, sendo a Legião Brasileira de Assistência (LBA) a maior delas, consolidou o amparo social no Brasil. A mobilização de milhares de mulheres que fizeram parte do voluntariado da LBA foi bem vista aos olhos do governo, uma vez que era uma cooperação abnegada e os resultados iriam promover o regime ditatorial (LIRA, 2017). Assim, com Comissões distribuídas por todo o território nacional a instituição conseguiu, em consonância com os ideais do governo ditatorial varguista, desenvolver ações assistenciais direcionadas, especialmente, para a proteção materno-infantil.

O governo de Vargas (1930-1945) possuía forte interesse pelo desenvolvimento de políticas sociais, mais especificamente, direcionadas a assistência à saúde da criança. Não surpreendentemente as crianças e os jovens foram frequentemente usados na propaganda do Estado Novo (LIRA, 2017). A ideia de construir uma proximidade com o povo a partir da imagem

1 Graduada em Licenciatura Plena em História pela UESPI. Especialista em Atendimento Educacional Especializado (AEE) pela FAEME. E-mail: francileneetelless@hotmail.com.

2 Doutora em História pela UFPR. Professora do Mestrado Profissional em Ensino de História PROFHISTÓRIA e da Graduação em História da UESPI. E-mail: joseannezsm@gmail.com.

da criança bem cuidada e representando o futuro de uma nação saudável oportunizou o crescimento de ações filantrópicas e assistenciais em torno da saúde da criança.

O principal objetivo de políticos, médicos e das instituições filantrópicas, era a diminuição da mortalidade infantil e, nesse sentido, a substituição de práticas curativas pela medicina científica representava o caminho mais certo a ser seguido. A LBA em parceria com outras instituições filantrópicas como a Casa da Criança, sediada na capital do Piauí, desenvolveu ações realizadas através de campanhas pedagógicas, cursos para as mães, atendimento médico, acompanhamento constante da criança, distribuição de alimentos seguindo as recomendações dos pediatras, vacinação (BARBOSA, 2017). Além disso, eram ofertados serviços no Lactário da instituição.

Levando em conta esse contexto, o trabalho objetiva analisar as ações da Legião Brasileira de Assistência (LBA) direcionada para a exposição da imagem da criança piauiense bem cuidada de acordo com os poderes públicos e os médicos. Para tanto, foi construída uma pesquisa bibliográfica, na qual a abordagem analítica permitiu a verificação dos fatos relatados nos estudos primários publicados em livros, teses e revistas. Além disso, foram utilizadas as fontes do jornal Diário Oficial do Piauí, especificamente do ano de 1942 ao ano de 1945.

Constatou-se que o período ditatorial foi marcado por uma política assistencial emergente direcionada aos pobres e utilizando-se da imagem da criança para promover o Novo Regime. A grande preocupação do governo varguista era construir um país desenvolvido, no qual o patriotismo era imperativo e a infância era a porta de entrada para a construção de uma população saudável e amistosa. No Piauí, as ações direcionadas à maternagem e à criança foram executadas graças ao voluntariado feminino reunido pela Comissão Estadual da LBA, a atuação substancial de médicos especialistas e do empresariado.

Assistencialismo: contribuições da Legião Brasileira de Assistência para a infância pobre e desvalida

Fundada em 28 de agosto de 1942, ao mesmo tempo em que Getúlio Vargas anunciava a entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial, a LBA configurou-se como principal instituição filantrópica dedicada ao desenvolvimento das políticas de assistência, propondo-se não demoradamente a atender a infância pobre e desvalida (MARTINS, 2011). A instituição foi criada dentro de um contexto de controle governamental, no qual as práticas assistenciais deveriam está de acordo com os ideais defendidos pelo governo ditatorial (SILVA, 2003). Além disso, era composta majoritariamente por mulheres que, com exceção da diretoria, não ocupavam cargos administrativos (SIMILI, 2008).

A instituição presidida por Darcy Vargas possuía sede no Rio de Janeiro e começou a funcionar em 15 de outubro do mesmo ano, após elaboração do seu Estatuto, sistematização de suas ações e formas de parcerias (SOUSA, 2021). A LBA espalhou-se pelos estados brasileiros sob a direção das esposas dos interventores federais e tornou-se parceira do Governo Federal, atuando nos programas de proteção à maternidade e à infância, de acordo com as políticas criadas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr) (MENESES, 2021).

Durante o governo Vargas ações assistenciais voltadas para a maternidade e a infância tornaram-se assunto de interesse público, inclusive no Piauí (SOUSA; MARINHO, 2021). Para manter a mesma estrutura da Comissão Central da LBA nos demais Estados Darcy convocou mulheres influentes na sociedade brasileira, bem como solicitou que todas as primeiras-damas dos estados brasileiros atuassem como voluntárias à frente das Comissões Estaduais espalhadas pelo país (SILVA, 2018).

O ideário do governo girava em torno da construção de um país, no qual a resolução dos problemas sociais seria foco de suas ações. As políticas de saúde direcionadas para a infância foram emergentes e bastante intervencionistas (FONSECA,

1993). Assim, as políticas direcionadas aos brasileirinhos tinham cunho assistencialista e significavam uma oportunidade para o desenvolvimento nacional (SILVA, 2003).

A preocupação com a infância passou a ter seu interesse fortalecido, a partir da mensagem de Natal do Presidente Vargas, divulgada nacionalmente em 1939. Na mensagem ele afirmava que o desenvolvimento do país dependia imperiosamente da colaboração de todos os brasileiros para que as crianças pudessem ser amparadas nas áreas da saúde, educação e do desenvolvimento social (SEMANA da Criança, 1943).

Nessa direção, o Estado passou a preocupar-se com ações assistenciais voltadas para o socorro dos brasileiros em relação à fome e a miséria. Além disso, passou-se a considerar a formação do indivíduo como cidadão trabalhador desde a infância e, por essa razão, investir para que a criança fosse saudável e disciplinada era essencial (SOUSA; MARINHO, 2021).

A assistência à infância, então, passou a ser um dever de todos os brasileiros, uma vez que, era considerada como uma riqueza potencial do país. Nesse propósito instituições e associações filantrópicas espalhadas por todo território nacional, durante as primeiras décadas do século XX, passaram a voltar suas ações para a infância, assim, criou-se “um propósito comum: ‘salvar a criança’ para transformar o Brasil.” (RIZZINI, 2008, p. 27).

Durante a era Vargas a LBA direcionava uma atenção especial à infância procurando promover na sociedade a consciência da importância da criança sadia e disciplinada como um elemento importante para o desenvolvimento da pátria (SOUSA; MARINHO, 2021). A instituição possuía uma rede de colaboradores que unia a participação dos brasileiros e a articulação dos poderes públicos e privados (BARBOSA, 2017).

A divulgação da imagem do presidente associada às ações assistenciais ligadas às crianças era corriqueira, como a Imagem 1 exposta abaixo:



Imagem 1: O Presidente com uma criança no colo durante a Semana da Criança de 1944.
Fonte: Diário Oficial (1944 *Apud* MARINHO, 2008).

A criança exposta na fotografia era robusta e representava a concretização da criança bem cuidada assistida pelas políticas públicas voltadas para a infância. Essa imagem de Vargas como o Salvador do Brasil era construída com o auxílio do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP). Assim, o presidente deveria demonstrar ao povo que era amigo dos brasileirinhos e preocupava-se com a concretização das ações assistenciais desenvolvidas por todo território nacional.

O período ditatorial foi caracterizado por uma política assistencial emergente, direcionada aos pobres e desvalidos. Nesse sentido, o desenvolvimento de um país composto por uma população saudável, a começar pelas crianças, era uma das grandes preocupações do governo ditatorial, que buscava promover-se através das ações filantrópicas, como, as destinadas à maternagem e à criança (SOUSA; MARINHO, 2021).

A infância desvalida: o assistencialismo promovido pela LBA em parceria com o Governo e médicos piauienses

As preocupações em torno da mortalidade infantil, da delinquência, da educação, da alimentação inadequada, ou falta dela, e do abandono eram frequentes. Logo, “cuidar da infância

passou a significar uma intenção que transcendia o campo das relações familiares e da caridade, para corresponder a uma forma de garantir a paz social e o desenvolvimento” (MARINHO, 2017, p. 109). Além disso, a colaboração dos brasileiros era exaltada nacionalmente, pois dela dependiam as ações assistenciais (SOUSA; MARINHO, 2021).

A filantropia, notadamente, a partir do século XX, passou a ser um gesto de utilidade e ganhou força com a publicidade dada as ações das diversas instituições e, através disso, promoviam-se, sobretudo, os poderes público e privado (SANGLARD, 2003). Além disso, era convocada toda a sociedade a fazer parte das ações filantrópicas direcionadas aos desfavorecidos, especialmente, mães e filhos pobres.

A filantropia como prática para o enfrentamento da pobreza e da mortalidade infantil passou a ter a atuação dos poderes público e privado, bem como dos médicos. A nova política assistencialista incorporada pelos brasileiros era uma garantia para que as mães pudessem gestar, dar à luz e cuidar dos seus filhos, fazendo perpetuar uma infância, na qual as crianças fossem saudáveis e robustas (LEGIÃO, 1944).

A mortalidade infantil alcançava índices elevados fazendo com que a condição dos brasileirinhos implicasse em um problema nacional. A fragilidade da infância e a preocupação dos médicos a respeito da necessidade de um atendimento específico para essa fase da vida trouxeram para a medicina o desafio de construir uma abordagem destinada, especificamente, à criança (MORAES, 2014).

A proximidade entre mães e médicos foi construída através dos discursos sobre a alimentação das crianças. Nos discursos, médicos pediatras evidenciavam a preocupação com qualidade da alimentação, uma vez que as doenças gastrointestinais eram uma das causas das elevadas taxas de mortalidade infantil (MORAES, 2014). Para os médicos especialistas as mudanças relativas à alimentação deveriam ser orientadas pelo profissional especializado e a mãe caberia o papel de seguir as recomendações.

Desse modo, eram comuns anúncios publicados no Diário Oficial com as seguintes mensagens “Não há saúde perfeita sem alimentação escolhida e variada. Em qualquer regime é indispensável o uso de frutas cruas e legumes frescos. Como laranja, banana, mamão, abacate, manga, espinafre, couve bertalha, chicorea, tomate e cenoura” (SALADA de saúde, 1943, p. 6); ou “O uso diário de frutas legumes, leite e ovos, dá saúde e vigor, sobretudo combinado ao banho frio, depois de exercícios ao ar livre e ao sol” (RESUMO da saúde, 1943, p. 6).

As mensagens exaltavam a necessidade de uma alimentação rica em frutas, legumes, leite e derivados exemplificando os alimentos que deveriam ser obrigatoriamente consumidos, para que todos da família pudessem gozar de boa saúde. Os alimentos colocados teriam que aproximar-se da realidade local, portanto, os gêneros alimentícios expostos eram facilmente encontrados ou cultivados pela população local. Além disso, as propagandas em torno da criança saudável e feliz eram parte das publicações, conforme imagem a seguir:



Imagem 2: Propaganda do refrigerador Westing-House. Fonte: Diário Oficial (1942).

Era disseminada ainda, por meio de propagandas, a importância de manter os alimentos guardados corretamente para que todos permanecessem saudáveis. Propagandas mostrando o refrigerador com frutas, verdura, legumes, leite e derivados, por exemplo, eram expostas para divulgar a imagem que deveria ser retrata nos lares para que os membros da família tivessem conforto garantido. Nota-se ainda a presença da criança robusta e feliz ao lado do eletrodoméstico, pois essa era a imagem esperada pelo o Governo, instituições filantrópicas e médicos especialistas.

Conforme o ideário da época, a causa das enfermidades que assolavam a infância era a alimentação inadequada, pois causava distúrbios intestinais. Logo, a higiene e a puericultura eram a ponte que libertaria as crianças desses males, pois indicavam as regras para uma alimentação saudável e adequada (OLIVEIRA, 2015). Para isso as mães deveriam reproduzir o que aprendiam nos cursos e instituições que realizavam esse trabalho, para que, em colaboração com os médicos propagassem as noções de higiene infantil e, se bem orientadas, seus filhos cresceriam fortes e belos.

Outro fator que se destacava nas propagandas era a robustez da criança. Sendo considerada como um efeito dos benefícios promovidos na infância da criança bem cuidada. As propagandas salientavam a robustez como um efeito das melhorias promovidas na saúde ao desenvolvimento físico dos pequeninos e no combate às doenças que eram comuns na primeira infância (OLIVEIRA, 2015). As publicações com maior destaque dizem respeito à Emulsão de Scott, de acordo com a Imagem 3:



Imagem 3: Propaganda da Emulsão Scott. Fonte: O Piauhy (1930). (EMULSÃO de Scott, 1930).

A intenção das propagandas era aumentar a procura pelos produtos e promovê-los como medicamentos essenciais para a manutenção da saúde das crianças, melhoria do apetite e aumentar o desempenho das crianças durante as brincadeiras. Além disso, o tônico era comumente recomendado pelos médicos da época aumentando ainda mais a credibilidade e a confiança da população a respeito do produto.

No Piauí, o Interventor Federal Leônidas Mello comprou um terreno na capital Teresina, para que fosse construída a Casa da Criança. A instituição era responsável por ajudar a Comissão Estadual da LBA, liderada pela esposa do Interventor, Maria do Carmo Mello, a desenvolver ações voltadas para o amparo e proteção da saúde materno-infantil (MARINHO, 2017).

A instituição era composta por dois andares: o térreo era constituído por um ambulatório de puericultura e pediatria, um consultório para exames de pré-natal, uma sala para exame infantil, uma sala para procedimentos simples, um setor de esterilização, um lactário e um refeitório; já no primeiro andar funcionava a creche e o jardim de infância, sendo destinado, portanto, a permanência das crianças (CONSTRUÇÃO, 1943).



Imagem 4: Distribuição de Mamadeiras Realizada na Casa da Criança. Fonte: Diário Oficial (1943).

Na imagem 4, representada acima, está Maria do Carmo Mello que, na ocasião distribuiu às crianças carentes da capital cerca de 300 mamadeiras. Os itens seriam destinados às crianças atendidas pelo lactário da Casa da Criança. Salienta-se que este foi o primeiro a funcionar em Teresina (MARINHO, 2017).

As ações desenvolvidas no lactário eram direcionadas ao combate a desnutrição, tida como uma das principais causas da mortalidade infantil no Piauí. Era mantido pela LBA e pelos governos estadual e municipal, bem como pela iniciativa privada, através de doações. Sob a direção da voluntária Zoraima Rodrigues, o lactário atendia diarimanete mais de 250 crianças. Desse modo, era prescrito o regime alimentar para as crianças e realizadas aproximadamente 550 refeições diárias (LEGIÃO, 1944).

Outra maneira encontrada para promover a imagem da criança bem cuidada era a Semana da Criança, evento anual desde sua instituição em outubro de 1934. O evento ajudava a disseminar a importância e o cuidado necessário para com as crianças. A realização da Semana era fruto da ação conjunta entre a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância e do Ministério da Educação e Saúde, sob a direção do Prof. Olinto de Oliveira (OLIVEIRA, 2015).

Questões a respeito das doenças e da mortalidade infantil também eram discutidas. Durante a Semana realizada em 1943, em Teresina, a publicação do Diário Oficial deixava claro que “em Teresina, em 1942, falecem só de diarreia e enterite abaixo de 2 anos 266 crianças. Aí, não estão computados os óbitos infantis decorrentes de outras causas, tendo sido 990 o obituário geral” (A CRIANÇA, 1943, p. 4).

A mortalidade infantil era uma preocupação no âmbito nacional, visto que manter as crianças saudáveis representava um forte ideário de nação desenvolvida e feliz, além de ser uma preocupação do governo Vargas. Exemplificando essa preocupação, a palestra realizada pelo Dr. Anastácio Ribeiro Madeira Campos destacava o cuidar da criança como um ato, sobretudo divino, referindo-se a Jesus Cristo para conferir credibilidade a sua argumentatividade (PALESTRA, 1945).

O médico deixava clara a intenção do Estado em continuar a promover ações assistenciais para a infância, contudo, era preciso que outras instituições também participassem. Era preciso a intervenção de todos para que as crianças continuassem a ser beneficiadas. Reafirmava-se a necessidade da implantação de uma política de saúde no Brasil, que foi fundamentada no nacionalismo e no paternalismo (FREIRE, 2012).

A proteção à infância deveria se embasar em exercício adequado de práticas de maternagem, informadas metodicamente por preceitos científicos. A imprensa piauiense destacava a ausência de cuidados destinados às crianças e atribuía às mães o papel de zelar e garantir aos filhos melhores condições de saúde. Destacava-se que as mães deveriam ser instruídas de acordo com os preceitos ditados pela higiene e pela puericultura (OLIVEIRA, 2015). Os conhecimentos relativos a essas matérias iriam reduzir as doenças e, conseqüentemente, a mortalidade infantil.

Conforme as políticas de assistência à saúde materno-infantil expandiam-se, o Estado precisa alavancar os serviços médicos ofertados de modo que, em 1944, o Interventor relatou por meio de

relatório ao chefe nacional que o Piauí contava com três Distritos Sanitários, tendo como sedes as cidades de Teresina, Parnaíba e Floriano. Os distritos foram distribuídos estrategicamente no centro, norte e sul do Piauí. Além disso, o Estado possuía quatorze Postos de Higiene, localizados nas cidades de Campo Maior, Barras, União, José de Freitas, Berlangas, Amarante, Luzilândia, Piripiri, Piracuruca, Pedro II, Oeiras, Picos, São João do Piauí e Bom Jesus (RELATÓRIO, 1944).

A difusão de noções de higiene e de puericultura, de acordo com a medicina especializada, era realizada por médicos que conseguiam uma proximidade com as mães através do discurso sobre a importância da alimentação de qualidade. Com isso as práticas de maternagem ganharam um suporte científico. O controle dos dados permitia o acompanhamento do número de crianças atendidas. Para que as atividades desenvolvidas pelo Centro de Saúde obtivessem êxito, a parceria com as mães era fundamental. Assim, a conscientização quanto à importância da imunização e do acompanhamento dos filhos nos meses solicitados pelos médicos deveria ocorrer.

Os postos de saúde distribuídos por todo o Estado enviavam, por meio de relatórios, os dados referentes a quantidades de pessoas atendidas, separados por sexo, idade e por tipo de atendimento recebido. Garantir que o governo tivesse acesso direto aos dados dos postos de higiene e dos três distritos de saúde era uma obrigatoriedade. Ademais, evidencia-se que a localização de cada unidade de saúde era definida diante da facilidade de acesso, bem como pelas características especificadas através da classificação das doenças (MARINHO, 2018).

O trabalho realizado era “padronizado por intermédio de uma fórmula de relatório mensal, baseada em outra de registro diário de atividades, de maneira a possibilitar a comparação da produção de cada unidade e o cômputo de todas, nos próximos anos” (RELATÓRIO, 1944, p. 11). A sistematização obrigatória focava no monitoramento da evolução da quantidade de pessoas assistidas.

Considerações Finais

As iniciativas assistencialistas dos poderes público e privado, junto aos médicos e a LBA, estavam direcionadas para a promoção da infância saudável e seguiam uma orientação nacional, pois se tratava de um regime ditatorial. No Piauí, especificamente, as ações públicas voltadas para os serviços de saúde dedicados a saúde materno-infantil contavam com o apoio também de outras instituições filantrópicas, como, a Casa da Criança.

As altas taxas de mortalidade infantil impulsionaram a elaboração de um sistema de saúde centralizado, no qual os serviços eram padronizados por todo o Estado através dos Centros e Postos de Saúde distribuídos estrategicamente. A infância passou a ser vista pelo governo como um subsídio para que o regime ditatorial pudesse ser legitimado, assim, passou a ser implantada na sociedade a necessidade de que todos participassem das ações voltadas para a promoção da saúde infantil.

A necessidade de um atendimento especializado para essa fase da vida demandou a oferta de médicos pediatras e profissionais especializados em áreas da saúde pública que pudessem contribuir para a diminuição da proliferação das doenças que acarretavam elevados índices de mortalidade infantil. Além disso, os médicos, especialmente pediatras, passaram a ter uma relação mais próxima com as mães das crianças para que pudessem ser realizados trabalhos de acompanhamento e tratamentos em torno da alimentação e do cuidado para que os índices de mortalidade caíssem.

A Casa da Criança, por sua vez, atuava junto a Comissão Estadual da LBA, em Teresina, no enfrentamento da pobreza e na promoção de ações voltadas para a saúde materno-infantil. A parceria entre Estado e instituições filantrópicas constituiu-se numa importante estratégia para que os planos do governo de construir uma nação saudável, na qual a criança representava o futuro do país, fosse colocado em prática.

Os serviços de saúde foram desenvolvidos, majoritariamente, por instituições filantrópicas, através de parcerias entre o poder

público, a iniciativa privada e o voluntariado. Eram realizados programas de aperfeiçoamento, cursos, divulgação de informações ligadas ao tema por meio da imprensa local e nacional. Essas políticas ocorreram sob forte atuação da LBA que articulou ações assistenciais e campanhas de caráter filantrópico tendo com alvo a maternidade e a infância.

As campanhas realizadas com incentivo do Estado e de médicos puericultores influenciaram o modo de maternar e o cuidar da criança. A busca pela diminuição da mortalidade infantil e pela melhoria da qualidade de vida fez surgir a emergência da criação de instituições voltadas para a saúde materno-infantil. O atendimento a mulheres e crianças era prestado em lactários, postos de puericultura, centros de saúde, ambulatórios localizados em solo piauiense. Ressalta-se que essa política tinha caráter nacional, na qual o Estado autoritário persuadia a sociedade civil a atuar em prol do desenvolvimento da nação através do voluntariado.

Referências

A CRIANÇA – problema básico. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 127, p. 3-5, 16 out. 1943.

AGÊNCIA MORAIS E CIA. *Diário Oficial*, Teresina, a. XII, n. 7, p. 12, 9 jan 1942.

BARBOSA, Michele Tupich. *Legião Brasileira de Assistência (LBA): o protagonismo feminino nas políticas de assistência em tempos de guerra (1942-1946)*. Dissertação (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

CASA da Criança. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 148, p. 1, 2 dez. 1943.

CONSTRUÇÃO da Casa da Criança. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 115, p. 1, 18 set. 1943.

EMULSÃO de Scott. *O Piauí*, Teresina, a. 39, n. 56, p. 4, 4 out. 1930.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 99-116, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/1993.v3n2/97-116/pt>. Acesso em: 02 set. 2020.

FREIRE, Maria Martha Luna de. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

CARDOSO, Elizangela Barbosa. Em defesa da pátria: proteção social, infância e maternidade no Estado Novo. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, v. 4, n. 8, p. 403, dez., 2012.

LEGIÃO Brasileira de Assistência: Casa da Criança. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIV, n. 35, p. 12, 23 mar. 1944.

LIRA, Clarisse Helena Santiago. *O Piauí em Tempos de Segunda Guerra: mobilização local e as experiências do contingente piauiense da FEB*. Jundiá: paco editorial, 2017.

MARINHO, Joseane Zingleara Soares. *Entre letras e bordados: o tecer das tramas na história das normalistas em Teresina (1930-1949)*. Dissertação (Mestrado em História do Brasil). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2008.

MARINHO, Joseane Zingleara Soares. “Manter sadia a Criança Sã”: As políticas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

MARINHO, Joseane Zingleara Soares. “Manter sadia a Criança Sã”: As políticas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. Jundiá: Paco editorial, 2018.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Gênero e assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 18, p. 15-34, dez. 2011.

MENESES, Livia Suelen Sousa Moraes. A Legião Brasileira de Assistência, o voluntariado feminino e a saúde materna e infantil no Piauí na década de 1940. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE GÊNERO, PRÁTICAS E EPISTEMOLOGIAS: ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS. *Anais...* MARINHO, Joseane Zingleara Soares; FONTINELES FILHO, Pedro Pio. (org.). Teresina: FUESPI, 2021, p. 172-187. Disponível em: <https://editora.uespi.br/index.php/editora/catalog/download/45/34/231-1?inline=1>. Acesso em: 1 set. 2021.

MORAES, Livia Suelen Sousa. *Saúde materno-infantil, mulheres e médicos em Teresina (1930-1950)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2014.

OLIVEIRA, Vilma da Silva Mesquita. Os discursos sobre a educação e higienização das crianças nos jornais impressos do Piauí (1930-1960). *Revista Eletrônica de Educação*, v. 9, n. 3, p. 93-110, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86555/198905.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Acesso em: 01 set. 2021

PALESTRA do Dr. Anastácio Ribeiro Madeira Campos, a 15 deste, ao microfone do alto-falante da Praça Rio Branco. *Diário Oficial*, Teresina, a. 15, n. 128, p. 6, 20 out. 1945.

RELATÓRIO Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, D. D. Presidente da República, pelo interventor federal do Estado, Dr. Leônidas de Castro Melo. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIV, n. 144, p. 11, 23 nov. 1944.

RESUMO da Saúde. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 1, p.6, 2 de jan de 1943.

RIZZINI, Irene. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil*. 2 ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008.

SALADA de Saúde. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 7, p. 6, 2 jan. 1943.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1095-1098, set./dez. 2003.

SEMANA da Criança. *Diário Oficial*, Teresina, a. XIII, n. 125, p. 1, 12 out. 1943.

SIMILI, Ivana Guilherme. *Mulher e Política: a trajetória da primeira-dama Darcy Vargas (1930-1945)*. São Paulo: Editora UNESP, 2008.

SILVA, Ana Claudia da. *As Concepções de Criança e Infância na Formação dos Professores Catarinenses nos anos de 1930 e 1940*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SOUSA, Francilene Teles da Silva. *A Legião Brasileira De Assistência - LBA e as ações de assistência à pobreza em Teresina (1942-1945)*. Monografia (Graduação em História). Universidade Estadual do Piauí, Teresina, 2021.

SOUSA, Francilene Teles da Silva; MARINHO, Joseane Zingleara Soares. A Comissão Estadual Da Legião Brasileira De Assistência (LBA) e a assistência à saúde infantil no Piauí (1942-1945). In: *Pluralidade de temas e aportes teórico-metodológicos na pesquisa em história 4*. ANTUNES, Aline Ferreira (org.). Ponta Grossa, Atena, 2021. Disponível em: <https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoP/DF/49493>. Acesso em: 1 set. 2021.

SOUSA, Francilene Teles da Silva; MATOS, Francisco Alex da Silva; MARINHO, Joseane Zingleara Soares. A Legião Brasileira de Assistência (Lba) e a Casa da Criança no auxílio à saúde materno-infantil no Piauí (1942-1945). CONGRESSO INTERNACIONAL DE GÊNERO, PRÁTICAS E EPISTEMOLOGIAS: ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS. *Anais...* MARINHO, Joseane Zingleara Soares; FONTINELES FILHO, Pedro Pio (org.). Teresina: FUESPI, 2021, p. 154-171. Disponível em: <https://editora.uespi.br/index.php/editora/catalog/download/45/34/231-1?inline=1>. Acesso em: 1 set. 2021.

O Asylo Sant'ana: entre discursos e reinvidicações surge um novo espaço para a loucura na Parahyba oitocentista (1858-1892)

Gerlane Farias Alves¹

Introdução

Até a segunda metade do século XIX, a Província da Parahyba do Norte² ainda não dispunha de um lugar próprio para abrigar alienados. Por conta disso, era comum que estas pessoas vagassem pelas ruas sem direção, fossem encarcerados nas prisões quando apresentavam comportamentos violentos que pudessem por em risco a vida dos demais cidadãos ou fossem enviados para o Hospital de Caridade mantido pela Santa Casa de Misericórdia da Parahyba quando sua família não apresentava possibilidade financeira de cuidar deles.

Por sua vez, os relatórios de provedoria narram as dificuldades em se manter esse tipo de doente no Hospital de Caridade, pois além de não possuírem espaço adequado para eles, estes pacientes acabavam por destruir os cômodos do hospital em seus acessos de loucura, além de tirar a tranquilidade da instituição e das casas que ficavam em volta com seus gritos e lamentos.

1 PPGH/UFPB. E-mail: g-lane@hotmail.com

2 Durante o texto, o leitor irá encontrar as nomenclaturas “Província da Parahyba do Norte” e “Cidade da Parahyba”. Esclareço aqui que Província da Parahyba do Norte (topônimo utilizado até o início do século XX) designa o atual Estado da Paraíba. Já o termo Cidade da Parahyba se refere à sua atual capital, João Pessoa, que ganhou esse nome em 1930 devido à homenagem póstuma prestada a seu presidente de Província, assassinado em Recife.

Em virtude desse problema que despertava, muitas vezes, críticas aos dirigentes da província por parte da população e trazia insatisfação aos dirigentes da Santa Casa por não poder negar o acolhimento a esse tipo de doente no Hospital de Caridade, o qual os mesmos alegavam não ter condição de fazê-lo (além de outros problemas que faziam parte do contexto social em que a Parahyba vivia), no final do século XIX acirraram-se os debates em torno da construção de um local adequado para o atendimento dos alienados longe do centro da capital e dos olhos da sociedade paraibana.

O local escolhido passa a ser uma região afastada, um sítio doado a Santa Casa de Misericórdia em um local conhecido como Cruz do Peixe³, onde já existira um Colégio de Educando Artífices⁴, e que ainda abrigava uma enfermaria/hospital⁵ para variolosos e um cemitério para o enterramento de pessoas acometidas de doenças contagiosas oriundas dessa enfermaria, evitando assim que se cruzasse a cidade com os temidos corpos.

Portanto, o presente trabalho tem como objetivo analisar o surgimento do Asilo Sant'Ana na região da Cruz do Peixe levando em conta as condições sanitárias do local e o espaço reservado para o acolhimento dos novos moradores, problematizando

3 O Sítio da Cruz do Peixe é uma área de João Pessoa onde atualmente fica localizado o Hospital Santa Isabel, construído em 1914. Segundo a história popular do local, o nome Cruz do Peixe teria surgido por ocasião de naquela localidade funcionar o ponto de encontro dos “pombeiros” (atravessadores) que ficavam em Tambaú onde hoje é a feira do peixe. Estes vendedores desciam as ruas com a mercadoria pendurados nos “calãos” (hastes de madeira) onde prendiam dois balaios para oferece-la à burguesia e à aristocracia que residia nas ruas Nova (atual General Osório), Direita (atual Duque de Caxias) e da Areia, que à época se chamava Barão da Passagem. Cf. CULTURA POPULAR. Disponível em: culturapopular2.blogspot.com/2010/03/origens-e-apelidos-de-alguns.html. Acesso em: 20 dez. 2017.

4 O colégio dos Educando Artífices foi uma instituição de caráter profissionalizante criada em 1865 na cidade da Parahyba nos arrabaldes do Sítio da Cruz do Peixe, sendo inaugurado em 1865, durante o Governo de Silvinio Elvídio Carneiro da Cunha, e extinto em 1875, por conta do corte de despesas. Tinha como objetivo promover a instrução da população pobre oferecendo, além do abrigo e do ensino das primeiras letras, uma formação para o trabalho com a perspectiva de moralização dos “homens pobres e desvalidos” Ferreira; Bezerra; Kulesza, (2008). Ver também: Santos (2015).

5 A enfermaria, também chamada de hospital Sant'Ana anos mais tarde, funcionava de forma provisória para atender as epidemias que surgiam de forma transitória na província, principalmente a varíola.

os discursos dos dirigentes que defendiam sua criação e as reivindicações por um melhor tratamento dado aos pacientes alienados.

Para isso, são utilizados trabalhos que abarcam o tratamento dado aos alienados na Parahyba durante a segunda metade do século XIX e os relatórios de provedoria da Santa Casa para entender o contexto do surgimento do Asilo Sant'Ana em solo paraibano, os discursos sobre o destino e tratamento que deveriam ser dados a esses pacientes e as reivindicações pelo controle do novo espaço dentro de um contexto social, político e médico-hospitalar nas décadas finais do século XIX na Parahyba.

O acolhimento de alienados pelo hospital de caridade da Santa Casa de Misericórdia

O Hospital de Caridade, cujo nome oficial é Hospital de Santa Isabel, mantido pela Santa Casa de Misericórdia da Parahyba era o responsável pelo atendimento aos desvalidos da província. Segundo Wilson Seixas, antes da construção do Hospital o atendimento aos doentes e pobres, operários e soldados era feito em casas particulares, onde os irmãos da Misericórdia levavam o lenitivo à dor, o pouso, o pão, roupa e os remédios nas pequenas choupanas que habitavam (SEIXAS, 1987, p. 65).

Apesar de não ser possível precisar a data de construção do Hospital de Caridade, a referência mais antiga que se encontra a respeito está impressa no relatório apresentado pelo provedor da Santa Casa, Antônio José dos Foyos, à Mesa Administrativa, no qual expõe com fidelidade a lastimável ocorrência e a situação de miséria em que se encontrava o referido Hospital, cujo prédio fora totalmente destruído na invasão holandesa ocorrida no Nordeste durante o século XVII (SEIXAS, 1987, p. 67).

Após a reconstrução em seu local de origem (por trás da Igreja da Misericórdia, no centro da cidade) na segunda metade do século XVIII, o Hospital de Caridade continuou a prestar o atendimento médico aos habitantes da Província e com o passar

dos anos, passou por várias pequenas reformas com o objetivo de tentar melhorar as acomodações do prédio e de torná-lo mais higiênico e livre de doenças contagiosas. O relatório de provedoria de 1858 assinado pelo Provedor Francisco de Assis Pereira Rocha, por exemplo, relata que no ano anterior o Hospital de Caridade da Parahyba havia sofrido uma pequena reforma que possibilitou a ampliação da enfermaria feminina no primeiro andar abrindo novas vagas para os alienados mantidos no térreo do edifício.

Segundo Rocha, para realizar a reforma, havia sido firmado um contrato entre a Santa Casa e o senhor Francisco Soares da Silva, encarregado dos reparos, em 9 de fevereiro de 1857. Um dos termos definia que, tanto a obra do Hospital como outras descritas dentro do mesmo acordo deveriam durar no máximo oito meses, com a previsão de ser paga a quantia de 100\$000 como multa por cada mês de atraso da obra. Mesmo assim, a reforma só veio a ter fim cinco meses depois do prazo estabelecido.

A reforma possibilitou um melhor atendimento aos pacientes e no final do ano de 1859 o Hospital de Caridade recebeu a visita do Imperador D. Pedro II que estava de passagem pela Parahyba. Com a chegada do imperador às terras paraibanas, uma multidão se formou em frente à Igreja da Misericórdia e em seu entorno. O imperador, após passar pela capela de São Salvador, dentro da igreja para “render graças ao todo poderoso”, seguiu para o Hospital ao lado. Subindo ao prédio, teve acesso às enfermarias e repartimentos, que notou possuírem pequenas dimensões. O relatório mostra que internados naquelas dependências existiam apenas duas pobres enfermas, que “enlevadas durante a visitação imperial, não sentirão seus sofrimentos (padecimentos) e também erão felises” (ROCHA, 1860, p. 1).

A visitação da majestade imperial acabou com a promessa de um donativo que seria deixado para a instituição com instruções precisas de ajudar na ampliação das enfermarias. O provedor ficaria então incumbido de realizar “tão grande missão” que seria atender à vontade do imperador. Dois dias depois, a Santa Casa receberia

também a visita da imperatriz pela manhã. Esta não chegou a visitar as enfermarias do Hospital “por ser já tarde e andar a pé” (ROCHA, 1860, p. 2).

A visita do imperador no ano seguinte à reforma realizada em 1858 e seu comentário sobre as “acanhadas dimensões do edifício” demonstram que este ainda não atendia satisfatoriamente às necessidades da instituição para prestar os devidos serviços hospitalares à população. O mesmo relatório ressalta ainda as melhorias trazidas por essa reforma aos alienados. Segundo o provedor:

fizerão-se no salão inferior correspondente a consinha dois quartos seguros para loucos. Esta obra era urgente e seu adiamento prejudicial e [anti-economico] porque os alienados soltos e mal seguros, como estavam, causavão, frequentes destruições estando por isso inutilizados os repartimentos do pavimento térreo. Felizmente depois de promptos os quartos não entraram para o hospital alienado furioso, tendo elles até hoje servido para acomodação de doentes de outras moléstias (ROCHA, 1860, p. 2).

O relatório ainda mostra a dimensão dos atendimentos realizados pelo Hospital de Caridade da Santa Casa entre os anos de 1857 e 1859. Segundo seus dados, do dia 1º de julho de 1857 ao último dia de junho de 1858 foram tratados 94 doentes; de 1º de julho de 1858 ao último de junho de 1859 foram tratados 225 doentes; e de 1º de julho de 1859 ao último de julho de 1860 foram tratados 261 doentes, dando a ideia do progressivo aumento ocorrido no Hospital com a reforma. O provedor ainda analisa que a mortalidade no ano de 1859 foi de 13%, sendo então muito inferior a mortalidade de julho de 1857 a junho de 1858, que foi de 23%, e muito pouco [inferior] à de julho de 1858 a junho de 1859, que foi de 12% 80.

Infelizmente, estes documentos não trazem informações sobre a identidade de tais pacientes, impossibilitando identificar entre os mortos, a existência de alienados. O que sabemos é que estes eram colocados dentro do Hospital de Caridade, separados dos outros doentes, isolados num cômodo, o que causava grandes

problemas ao atendimento, por conta de seu “estado mental, que nem sempre era pacífico” (NEVES, 1875, p. 2).

O problema do espaço reservado aos alienados dentro do Hospital de Caridade ainda iria se estender por muitos anos. É comum observar, na fala dos provedores que se sucederam na administração da Santa Casa, durante toda a segunda metade do século XIX, a preocupação com o tratamento dado a esse tipo de doente nas dependências do Hospital. O provedor Pe. Lindolfo José Corrêa das Neves, por exemplo, lembra de um triste episódio ocorrido no Hospital em 1862. Segundo ele:

ainda não há muito, senres, com horror volo recordo, um medico pedio, e obteve consentimento para ter um alienado de sua clinica em um cubículo da Enfermaria, o que lhe foi concedido; esse infeliz morreu com os braços atados, coberto por uma camisa de força, que lhe occultavão as chagas, que nos pulsos lhe fizerão os atilhos, penetraram nas carnes até os ossos! (NEVES, 1862, p. 21).

Corrêa das Neves ainda deixava impresso que isso ocorrera por que aquele alienado estava sob a direção de seu assistente particular, e por isso “não era, nem podia sello, visitado pelos médicos do Estabelecimento”.

Um ano depois, o problema de se manter alienados dentro do Hospital de Caridade, mesmo não tendo a estrutura necessária para isso, foi novamente lembrado pelo provedor Corrêa das Neves. Segundo ele:

a experiênciã me tem mostrado, principalmente agora, que vão concorrendo de toda província doentes d'essa espécie, que não é possível conservar alienados [...] os furiosos, no Hospital. Além de encommodo, que elles causam aos outros doentes, perturbam aos vizinhos, não só com gritos, como com as palavras indecentes, que soem proferir, e, sendo o Hospital no centro da cidade, não vejo meios de evitar esses inconvenientes (NEVES, 1863, p. 45-46).

Os anos seguiam e o problema da acomodação de alienados no interior do Hospital de Caridade continuava sem solução. Desse modo, as críticas a esse serviço e a reivindicação de um local próprio, separado do prédio hospitalar, foram ganhando mais

espaço tanto nos relatórios de provedoria da Santa Casa como no discurso de alguns presidentes da Província.

Os discursos e reinvidicações por um novo espaço para a loucura na Parahyba

A tese da historiadora Helmara Gicelli Formiga Wanderley Junqueira intitulada *Doidos(as) e doutores: a medicalização da loucura na Província da Parahyba do Norte (1830-1930)*, de 2016, é atualmente o trabalho que contém mais detalhes a respeito do acolhimento e tratamento dada aos alienados que foram recolhidos pelo Hospital de Caridade durante o século XIX.

Segundo Junqueira (JUNQUEIRA, 2016), a complicada questão dos alienados percorreu um caminho nada linear. Inicialmente os provedores da Santa Casa combatiam a permanência de variolosos no Hospital de Caridade do centro da capital, fazendo com que fosse reaberta por diversas vezes a enfermaria existente na região da Cruz do Peixe. Os desentendimentos políticos entre os dirigentes da Santa Casa e o Governo Provincial sobre a transferência do próprio Hospital de Caridade para essa mesma região também marcam a década de 1880, sendo esta ideia abertamente combatida pelos provedores.

Já nos anos que se seguiram observa-se um movimento inverso onde o domínio útil e a posse do referido “Sítio”, outrora combatida pela Irmandade da Misericórdia, passou a ser reclamado por esta instituição que pretendia construir ali, com subsídios dos “philanthropicos” governos da Província da Parahyba, não só um Hospício moderno e condizente com a ciência médica da época, mas, principalmente um novo Hospital para a Santa Casa de Misericórdia da Parahyba (JUNQUEIRA, 2016, p. 243).

Para Junqueira, a ideia de retirar do Centro da Capital paraibana o Hospital de Caridade, surgiu, provavelmente, após a Santa Casa de Misericórdia cobrar uma dívida que o Thesouro Provincial tinha para com a Instituição, tendo como pivô o relato

do Pe. Lindolfo José Corrêa das Neves em 1879, onde este lembrava que

o Thesouro Provincial, infelizmente, deve-nos não só a subvenção de vários annos, como também os emolumentos dos navios, arrecadado pelo Consulado, que nos pertencem, os quais, bem longe de fazer parte da receita provincial são um depósito com destino ao curativo dos tripolantes, curativo que o Hospital fielmente faz. (NEVES, 1979, p. 126).

A situação do Hospital se tornou mais complexa devido à discussão na Assembleia Provincial, através da Lei nº 23, de janeiro de 1879, sobre a doação da posse do Sítio da Cruz para a Santa Casa. Os provedores dessa instituição recusavam em receber o local como pagamento alegando que este ficava, na época, a uma distância considerável da Cidade da Parahyba, ao norte da estrada de Tambaú, considerada de difícil circulação. Além disso, existia a presença do cemitério construído no início de 1878 para o enterramento de pessoas acometidas de doenças contagiosas e que servia ao “Hospital de Variolosos”. Segundo Junqueira (JUNQUEIRA, 2016) a existência desses elementos foi um dos argumentos levantados pelos médicos, provedores e irmãos da Santa Casa para justificar a recusa inicial da oferta feita pelo Governo, pois, segundo eles, um local com todas essas características era impróprio para o funcionamento de um Hospital. Outro detalhe é que a grande demanda de enterramentos naquele local, devido a um maior número de óbitos no final da década de 1870, fazia com que este funcionasse de um modo irregular para satisfazer às necessidades públicas.

Segundo o Pe. Lindolfo Corrêa das Neves, a dívida do Governo da Parahyba com a Santa Casa, naquele momento, era de 13:606\$508 réis. A cobrança, feita de forma agressiva pelo Padre, que atacava não só o governo de então, na figura do Dr. José Paulino de Figueiredo, mas também, as administrações anteriores, provocou grande contenda entre aquela Irmandade e a administração provincial, dando início à “questão da mudança do Hospital da Santa Casa para o Sítio da Cruz do Peixe” (JUNQUEIRA, 2016, p. 252).

Segundo Junqueira, para evitar que a Lei de janeiro de 1879 viesse a ser cumprida, foram nomeadas comissões constituídas por provedores, membros da mesa administrativa e médicos da instituição, a fim de avaliar a situação do prédio provincial e a [in] conveniência do Sítio para o funcionamento do citado Hospital (JUNQUEIRA, 2016, p. 258).

A autora afirma que o desejo por parte dos dirigentes da Província da transferência do Hospital para aquela região revelava o desinteresse que estes tinham em manter aquele nosocômio, apesar de serem eles protetores daquela instituição. Isto pode ser observado também na ação destes gestores em relação ao Hospital de Caridade, que se limitava quase sempre apenas a caiações e pequenos consertos. Diante disso, Junqueira acredita que a aprovação daquele projeto resolveria de uma só vez as pendências do Governo da Província em relação ao Hospital da Santa Casa pois, primeiramente, extingiria a dívida de muitos anos de dívidas não pagas e em segundo lugar, “retiraria do centro da cidade aquele Hospital, considerado um perigoso foco de contágio, conforme sugerido pelo Inspetor de Saúde da Província, Dr. Milanez” (JUNQUEIRA, 2016, p. 258).

Por sua vez, as reclamações dos provedores sobre a situação do Hospital de Caridade, registradas constantemente em seus relatórios, não tinham como objetivo a transferência do Hospital do centro da capital para outra região, mas sim chamar a atenção dos dirigentes para que fossem realizadas reformas maiores, dotando-o da capacidade necessária para promover um atendimento mais adequado às demandas da população (JUNQUEIRA, 2016, p. 259).

Na década de 1880, o prédio existente na Cruz do Peixe para abrigar variolosos ainda era utilizado de acordo com o aparecimento de epidemias na Província e, logo que estas eram consideradas extintas, este era fechado por ordem dos dirigentes.

Se de um lado faltava um Hospital apropriado para o atendimento de doenças contagiosas, do outro a Província da

Parahyba sofria com a falta de um espaço adequado para abrigar os alienados, tendo seu atendimento médico restrito ao andar térreo do Hospital de Caridade, o que trazia grande incomodo aos funcionários e aos outros pacientes do Hospital.

Nos relatório dos provedores da instituição, é comum ver as reclamações em torno do cuidado dispensado a esse tipo de paciente como afirma Corrêa das Neves em seu relatório de 1881:

Existem 4 alienados, 1 do sexo masculino e 3 do feminino. Nosso Hospital não tem commodos para o tractamento e segurança dos enfermos d'essa espécie, e é fácil de comprehender os prejuízos, que causam ao mesmo Hospital, os encommodos que sofrem para serem contidos, e dão aos demais enfermos. Isolados em quartos mais ou menos seguros, irritão-se, e conservão-se em contínuo furor, procurando destruir paredes, pavimento, e tudo o quanto lhecae ao alcance. (NEVES, 1881, p. 37).

Em sua fala o Provedor deixava clara a incapacidade do Hospital de Caridade em receber esses alienados, ao mesmo tempo em que chamava os poderes públicos para a sua obrigação quanto ao problema, exigindo que propiciassem os meios para que os alienados fossem adequadamente tratados. O provedor também reclamava da prática comum das autoridades policiais do interior, dizendo que estas, apesar de suas reclamações, remetiam constantemente alienados para a capital, procurando assim livrar a localidade de sua residência “d'esses infelises, que entram no Hospital por ordem superior, ou ficam vagando pelas ruas d'esta cidade”. Ainda lembrava que se continuar tal expediente, “em breve nosso Hospital ficará reduzido ao Hospicio de alienados, e nossas enfermarias não poderão receber doentes de outras moléstias” (NEVES, 1881, p. 38).

Junqueira (JUNQUEIRA, 2016) vê nessa ação uma espécie de banimento desses alienados de seus locais de origem pelas autoridades policiais. Isso porque, “uma vez estando naquela Capital, tais sujeitos ou eram internados no Hospital por ordem superior, ou ficavam vagando pelas ruas e caminhos da cidade, até serem acometidos por uma crise de fúria, quando finalmente seriam conduzidos pela polícia para o referido nosocômio” (JUNQUEIRA, 2016, p. 262).

No ano seguinte, Corrêa das Neves fazia em seu novo relatório um discurso em prol da fundação de um Asilo de Alienados na capital ressaltando que “se podessemos dispor de meios mais amplos, conviria fundar um Hospital para os alienados, visto que o nosso não oferece os commodos, recommendados pela humanidade, para doentes dessa espécie” (NEVES, 1882, p. 66-67).

Sendo assim, do mesmo modo que o Provedor desaprovava o recebimento de loucos no Hospital de Caridade, seu discurso também reforçava a necessidade de dotar a Capital paraibana de um hospício de alienados. As províncias vizinhas davam o exemplo, tal era o caso do Hospício da Visitação de Santa Izabel, em Olinda, criado em 1864, e do Hospital da Tamarineira, recém-inaugurado no Recife. Também havia a experiência do Ceará, que iniciou a construção do Asilo de Alienados São Vicente de Paula durante a seca de 1877-1879, fatos que por certo incidiram sobre os discursos daquele Provedor (JUNQUEIRA, 2016, p. 264).

Entre as reivindicações da construção de um Asilo de Alienados na Província da Parahyba, impressas nos relatórios de provedoria, estavam as seguintes questões:

- 1) não ser humano, nem cómodo a população, deixá-los(las) vagar pelas ruas mendigando, e morrendo ao relento; 2) a insuficiência, naquele hospital, de ‘prisões commodas e seguras para alienados furiosos e idiotas’; 3) ser crescente a concorrência de alienados vindos de todos os pontos da Parahyba para o Hospital da Santa Casa; 4) não ser a Cadeia Pública o lugar para acolher alienados, argumentava que ‘segurá-los com outras prisões é, mortificando-os cruelmente, concorrer para a sua morte’; 5) sua presença no Hospital era perigosa e incômoda para os outros doentes e para os habitantes das ruas próximas ao Hospital; 6) havia insuficiência de pessoal para o tratamento daquele tipo de enfermo, que ocupavam quase que exclusivamente um enfermeiro ou servente; 7) o tratamento de loucos e/ou loucas onerava substancialmente os cofres da Instituição, que dizendo-se pobre, não poderia mantê-los. (JUNQUEIRA, 2016, p. 265).

Talvez por um ser um dos cidadãos que mais tempo ocupou a cadeira de provedoria da Santa Casa sendo eleito varias vezes para o cargo, Pe. Lindolfo foi um dos provedores que mais insistiram na construção de um local próprio para abrigar os alienados mantidos

pela Santa Casa. Seu discurso a respeito desse assunto era bastante antigo chamando a atenção para que esta decisão não fosse demorada, pois “não é possível conservarem-se em um hospital, onde existem outros doentes, e no centro de uma cidade, oito alienados, que nos períodos de fúrias não consentem um momento de tranquilidade aos outros doentes” (NEVES, 1862, p. 20) ressaltando mais uma vez os prejuízos e os incômodos que a permanência desse tipo de paciente trazia para a instituição.

Surge o asilo Sant’ana

Por conta das epidemias de febre amarela, de varíola e de cólera morbus que a Província da Parahyba enfrentou durante as décadas de 1850, 1860 e 1870, outros espaços hospitalares também surgiram na Capital para auxiliar o da Santa Casa no atendimento da demanda de doentes.

Foi nesse contexto que foi posto em funcionamento, na segunda metade do século XIX, um hospital para internação de doentes contagiosos (principalmente variolosos) nos arrabaldes da cidade, num prédio que servira como Escola de Educandos Artífices, na região da Cruz do Peixe.

Esse hospital, que teve início como uma enfermaria provisória, era comumente chamado pelos moradores da Província pelo mesmo nome da região onde fora instalado, embora sua denominação oficial fosse Hospital de Sant’Anna, e para ele passaram a ser transferidos os doentes contagiosos, no final do século XIX, que não deveriam ser mais atendidos no Hospital de Caridade para que não colocassem em risco a vida dos demais pacientes portadores de moléstias curáveis. Mas além desses pacientes, o espaço passou a receber também retirantes que viam para a capital em busca de melhores condições de vida por conta das secas ocorridas no final da década de 1870.

Sobre a transferência de alienados para o Hospital da Cruz do Peixe, antes mesmo da criação do Asilo, Helmara Junqueira (2016) analisa que ela estaria ligada ao desejo dos administradores da Santa Casa de Misericórdia de se verem livres da empresa onerosa e inútil

que representava a assistência aos loucos e/ ou loucas, podendo-se pensar também que o gesto de enviá-los para a “casa” da Cruz do Peixe, junto a outros enfermos, pode ter sido uma manobra política com a dupla finalidade de, por um lado, “retirar do Hospital situado no Centro da capital parahybana aqueles incômodos hóspedes e, de outro, garantir a posse do sítio quando não existissem mais variolosos, o que se concretizaria com a criação, naquele lugar, de um hospício de alienados” (JUNQUEIRA, 2016, p. 274).

Não demorou muito para que novas críticas sobre o espaço surgissem. Durante o governo provincial do Dr. Francisco da Gama Rosa, nomeado para o cargo no princípio de julho de 1889, o sítio da Cruz do Peixe e a enfermaria que estava funcionando ali foram confiados ao “mal afamado” Major Francisco de Sá Pereira, que foi acusado de tê-la transformado em “Hospital Stygio”,⁶ lugar onde “a presença da morte era constante” (JUNQUEIRA, 2016, p. 137).

Segundo Junqueira, após quinze dias em que o major Sá Pereira assumira a administração do Sítio da Cruz do Peixe começaram a ser publicadas em jornais, como no *Gazeta da Parahyba*, as primeiras denúncias de maus-tratos aos retirantes, enfermos e alienados que haviam sido encaminhados para aquele lugar pela polícia:

dentre outras coisas, o administrador do hospital era acusado de negar alimento aos retirantes, mesmo quando o estoque nos armazéns era grande; de usar da violência física contra os suplicantes, enxotando-os a chutes e pontapés; e de usar os serviços do pessoal empregado na enfermaria em benefício próprio. O major também foi denunciado pelo crime de peculato, tanto por ter desviado as verbas destinadas aos socorros dos retirantes, quanto por ter se apropriado indevidamente do alimento comprado com tais recursos. Pesou ainda sobre Sá Pereira a suspeita de ‘sedução’ de vulneráveis, diz-se de ter seduzido mulheres que se ‘achavam em tratamento no hospital’ e, ainda, de ter consentido tal violência por parte dos funcionários daquele estabelecimento. Nem mesmo os alienados foram poupados das incúrias e descomedimentos daquele ‘enormíssimo major!’. (JUNQUIERA, 2016, p. 278).

6 Segundo o dicionário português, Estigio diz respeito ao Estige, rio dos Infernos na mitologia grega. Ver: DICIONÁRIO Português. Disponível em: <http://dicionariportugues.org/pt/estigio>. Acesso em: 20 abr. 2015. De acordo com Elaine Heloisa Melin, Estigio é um Rio cujo curso das águas é consagrado à cidade de Lúcifer, um verdadeiro inferno Melin, (2011).

A maior parte das denúncias contra os maus tratos sofridos pelos alienados mandados para o Sítio da Cruz do Peixe no final da década de 1880 era realizada pelos retirantes, que dividiam esse local com eles e com outros enfermos. As matérias publicadas nos jornais sobre aqueles que se encontravam naquele sítio “perpetuavam dores, fome, frio, agressões físicas, psicológicas, doenças, tudo o que aquela população teve que suportar” (JUNQUEIRA, 2016, p. 279).

Desse modo, é possível observar que muito antes da fundação oficial do Asilo de alienados, que mais tarde ficaria conhecido com Asilo Sant’Ana, os alienados da Santa Casa já eram mandados para o prédio existente na região da Cruz do Peixe, onde tinham que conviver com as piores condições possíveis e, na maioria das vezes, devem ter encontrado a morte no silêncio do abandono ou no barulho dos gritos disseminados nos espaços úmidos e insalubres do lugar que lhes era reservado.

Mal podemos imaginar o sofrimento dessas pessoas abrigadas em uma casa velha, com poucos cômodos (onde deviam ficar amontoados), úmida e sem luz ou água, além da distância considerável que ela ficava da cidade. Assim, se pode calcular que “a administração e a higiene dos corpos, assim como do espaço hospitalar, eram ainda mais precárias do que aquela a que estavam obrigados tais indivíduos nos porões do Hospital da Caridade, e tais condições tornava a assistência ainda mais deficiente” (JUNQUEIRA, 2016, p. 274).

De qualquer forma, importa dizer que, por não ter sido planejada para o tratamento ou cura de alienados, com a transferência dos loucos e/ ou loucas, existentes nas instituições totalitárias de Parahyba para a Cruz do Peixe, transferiu-se igualmente o regime de prisão a que estiveram submetidos tais homens e mulheres naqueles espaços. Como se vê, naquele momento, “os insanos passaram a contar com um tecto e não um hospital, um verdadeiro depósito humano, onde se recolhiam” (CASTRO, 1945, p. 366).

Segundo Junqueira, “Efetivamente”, a criação de um “Asylo” de Alienados na Parahyba do Norte aconteceu em 31 de maio

de 1891, quando foram transferidos para o edifício da Cruz do Peixe “12 loucos furiosos”, inclusive criminosos. Por certo, quando daquele acontecimento, os moradores das ruas próximas ao Hospital da Santa Casa, e/ ou das ruas percorridas pelos carroceiros que transportavam aquela “carga insana”, devem ter cessado, por alguns instantes seus afazeres para assistir aquele espetáculo, considerado pelas autoridades locais e pelas elites de Parahyba, necessário para promover “o bem de todos” (JUNQUEIRA, 2016, p. 291).

Segundo Castro, no ano de 1892, através da Lei nº 5, de 12 de dezembro, o Presidente do Estado, Dr. Álvaro Lopes Machado, doava a Santa Casa o domínio útil do Sítio da Cruz do Peixe, inclusive os prédios nele existentes: “Por força dessa lei, a Santa Casa passou a custear uma enfermaria de loucos ali construída pelo Estado, e transformou o prédio, que fora colégio dos artífices em o atual hospital de Sant’Ana [...]. Teve assim o começo do Asilo da Cruz do Peixe” (CASTRO, 1945, p. 153). Ainda segundo Castro:

o Asilo Sant’Ana era constituído por um pavilhão colocado ao nascente do atual hospital de Santa Isabel, baixo, com mais ou menos uns trinta metros quadrados de área coberta. O Edifício, além da alpendrada que o rodeava, dispunha de 12 celas escuras e sem ventilação, cujas portas, únicas e pesadas singularizavam-se pelo orifício de forma retangular, bem no centro, com grade de ferro, em forma de cruz, atestando o perigo do excitado, cujos gritos desordenados, ecoavam além do alto muro, que o separava do mundo exterior. (CASTRO, 1945, p. 366).

Coelho Filho afirma que, apesar de parecer que a situação dos alienados paraibanos demonstrasse uma melhora, já que estes passariam a ocupar um prédio isolado, mesmo que deficiente e com a capacidade limitada, novas dificuldades acabaram surgindo na Província. Os problemas financeiros, por exemplo, causaram a escassez dos recursos do Estado para a Santa Casa e, conseqüentemente, para o novo nosocômio. Com isso, o Asilo Sant’Ana “deixou de ser um asilo, para se converter num depósito humano, onde se recolhiam os infelizes privados da razão” (CASTRO, 1945, p. 367).

Considerações Finais

Na data de 20 de junho de 1893, em reunião onde estavam presentes o procurador fiscal Dr. Francisco Chateaubriand Bandeira de Mello, o cidadão José Peregrino Gonçalves de Medeiros e o mordomo dos prédios e terras da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, encarregados, como representante d'esta, aceitavam a transferência do Sítio da Cruz do Peixe, “seus terrenos, prédios e mais bemfeitorias ali existentes, como consta do officio da vice-presidencia do Estado de vinte e três de Maio próximo passado” (MEIRA, 1893, p. 50).

Desse modo, o Sítio da Cruz do Peixe foi oficializado como patrimônio pertencente à Santa Casa, tendo seus limites já especificados “na escriptura passada a 03 de Março de 1874” (que não foi modificada com a transferência) por Francisco Gomes Marques da Fonseca, e sua mulher Dona Felicia Augusta Marques da Fonseca “que consistem em dois terrenos aforados ao mosteiro de São Bento desta cidade por três vidas, sendo um ao norte da estrada que vae para a praia de Tambaú, e outros ao leste da estrada que segue para o Mandacaru, os quaes se achão reunidos no sítio denominado Cruz do Peixe” (MEIRA, 1993, p. 50).

A criação do Asilo e a passagem de sua posse para a Santa Casa em nada melhorou a situação de seus internos. Na verdade, a vida nesse local era considerada por alguns como um verdadeiro inferno onde, segundo Castro (1945) através das grades processava-se toda a comunicação do insano com o enfermeiro ou pessoas da família. A passagem de medicamentos e refeições se fazia através daquelas grades frias e impassíveis. No piso de cada cela, bem no centro, existia o orifício da fossa, cujos gases nauseabundos enchiam o recinto. Os excitados, tornavam esse ambiente mais abjeto, jogando, pelos recantos, os restos de alimentos que lhe chegavam, através da abertura, por onde também penetrava a luz. Não era sem receio que o olhar curioso e indiscreto o visitante procurava penetrar ali. Era preciso ir cauteloso, rosto bem rente à parede pelo receio da projeção violenta de matérias fecais (CASTRO, 1945, p. 366-367).

Sobre os médicos, Castro afirma que “aos da Santa Casa cabia o receituário. As visitas não eram tão demoradas e certos doentes, vistos a distância”. Do mesmo modo, a terapêutica “se resumia na aplicação de calmantes, bromuretos e mais bromuretos, cujo efeito medicamentoso era secundado pela reclusão” (CASTRO, 1945, p. 367).

O relatório de 1892 de Inojosa Varejão é o primeiro que traz o Asilo Sant’Ana numa sessão separada do Hospital de Caridade para relatar as condições em que se encontravam os alienados em seu novo espaço no Sítio da Cruz do Peixe afirmando que este ainda não “satisfazia as exigências da caridade, nem as prescrições da ciência na acomodação dos infelizes enfermos”. Além disso denunciava que as 12 celas destinadas aos alienados furiosos eram acanhadas e insalubres e que pela natureza do pavimento cimentado, na estação fria influenciava na saúde do enfermo “gerando-lhe molestia grave que lhe compromette a vida. – Convém remediar essas faltas aumentar o numero de cellas e faze-las espaçosas e hygienicas” (VAREJÃO, 1892, p. 16).

Desse modo, as acomodações reservadas para o atendimento dos alienados em seu novo espaço, no Sítio da Cruz do Peixe, ainda não atendiam satisfatoriamente aos anseios dos provedores da Santa Casa em proporcionar tratamento adequado a esses infelizes que passaram tantos anos encarcerados dentro do Hospital de Caridade e transferidos para outro local não titereavam remediados seus males, antes disso, tiveram seu sofrimento e humilhação aumentados e prolongados por vários anos.

Referências

Fontes documentais

O Publicador, Parahyba, 24 abr. 1877.

CARVALHO, Antônio de Souza. *Ofício com pedido de internamento da Delegacia de Polícia da Parahyba*, 8 de novembro de 1867.

MEIRA, Antonio da Trindade Antunes. *Relatório da Provedoria da Santa Casa de*

Misericórdia, Parahyba do Norte, em 2 de jul. 1893.

NEVES, Lindolfo José Correa das. *Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia*, Parahyba do Norte, jul. 1862; jul. 1875; jul. 1879; jul. 1881; jul. 1882.

ROCHA, Francisco D'Assis Pereira. *Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia* em 2 de julho de 1858. Parahyba do Norte: Typ. De J. R. Da Costa, 1858.

VAREJÃO. Maximiano José de Inojosa. *Relatório da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia, Parahyba do Norte*, 2 jul. 1891. Jul. 1892.

Fontes Bibliográficas

CASTRO, Oscar de Oliveira. *Medicina na Paraíba: flagrantes da sua evolução*. João Pessoa: A União Editora, 1945.

COELHO FILHO, Heronides. *A Psiquiatria no País do Açúcar e outros ensaios*. João Pessoa: A União, 1977.

FERREIRA, Joseane Abílio de Sousa; BEZERRA, Vanderlucia Mamedo; KULESZA, Wojciech Andrzej. Livro do aluno e do professor: manuais técnicos no ensino profissional. SBHE. V Congresso Brasileiro de História da Educação: o ensino e a pesquisa em história da educação... *Anais*, Aracaju: SBHE; UFS, 2008.

JUNQUEIRA, Helmara Gicceli Formiga Wanderley. *Doidos(as) e doutores: a medicalização da loucura na Província/ Estado da Paraíba do Norte (1830-1930)*. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

MELIN, Elaine Heloisa. Dante e Lúcifer, condenados ao castigo eterno. *Revista Brasileira de História das Religiões*, v. III, n. 9, jan. 2011. Disponível em: <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pub.html>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOS, Lays Regina Batista de M. Martins dos. Província da Parahyba do Norte: escolarização da população pobre (1848-1874). *Revista Interfaces Científicas – Educação*, Aracaju, v. 4, n. 1, p. 77-86, out. 2015.

SEIXAS, Wilson Nóbrega. *Santa Casa da Misericórdia da Paraíba: 385 anos*. João Pessoa: Gráfica Santa Marta, 1987.

Doença, contágio e epidemia: a perspectiva higienista sobre o suicídio nos arquivos brasileiros de higiene mental

Giulia Cristiano¹

Introdução

O movimento de higiene mental no Brasil foi estabelecido em um contexto de superlotação de manicômios e fracasso da medicina em recuperar boa parte dos pacientes mentais (SOUZA; BOARINI, 2008). A fala de psiquiatras do período, como Juliano Moreira² (1873-1933), demonstrava a necessidade dessa categoria em estabelecer outras bases de ação que não se limitassem apenas em terapêuticas de “tratamento moral” e “isolamento” (REIS, 1994, p. 30). Inicialmente, essa nova perspectiva psiquiátrica foi instituída nos Estados Unidos a partir da fundação de instituições como a Sociedade de Higiene Mental de Connecticut (fundada em 1908) e o Comitê Nacional de Higiene Mental em Nova Iorque (1909). Cabe pontuar que a fundação dessas casas foi fortemente influenciada pela publicação e circulação da obra *A Mind that Found Itself*, autobiografia de Clifford Beers (1876-1943), na qual o autor relata sua experiência de internação em vários hospitais e

1 Graduada em História-Licenciatura em Universidade Federal de São Paulo. E-mail: giulia.cristiano@unifesp.br

2 Médico psiquiatra nascido em Salvador, Bahia, no ano de 1873, considerado por muitos como o ‘pai da psiquiatria’ no Brasil. Auxiliou na fundação de diversas instituições psiquiátricas e foi diretor de outras de mesmo caráter: dirigiu, entre 1903 e 1930, no Rio de Janeiro, o Hospício Nacional de Alienados, sendo o principal expoente de uma nova abordagem na administração da instituição, sob a reformulação psiquiátrica de Rodrigues Alves. Formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia ainda com 18 anos e visitou diversos asilos na Europa, como na França, cujo modelo asilar e psiquiátrico inspirou profundamente a atuação de Moreira. Em vida, defendeu a profilaxia psiquiatria, baseada em preceitos organicistas, higienistas e eugenistas Costa (2006, p. 34), Oda (2000).

casas de saúde por um período de três anos, e que despertou debates no campo da medicina no país (SOUZA; BOARINI, 2008, p. 275).

Para Milena Luckesi de Souza e Maria Lucia Boarini, é possível identificar na higiene mental duas linhas de ação principais: a positiva, que consistia primordialmente na prevenção de doenças mentais e físicas, e a negativa, baseada em práticas de ordenação de corpos e indivíduos e no combate ao que os higienistas consideravam como a origem social do alienismo mental (SOUZA; BOARINI, 2008, p. 276). Ao longo da primeira metade do século XX, porém, essa perspectiva foi metamorfoseada, buscando auxílio conceitual na eugenia³, principalmente a partir das décadas de 20 e 30 (*Apud* SOUZA; BOARINI, 2008, p. 275; REIS, 1994, p. 291).

O programa higiênico abarcava variados aspectos da vida privada estendendo-se aos círculos da vida pública dos indivíduos e visava, sobretudo, prevenir o aparecimento de qualquer distúrbio físico, psíquico ou mental considerado inferiorizadores do povo de uma nação que almejava estar entre as grandes do mundo recentemente globalizado (*Apud* SOUZA; BOARINI, 2008, p. 276).

Para alguns pesquisadores, o higienismo mental foi estabelecido institucionalmente no Brasil a partir da fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, na cidade do Rio de Janeiro. A LBHM foi uma instituição de caráter civil composta pela mais variada sorte de higienistas, entre eles médicos,

3 A eugenia foi inicialmente idealizada por Francis Galton (1822-1911) em 1885 para “...designar o ramo da ciência biológica que se relaciona à melhoria genética da humanidade”. Galton a definiu como o estudo dos fatores que podem melhorar ou aperfeiçoar as qualidades raciais de gerações futuras, fisicamente e mentalmente. Segundo ele, a eugenia é a ciência que se baseia nos princípios genéticos e no conhecimento das ciências sociais. (*Apud* Souza; Boarini, 2008, p. 277). O início do século XX foi marcado pela ascensão do imperialismo e ideias nacionalistas, junto ao avanço do capitalismo e de um temor de regeneração racial. Nesse cenário, a eugenia ascende também enquanto movimento social e político, estimulando e promovendo debates sobre seleção racial e social, formação das populações dos Estados-nações, controle matrimonial e reprodução humana, por exemplo. De modo geral, a eugenia política introduziu ideias segregadoras que incluíam a segregação racial, cirurgias esterilizadoras, eutanásia e racismo genético, abrindo espaço para o discurso de superioridade racial. No Brasil, historiadores têm mostrado que a eugenia foi extremamente heterogênea, possuindo profunda relação com o neolamarckismo e inserção nos debates sobre saúde pública, higiene mental e assistência social. De acordo com alguns pesquisadores, a eugenia poderia ser considerada um advento da modernidade, do anseio moderno de progresso rumo à perfeição humana, e consequentemente, da aniquilação daqueles que não se enquadraram nessa perspectiva segregadora Teixeira; Pimenta; Hochman, (2018).

juristas e figuras públicas do cenário político à época (*Apud* BOARINI; SOUZA, 2008, p. 275). Ao publicar seus escritos no órgão oficial da Liga intitulado Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (ABHM), seus integrantes tinham como objetivo promover um amplo debate, nacional e internacional, sobre a medicina mental e fomentar um intercâmbio entre as grandes bibliotecas científicas ao redor do globo (CALDAS, 1929, p. 2 *apud* BOARINI; SOUZA, 2008, p. 274).

A Liga nasceu da iniciativa do médico e professor Gustavo Riedel (1887-1934) (CUPELLO, 2012, p. 24), após seu retorno como representante brasileiro de um Congresso Médico Latino-Americano realizado em Havana, em 1922. Ainda sobre a fundação da LBHM, José Roberto Franco Reis pontua que “Logo no mesmo ano, por força do decreto 4778 de Dezembro de 1923, é reconhecida como de utilidade pública, passando a receber uma subvenção federal para o desempenho de suas atividades” (REIS, 1994, p. 49). Fundamentalmente, a instituição possuiu um caráter higienista, apoiando-se conceitualmente na eugenia. Entretanto, a LBHM também utilizou de diversas linhas científicas em suas formulações, o que não subtraiu sua defesa a políticas abertamente eugenistas, como práticas esterilizadoras dos chamados degenerados e controle matrimonial, defendidas por alguns de seus integrantes nos Arquivos (REIS, 1994). Como afirma Reis, a multiplicidade teórica da Liga não prejudicou sua funcionalidade à época, mas pelo contrário, concedeu à ela uma melhor eficácia política:

se a verdade que a grande maioria dos integrantes da Liga adotava um modelo conceitual fundamentalmente organicista, cujo substrato biológico pressupunha uma perspectiva hereditária, ou congênita, de transmissão das doenças, o que até certo ponto se chocava tanto com os princípios psicanalíticos ou com qualquer outra formulação que vislumbrava influências decisivas do meio social do aparecimento das doenças, isto não significava a impossibilidade de convivência entre esses discursos [...] Sabemos com Foucault, Castel, Machado, Cunha, que o mandato da psiquiatria nunca foi inteiramente médico científico: implicações de ordem político-administrativa sempre fizeram parte dos elementos formadores do seu campo discursivo (26). Sendo assim, defendemos a ideia de que o mais importante não era tanto a

suposta unidade ou coerência teórica do seu discurso. Do nosso ponto de vista, o mais significativo era a possibilidade de sua utilização para certos fins, sua eficácia política visando alcançar determinados objetivos (REIS, 2000, p. 228).

Além disso, contribuiu para o funcionamento da Liga e suas práticas, subvenções federais e municipais, geralmente instáveis, e o auxílio financeiro de filantropos. A partir de 1925, porém, a instituição passou a ter como principal fonte de renda o lucro obtido por meio dos anúncios contidos nos ABHM, que tinham como principal objetivo divulgar as ações da LBHM e orientar aqueles que quisessem colaborar com a campanha de higiene mental no país. Os Arquivos não foram apenas um repositório dos mais diversos trabalhos sobre o higienismo, mas também um foco atrativo e núcleo para possíveis colaboradores, destinando-se não apenas ao público científico, mas também à “massa popular” (*Apud* BOARINI; SOUZA, 2008, p. 274-275; REIS, 1994).

Os Arquivos foram editados entre os anos de 1925 e 1947, abordando temas diversos que foram objetos das discussões dos higienistas, como alcoolismo, educação e infância, por exemplo (*Apud* SOUZA, BOARINI, 2008, p. 274). Também esteve presente entre estes temas o suicídio, que na fala de alguns de seus integrantes, permanecia na “ordem do dia” (CALDAS, 1929, p. 113). Ao contrário de outras produções realizadas pela Liga, sua tematização sobre a morte voluntária foi pouco explorada pela academia e é sobre este assunto que nos desdobramos no presente artigo. Ao propormos a análise dessa temática, convergimos com Fábio Henrique Lopes, o qual defende uma historicidade frente ao suicídio, aos discursos que o envolvem e como o ato é encarado e moldado socialmente:

...não podemos mais falar do suicídio desconsiderando a vida. Os reconhecidos, familiares e já esgarçados vereditos em torno do ato de suicídio; as sentenças, as classificações, os modos de ver, perceber e narrar o mesmo, bem como a necessidade premente de racionalmente explicar - muitas vezes o inexplicável -, em ordenar e atribuir sentido ao ato e ao sujeito que o praticou foram historicamente forjados. Dessa maneira, não podem ser considerados como universais ou naturais. São, portanto, produtos

de uma inegável relação espaço-temporal, possuem historicidades.
(LOPES, 2012, p. 186).

O debate historiográfico sobre a morte voluntária, entretanto, não foi iniciado a partir da fundação da LBHM no Brasil. O termo ‘suicídio’ foi elaborado e utilizado pela primeira vez na Europa do século XVIII, quanto o ato deixou de ser problematizado apenas como um crime contra Deus e passou a ser problematizado por outro viés, “...a liberdade de ser ou não ser” (*Apud* LOPES, 2003, p. 55).

Essa mudança de perspectiva foi possibilitada pelo avanço do pensamento filosófico no continente (*Apud* LOPES, 2003, p. 55). No cenário brasileiro, a investigação sobre temas referentes a medicina mental foi amplamente influenciada pela fundação das Faculdades de Medicina Baiana e Carioca (1832), possibilitando a institucionalização do saber e da pesquisa médica brasileira e a formação de doutores no país (VIOTTI, 2012), de forma que o suicídio, ao longo do século XIX no Brasil, foi tematizado principalmente por um protagonismo médico e masculino (*Apud* LOPES, 2003 p. 6).

Apesar da breve contextualização, nossa investigação sobre suicídio não faz alusão ao século XIX, mas sim ao século XX, mais precisamente a partir das décadas de 20 e 30, quando o higienismo mental já se destacava como perspectiva dentro da psiquiatria brasileira e havia encontrado na eugenia seu principal suporte conceitual, conjugação que foi substancial na formação de instituições psiquiátricas, construção das práticas médicas e produção teórica sobre a medicina como um todo à época (BOARINI; SOUZA, 2008, p. 275; *apud* REIS, 1994, p. 40; CUNHA, 1996).

A visão médica brasileira sobre a morte voluntária no início do século XX foi influenciada por teorias como as de Émile Durkheim e Sigmund Freud e suas obras intituladas respectivamente *O Suicídio* e *Além do Princípio do Prazer* (*apud* LOPES, 2003, p. 7). Para Durkheim, o suicídio é fruto de um conflito relacionado ao meio externo do indivíduo. O sociólogo ainda aponta que, cada

sociedade possuiria, em algum momento específico, uma inclinação coletiva ao suicídio (DURKHEIM, 2000 [1897]). Já Freud anuncia que em cada indivíduo há um instinto de morte, como ele assinala em sua obra (FREUD, 2016 [1920]).

Reis afirma, como exposto anteriormente, que a pluralidade teórica da LBHM não anulou a eficácia política da instituição e a concretização de seus objetivos, mas na verdade foi fundamental para isso, assim como Boarini e Souza destacam que os higienistas, tal como a Liga, tomaram como tarefa a reforma e ordenação da saúde e higiene pública brasileiras, e consequentemente dos indivíduos e tudo que os tangenciava na época. A partir dessas afirmações, tomamos como foco compreender como a multiplicidade teórica e científica de nossas fontes funcionou enquanto justificativa para que os integrantes da LBHM pudessem sugerir práticas de de ordenação de corpos e indivíduos quando se tratava sobre o combate da morte voluntária. Assim, focamos em algumas das influências teóricas que foram possíveis de se identificar nos suportes.

Para tal, foram utilizadas três edições dos ABHM; disponibilizados de forma cronológica na biblioteca digital pelo grupo *Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e o Eugenio* (GEPHE)⁴; que foram descritas na tabela abaixo, sendo de autoria, respectivamente, dos médicos Antônio Xavier de Oliveira (1892-1953), assistente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio e do Hospital Nacional de Alienados, e Membro efetivo da Liga Brasileira de Higiene Mental (1925, p. 75), Mirandolino Caldas e Arthur Moncorvo Filho (1871-1944), diretor-fundador do departamento da Criança no Brasil, vice-presidente da Seção de Puericultura e Higiene Infantil da Liga Brasileira de Higiene Mental (1930, p. 167); (ISAIA, 2010); (FREIRE, 2011).

4 O GEPHE é um grupo de pesquisa devidamente inscrito no CNPq, existente desde o ano 1998 que tem como objetivo pesquisar o ideário da higiene mental, desdobramento do movimento higienista sanitário, e da eugenia, presença significativa no início do século XX, no Brasil, e seus desdobramentos nas instituições brasileiras, tais como Saúde, Educação, dentre outras. É ligada à Universidade Estadual de Maringá ver em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>.

Ainda que os Arquivos tenham sido editados até 1947, o suicídio deixou de ser trabalhado nos Arquivos de forma central em 1930, data de nosso último suporte. Para Reis, é no germinar da década de 1930 que a LBHM iniciou sua guinada no sentido de uma radicalização eugênica. A partir disso, a instituição teria deixado de explorar temas com maior profundidade; com exceção do alcoolismo, que se manteve presente nas publicações; para dar espaço a novas temáticas, principalmente àquelas voltadas à eugenia negativa (REIS, 1994, p. 261-262). Acreditamos que isso pode estar ligado ao fato de que o suicídio deixou de ser explorado com tanta profundidade nos ABHM.

TABELA: edições utilizadas dos ABHM		
Ano de publicação	Número da edição	Data de publicação
Ano I	Nº 2	1925
Ano II	Nº 3	Dezembro, 1929
Ano III	Nº 5	Maio, 1930

Fonte: CALDAS, 1929, p. 113; FILHO, 1930, p. 155; OLIVEIRA, 1925

O suicídio nos arquivos brasileiros de higiene mental: tendências teóricas e práticas de ordenação

A influência organicista se fez presente na teorização do suicídio pela LBHM. O biologismo, substrato desse campo, pode ser observado a partir da perspectiva hereditária e patológica adotada pelos autores no que diz respeito ao tema. Jurandir Freire Costa aponta, inclusive, que o biologismo, já em voga no campo psiquiátrico no início do século XX, foi levado ao extremo pela Liga (COSTA, 2006 p. 37). Foi possível identificar algumas expressões dessa tendência nas fontes, como a concepção patológica sob a qual foi localizada a morte voluntária pelos integrantes da instituição.

Sendo, portanto, o suicídio um fenômeno patológico e o suicida um doente (CALDAS, 1929, p. 114).

5 Arquivos Brasileiros de Higiene Mental. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>

5º-Tudo leva a crer, diante das modernas aquisições da psicologia, da fisiologia e da pediatria, que o suicídio da criança é o resultado do desequilíbrio mental, não raro oriundo de qualquer herança patológica (sífilis, alcoolismo, etc.). (FILHO, 1930, p. 171).

Xavier de Oliveira apresenta em seu artigo, datado de 1925, um debate sobre a patologização do suicídio a partir da argumentação de figuras como Emil Kraepelin e Jean-Étienne Esquirol. Oliveira parece concordar com Esquirol: ele não nega a manifestação patológica em alguns casos, mas não a coloca enquanto uma condição para todos os suicidas, como pode ser visto a seguir:

sem entrar no emaranhado de toda uma verdadeira enciclopedia de doutrinas controversas, em que opiniões de alienistas e de psicólogos do mais elevado merecimento se contrapõem, afirmando ou negando o caráter pathológico dos suicidas, podemos afirmar que, em verdade, nem todo individuo que se mata é alienado. (OLIVEIRA, 1925, p. 75).

Para o médico, os “doentes melancólicos” e os “perseguidos alucinados”, internados ou não em manicômios, protagonizavam majoritariamente os casos de suicídio patológicos (OLIVEIRA, 1925, p. 77-78). Foi possível perceber que, ainda que Oliveira não considere a morte voluntária um fenômeno necessariamente patológico, ele ainda a teoriza, por vezes, sob essa perspectiva, e não a nega. Em contrapartida, Caldas considera essa concepção tão central que afirma que o suicida não pratica o ato por vontade própria, mas é na verdade vítima de uma constituição patológica, que pode ser chamado de “hibridismo”, “suicidothymia”, que o transforma num autômato, movido exclusivamente pelos sentimentos impulsivos que conduzem os suicídios (CALDAS, 1929, p. 114). Para o autor, fatores como “desventuras de amor, os desgostos de família, a miséria, as infelicidades em negócios...” eram secundários e só atuavam sobre o homem quando este possuía inclinação à morte voluntária, à patologia. (CALDAS, 1929, p. 114).

Outros debates observados nas fontes partiram de um referencial biologizante sobre a morte voluntária. Um exemplo é como se deu a discussão sobre a propagação do suicídio na sociedade sobre a qual aqueles autores teorizavam: alguns deles atribuíam

fenômenos sociais à contaminação de suicídio, afirmando existir verdadeiras epidemias do ato ao redor do mundo (OLIVEIRA, 1925, p. 78/81). Para Oliveira, tais epidemias eram vistas em países como Rússia e Índia, e só poderiam ser efetivamente combatidas por meio da educação cristã, a “religião dos civilizados” (OLIVEIRA, 1925, p. 78/81).

Esse debate já havia sido explorado por Durkheim em *O Suicídio*, por exemplo. Ao teorizar sobre a morte voluntária, o autor afirma que “talvez não haja nenhum fenômeno mais facilmente contagioso” (DURKHEIM, 2000 [1897], p. 142 *Apud* DAPIEVE, 2006, p. 50), ao mesmo tempo em que distingue epidemias morais e contágios morais, tornando sua afirmação ambígua: “A epidemia é um fato social, produto de causas sociais; o contágio sempre consiste de ricochetes, mais ou menos repetidos, de fatos individuais” (DURKHEIM, 2000 [1897], p. 142 *Apud* DAPIEVE, 2006, p. 50). Para ele, portanto, “as epidemias seriam observadas quando existisse, no meio social, uma “disposição coletiva” para a morte voluntária” (*Apud* DAPIEVE, 2006, p. 50).

Dialogando com a argumentação de Durkheim, para os integrantes da LBHM, alguns agentes como imprensa, literatura e teatro tinham responsabilidade pela contaminação de suicídio entre os brasileiros, como pode ser observado adiante nas falas dos médicos Xavier de Oliveira e Moncorvo Filho, respectivamente:

Em que pese a gravidade da afirmativa não é possível esconder que, infelizmente, desgraçadamente, o grande propagador do suicídio é hoje constituído pela imprensa. Sim, a imprensa a intoxicar diariamente o espírito fraco dos que já vem premeditando o atentado com os romances sentimentais bordados em torno de fatos concretos, e que ela todos os dias está a elaborar a respeito de qualquer caso banal de suicídio. (OLIVEIRA, 1925, p. 75).

Entre os fatores ocasionadores do suicídio de menores figuram: a vida intensa, a miséria, o esfalfamento, as repreensões e os castigos corporais, o deboche, o etilismo, as leituras impressionantes, o mau teatro e o mau cinema. (FILHO, 1930, p. 171).

Em *O Combate ao Suicídio* (1929), Mirandolino Caldas também condena a imprensa pela disseminação da morte voluntária no

país, dado que os jornais publicavam farto noticiário sobre o tema. Para Caldas, os cronistas deveriam utilizar de sua visibilidade para concitar médicos, imprensa e governos para o solucionamento desse “problema de medicina social”, que seria a epidemia de suicídio que se alastrava pelo país (FILHO, 1930, p. 133).

Para Durkheim, entretanto, se suicida aquele que já possui uma propensão à morte voluntária, ou seja, a propensão ao suicídio é desenvolvida pelo meio social e é sobre este indivíduo que a imprensa atua, que influencia (*Apud* DAPIEVE, 2006, p. 52). Em convergência com esse argumento, como exposto anteriormente, Caldas aponta que fatores como a miséria, por exemplo, só influenciam ao suicídio àqueles indivíduos que já possuem predisposição ao ato (CALDAS, 1929, p. 114).

Oliveira enumerou, portanto, ações as quais a imprensa deveria tomar para que se iniciasse uma nova fase no periodismo que prezasse pelo combate ao suicídio:

1º- Restringir o mais que for possível as reportagens sobre o suicídio, não podendo cada notícia passar de um quarto de columna, publicada nas páginas menos interessantes do jornal.

2º- Em hipótese alguma publicar os retratos dos suicidas, nem de pessoas que com eles se relacionam, quer como coisa direta ou indireta, quer mesmo como co-autoras, como seria nos casos de suicídio a dois ou coletivo.

3º- Nunca publicar as cartas ou quaisquer outros documentos, nem declarações escritas ou não pelos suicidas.

4º- Jamais publicar os seus nomes, que deverão ser substituídos pelas iniciais apenas, nem tão pouco fazer referências ao sexo, idade, estado civil ou mesmo a nacionalidade dos suicidas, ficando arquivado tudo o que diga da sua identidade e das causas do seu ato, e só podendo ser fornecido a sua família ou a Justiça. (OLIVEIRA, 1925, p. 81-82).

Julgando que a imprensa poderia influenciar os “mais fracos de espírito” e levá-los ao suicídio, essas enumerações tinham como foco repreender os jornais brasileiros no que diz respeito a notificação do suicídio. As críticas ao periodismo, entretanto, não se concentraram somente na primeira edição, e entre os fatores considerados catalisadores do suicídio pelos integrantes da Liga, é

a imprensa a mais veementemente criticada. Filho também chama atenção à importância da regulação dos periódicos:

por sua parte, preciosa será a ação da autoridade pública, de um lado, tornando a mais rigorosa possível a censura teatral e cinematográfica, e de outro, procurando obter que, de uma vez por todas, a imprensa se abstenha das tão prejudiciais descrições, assás impressionantes, dos delitos e suicídios, máximo de crianças. (FILHO, 1930, p. 170).

Outras expressões provenientes do biologismo foram assimiladas a esse debate e puderam ser identificadas. A perspectiva hereditária enquanto propagadora do suicídio foi amplamente utilizada pelos integrantes da Liga em nossas fontes. Porém, identificamos que essa perspectiva foi metamorfoseada pela eugenia, como desenvolvido adiante.

A eugenia, enquanto teoria e prática, tomou papel central na medicina mental no século XX (CUNHA, 1988). Essa ciência⁶ foi fundamental nesse período já que prometia alterar o processo de seleção natural, empregando-o racionalmente à uma nação para assim estabelecer aqueles que seriam mais aptos a sobreviver e identificar aqueles que seriam incapazes, e que conseqüentemente, poderiam alterar negativamente a genética de toda uma população, levando à degeneração genética (CUNHA, 1988, p. 166).

Para a Liga e seus integrantes, isso não foi diferente: a eugenia oferecia possibilidades “...como um instrumento para regenerar a saúde física, mental e moral da população, muitos higienistas assumiram o ideário científico da eugenia como discurso fundamental de seus projetos”, atuando como suporte conceitual perfeito para os higienistas que tomaram para si como tarefa interferir nas condições de ordem física e psíquica da população brasileira para a constituição da melhoria genética (*Apud* SOUZA; BOARINI, 2008, p. 277).

⁶ Utilizamos a perspectiva da eugenia enquanto ciência partindo da argumentação de Marcela Peralva Aguiar (2012, p. 4): “Inclusive, é por este último motivo que muitos historiadores da ciência atribuem aos projetos eugênicos o caráter de pseudocientíficos. No entanto, acreditamos ser muito precipitado chamar tais projetos de pseudocientíficos, pois tal postura nos faz deixar de lado a importância que estes adquiriram em seu momento histórico justamente como projeto científico (STEPAN, 2005).”

No que diz respeito à perspectiva hereditária, a eugenia contribuiu de forma a acrescentar a essa ideia uma busca pela matriz social da doença, não só uma origem biológica (*Apud* CUNHA, 1988, p. 179). De acordo com os pressupostos eugênicos, portanto, entre os possíveis fatores que poderiam influenciar ou até mesmo predispor os indivíduos ao suicídio estava a hereditariedade (LOPES, 1998, p. 101). Apoiados nos conhecimentos da psicométrica e da genética, primordiais para a eugenia, os membros da Liga acreditavam que fatores inerentes aos indivíduos, de ordem física e mental, eram determinados e transmitidos pela herança genética, e vinham contribuindo para a degeneração da população (*Apud* SOUZA, BOARINI, 2008, p. 277). Em contrapartida à degeneração, estava o programa higienista, que buscava ordenar a classe operária e moldá-la de acordo com as necessidades da produção capitalista à época (CARVALHO, 1999, p. 133).

A perspectiva hereditária e sua busca à uma origem social do suicídio foram observadas nas fontes selecionadas, principalmente nos dizeres de Filho:

por seu lado, dia a dia melhor se estudam os estigmas da hereditariedade mórbida, mormente a sífilítica, a alcoólica, a tuberculosa e com ela as perturbações, por vezes tão graves, dos distúrbios das glândulas de secreção interna. (FILHO, 1930, p. 169).

...5º-Tudo leva a crer, diante das modernas aquisições da psicologia, da fisiologia e da pediatria, que o suicídio da criança é o resultado do desequilíbrio mental, não raro oriundo de qualquer herança patológica (sífilis, alcoolismo, etc.). (FILHO, 1930, p. 171).

Diante das rápidas considerações aqui aduzidas não se pode desconhecer a utilizada de combater-se o suicídio, principalmente das crianças, pondo em prática todos os recursos ao nosso alcance, principalmente a educação moral e higienica, cuidando-se com o máximo carinho da assistência aos pequenos neuropatas, aos filhos de sífilíticos, alcoolistas, etc., procurando-se subtrair sempre as crianças ao mau cinema e ao mau teatro, evitando-se que se entreguem a leituras impróprias a sua idade. (FILHO, 1930, p. 170).

O médico associa em seu escrito a morte voluntária ao vício em álcool. Porém, nesse artigo, o alcoolismo não foi

necessariamente localizado enquanto um subproduto da loucura, mas como um transmissor social do suicídio, disseminado através de gerações. Nessa argumentação, o álcool foi inserido como causa da degeneração, do distúrbio suicida, assim como a sífilis. Essa percepção dialoga diretamente com a perspectiva hereditária e sua assimilação eugênica que buscava uma origem social nas chamadas degenerações mentais. Cunha destaca que fatores como o álcool e sífilis eram vistos pelos higienistas como perigos sociais que seriam capazes de “...deflagrar as manifestações das patologias mentais” (CUNHA, 1988, p. 179).

A associação entre o higienismo mental e eugenia no Brasil tornou-se tão intrínseca que em certo momento, os movimentos passaram a ser considerados como um só, ainda que tenham sido estabelecidos em contextos históricos e condições distintas. Isso pode ser observado no discurso de figuras do campo na época, que afirmavam que a eugenia era um capítulo da higiene (*Apud* SOUZA; BOARINI, 2008). Mirandolino Caldas faz coro a essa relação em seu artigo datado de 1929: “Na Eugenia e na Puericultura, encontra-se, sem duvida, a chave de muitos desses problemas considerados hoje como insolúveis” (CALDAS, 1929, p. 115). Para ele, portanto, a eugenia seria parte central da solução para os distúrbios mentais.

Ao afirmarem que o suicídio se mantinha “na ordem do dia” (CALDAS, 1929, p. 113) e que se propagava exponencialmente no mundo e em especial no Brasil, localizando-o no campo das enfermidades, os autores de nossas fontes formularam práticas de combate à morte voluntária. Dessa forma, convergiam com a empreitada republicana que, marcada pela ação de dispositivos médicos, buscavam higienizar os corpos que formavam aquela sociedade, com o objetivo de superar as enfermidades, físicas e mentais, e levar à nação ao progresso (DE OLIVEIRA, 2003, p. 15).

Moncorvo Filho, por exemplo, apresenta a educação higienista e moral como solução para o avanço do ato entre crianças. Vera Regina Marques chama atenção para o fato de que a eugenia e higienismo não somente produziram e teorizaram sobre a educação, mas atuaram junto à ela para ordenar, desde a infância, a população

brasileira. Nesse sentido, foi feita uma articulação direta entre esses campos, sendo que os higienistas realizaram campanhas e ações junto às escolas nesse período de forma assídua (1992). Os próprios integrantes da Liga ofereceram testes mentais aos discentes de escolas públicas, que foram amplamente aplicados (*Apud* REIS, 1994, p. 70).

Em seu artigo, Oliveira centraliza a educação religiosa, principalmente a católica, para amparar “os espíritos menos fortes” e combater o suicídio, além de enumerar outras práticas de prevenção. Para ele, também era necessário intensificar a vigilância daquele que era considerado louco nos manicômios como forma de combate ao suicídio (OLIVEIRA, 1925, p. 78), ou seja, intensificar a ordenação de indivíduos nesse ambiente. É importante ressaltar aqui a estrutura manicomial como um espaço totalitário, dotada de uma arquitetura de poder específica:

podemos identificar opressores e oprimidos, caracterizados pela equipe dirigente e pelo grupo dos internados, os primeiros modelam e os segundos são objetos de procedimentos modeladores. Apesar de o binômio dominadores-dominados dar a impressão de que o poder seja uma instituição, estrutura ou certa potência que um grupo detém, em prejuízo de outro, Goffman já revela de certa forma que poder é substancialmente relação e que são lugares que compõem a sua dinâmica. (BENELLI, 2002, p. 51-52).

No combate dos casos patológicos, o autor chama atenção à intervenção médica também nos hospitais gerais, assegurando ser necessária a presença de enfermarias para “neuropathas”, com ambulatorios anexos, administrados por funcionários competentes. Como Cunha aponta, entretanto, os serviços abertos os quais Oliveira se refere, foram pensados e instaurados a partir dos anos 20, como forma de intensificar a vigilância nessa nova era da psiquiatria (*Apud* CUNHA, 1988, p. 170). No mesmo artigo, a assistência social também é colocada como prática para prevenir os casos. Por fim, Oliveira defende a censura à imprensa como prática de combate ao ato (OLIVEIRA, 1925, p. 80-81).

Caldas, por sua vez, afirma que é dever médico amparar o suicida, já que esse seria um doente. Para ele, um vasto programa

de higiene mental seria capaz de solucionar o problema em questão (CALDAS, 1929, p. 115), dialogando diretamente com a perspectiva desenvolvida a partir dos anos 20 pela psiquiatria de que a higiene mental era um campo totalizante, capaz de prover respostas e teorizar sobre os mais diversos assuntos. Isso foi feito a partir de uma classificação de todos os campos em que via como fundamental a presença do setor público, visando “estabelecer relações entre a patologia e a higiene social com a política social e econômica” (*apud* CUNHA, 1988, p. 178). Assim como Oliveira, Caldas também via como fundamental o estabelecimento de serviços abertos, como ambulatorios, para o combate do suicídio (CALDAS, 1929, p. 115).

A análise dos artigos selecionados permitiu identificar que o teorização e localização do suicídio enquanto uma patologia, e consequentemente do suicida enquanto doente e alienado mental e a assimilação da perspectiva hereditária, que transmitiria os chamados de ‘perigos sociais’ entre a população brasileira, foram fundamentais para que os autores, aqui membros da LBHM, justificassem medidas profiláticas de ordenação de corpos, indivíduos e suas vidas.

Se médicos, e especificamente psiquiatras, possuíam o poder de ordenar populações no Brasil deste período, é porque a partir da década de 1920, o discurso desse campo composto por aqueles que poderiam ser chamados de ‘reformadores sociais’, ganha cada vez mais importância (*Apud* REIS, 1994, p. 75). Essa categoria era dotada de um saber científico primordial para guiar a nação ao progresso almejado pela empreitada republicana, e com isso, foram protagonistas das mudanças e reformas à época (*Apud* REIS, 1994; *Apud* OLIVEIRA, 2003).

Foi possível perceber por meio dos discursos analisados que seus autores propunham, ao elaborar sobre a prevenção ao suicídio, práticas de ordenação da população sob justificativas científicas. A argumentação dos autores estudados girou em torno de uma biologização do fenômeno suicida, localizando-o como uma patologia que se propagava entre os brasileiros. Ainda foi possível perceber que, ao se utilizarem da perspectiva hereditária, os

médicos usufruíram da eugenia enquanto ciência para fundamentar sua teoria. Dessa forma, o suicídio tornou-se uma área passível de controle destes médicos, que então, poderiam apresentar e desenvolver práticas de controle e ordenação à população brasileira, combatendo os chamados ‘perigos sociais’ em sua raiz.

Referências

Fontes

CALDAS, Mirandolino. O Combate ao Suicídio. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro, a. II, n. 3, p. 113-115, dez. 1929. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em: 11 fev. 2020.

FILHO, Moncorvo. Suicídio de Menores. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro, a. III, n. 2, p. 167-176, mai. 1930. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em: 11 fev. 2020.

OLIVEIRA, Xavier de. Da profilaxia do suicídio. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, a. I, n. 2, p. 75-83, 1925. Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em: 11 fev. 2020.

Bibliografia

AGUIAR, Marcela Peralva. A causalidade biológica da doença mental: uma análise dos discursos eugênicos e higienistas da Liga Brasileira de Higiene Mental nos anos de 1920-1930. *Mnemosine*, v. 8, n. 1, 2012.

BENELLI, Silvio José. Vigiante e punir no manicômio, na prisão e no seminário católico. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 1, n. 1, p. 18-18, 2002.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 6, n. 1, p. 133-156, 1999.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Higiene Mental e Ordem Social. In: CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. 2 Ed. Editora Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1988.

CUPELLO, Priscila Céspedes. Análise das representações médico-mentais de

normalidade feminina no Brasil. 13º SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA - FFLCH/USP. *Anais...* São Paulo, 2021.

COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 1976.

DAPIEVE, Arthur Henrique Motta. *Suicídio por contágio – A maneira pela qual a imprensa trata a morte voluntária*. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social). Programa de Pós-graduação em Comunicação Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DE OLIVEIRA, Iranilson Buriti. “Fora da higiene não há salvação”: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. *Mneme-Revista de Humanidades*, v. 4, n. 07, 2003.

DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FREUD, Sigmund. *Além do Princípio de Prazer*. Trad. James Strachey. São Paulo: Imago. 1998.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, p. 199-225, 2011.

ISAIÁ, Arthur Cesar. Transe mediúnico e norma médica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro da primeira metade do século XX: olhar de Xavier de Oliveira. *Esboços: histórias em contextos globais*, v. 17, n. 23, p. 31-50, 2021.

LOPES, Fábio Henrique. *A experiência do suicídio: discursos médicos no Brasil, 1830-1900*. Tese (Doutorado em História). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/279867>.

LOPES, Fábio Henrique. *O suicídio sem fronteiras: entre a razão e a desordem mental*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/282043>.

LOPES, Fábio Henrique. Reflexões históricas sobre os suicídios: saberes, biopolítica e subjetivação. *ArtCultura*, Uberlândia, v. 14, n. 24, p. 185-203, jan./jun. 2012.

REIS, José Roberto Franco. *Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)*. Dissertação (Mestrado em História Social do Trabalho). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281180>.

SOUZA, V. S.; WEGNER, R. História da eugenia: contextos, temas e perspectivas historiográficas. In: TEIXEIRA, L. A.; SALGADO, T. P.; HOCHMAN, G. (org.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018, p. 328-355.

SOUZA, M. L.; BOARINI, M. L. A deficiência mental na concepção da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 14, n. 2, p. 273-292, mai./ago., 2008.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. *As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677 - 1808)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2012.

Somos mais que doentes: a relação da literatura com os tuberculosos

Gwan Silvestre Arruda Torres¹

Introdução

O trabalho com literatura surgiu a partir da leitura dos poemas de Manuel Bandeira e a inquietação para saber mais sobre a perspectiva dos doentes e de como isto se insere em determinado contexto histórico. A escolha de um recorte temporal tão amplo se dá por compreender que a discussão acerca do bacilo de Koch é muito extensa no século XIX e se perpetua no século XX.

Os personagens tuberculosos que aparecem neste estudo são o “poeta tísico” Manuel Bandeira, o jornalista e dramaturgo Nelson Rodrigues e a poetisa Auta de Souza, o que todos tem em comum é acometimento pela tuberculose. Auta vem a falecer super jovem pela doença e sua família também contrai o ‘mal do peito’. Isto também ocorre com Joffre, o irmão de Nelson Rodrigues, observe a passagem de Rodrigues (RODRIGUES, 1993, p. 16) “esse irmão, que se uniria a mim como um gêmeo, ia morrer, aos 21 anos, tuberculoso”.

Com Manuel Bandeira a sua tuberculose geraria um desconforto ao poeta, primeiramente por largar seu sonho profissional de ser arquiteto e ter de se afastar do seio familiar com o tratamento sanatorial na Suíça, em Clavadel. Neste momento em que ele percebe “a vida que poderia ter sido e não foi” descrito em *Pôrto* (PÔRTO, 2000).

Situando o leitor em relação a tuberculose, a peste branca ou bacilo de Koch no século XIX era uma doença remetida aos

¹ Bolsista Capes, mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde na Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz. E-mail: gwan09@gmail.com.

poetas e artistas, a enfermidade carregava uma aura de romantismo e luxúria, ao qual as pessoas com vidas desregradas se entregavam ao prazer, isto é um pensamento referente ao séc. XIX. Além disso, o ‘mal do peito’ era representado por rubor rosado nas bochechas e a pele branca, com um tom angelical.

A partir do séc. XX a tuberculose sofre uma ruptura neste entendimento e se torna uma doença social, assim como a sífilis. A classe social que estava ligada a doença neste momento eram os trabalhadores e pessoas pobres, pelas péssimas condições de moradia, alimentação e higiene, cuja forma de proliferação da doença só crescia e em algumas regiões se tornava endêmica, no caso brasileiro.

Dito isto, é bom ter em mente que os poetas em seus textos sempre traziam à tona a concepção da tuberculose antes e no instante em que eles se encontram enfermos, exceto Auta de Souza. A poetiza viveu entre 1876 e falece em 1901, seu período de vida quase todo se insere no século XIX e pela leitura de seus textos, parece-me que ela não teve acesso a nenhum tratamento da doença, diferentemente de Nelson e Manuel Bandeira.

Dado o panorama e contextualização sobre o artigo, nos inserimos agora na parte da fundamentação teórica, a pesquisa parte da linha de estudos acerca da História das Doenças, com base nos seguintes autores: Sontag (SONTAG, 1964), Pôrto (PÔRTO, 2000), Bertolli Filho (BERTOLLI FILHO, 2001), Nascimento (2005). Compreendemos que a discussão sobre o enfermo ainda é tímida por parte dos historiadores, principalmente de forma que o enfermo não seja visto como submisso, segundo Bertolli Filho (BERTOLLI FILHO, 2001). No entanto autora Pôrto (PÔRTO, 2000) mesmo abre caminho para a discussão sobre o tema.

A escolha da literatura se dá pela possibilidade de identificar o doente e transmitir seu retrato em primeira pessoa, afinal um dos trabalhos do historiador é interpretar as fontes e o modo de questionar seu objeto, conforme o fragmento abaixo:

a literatura é, pois, uma fonte para o historiador, mas privilegiada, porque lhe dará acesso especial ao imaginário, permitindo-lhe enxergar traços e pistas que outras fontes não lhe dariam. Fonte especialíssima, porque lhe dá a ver, de forma por vezes cifrada, as imagens sensíveis do mundo. A literatura é narrativa que, de modo ancestral, pelo mito, pela poesia ou pela prosa romanesca fala do mundo de forma indireta, metafórica e alegórica. Por vezes, a coerência de sentido que o texto literário apresenta é o suporte necessário para que o olhar do historiador se oriente para outras tantas fontes e nelas consiga enxergar aquilo que ainda não se viu. (PESAVENTO, 2006, p. 11).

A fala da autora nos respalda para o uso da literatura como fonte para a História das doenças e de como isto serve para que enxerguemos outras metodologias e métodos de perguntar ao objeto e encontrar respostas. Outro autor que traz a discussão a respeito de fontes literárias para o estudo da história das doenças é Robert Wegner (WEGNER, 2005), sua escrita é teórica e nos mostra diversas fontes da literatura que podem ser estudadas na História das Doenças. Ele analisa como a escrita literária pode representar um local, como é o caso da obra de Mario de Andrade falando sobre a malária no Brasil.

Os tópicos do artigo a seguir serão divididos em três partes, para contextualiza a vida de cada literato e suas impressões sobre a tuberculose. Uma das perguntas que surgiu a partir do estudo foi se todos eles tiveram acesso ao tratamento e se tiveram como foi? Podemos observar pelo menos em Rodrigues através de uma de suas obras o seu sentimento de insignificância quando ele teve de se instalar no sanatorinho em Campos do Jordão, na condição de indigente para iniciar seu tratamento contra a tuberculose, em 1934.

Auta de Souza uma jovem tísica e poetisa mística

Auta de Souza, nasceu em 1876 no Rio Grande do Norte e falece em 1901. Vem adoecer de tuberculose aos quatorze anos, sua infância se passa no estado de Pernambuco, com a sua vó.

Ela se tornou autodidata em relação a poesia e estudou em um colégio católico. Sua escrita além de trazer traços da dor, também

é marcada pela religiosidade e pelo medo da morte. Além dela, seu pai e sua mãe vêm a falecer de tuberculose e seu irmão morre de um acidente. Deste modo, sua vida é marcada por um grande período de luto e tragédias.

Por ser autodidata, ela não traz uma diversidade na forma de sua escrita, todavia é reconhecida por escritores e pelo público leitor. É vista como a maior poetisa mística no Brasil, de acordo com Câmara Cascudo (1961). Em sua obra *Horto* vimos alguns poemas que fazem referência a tuberculose e ao medo da morte, são eles: *Súplica*, *Doente*, *À alma da minha mãe*, *Quando eu morrer*, *Meu pai*, *Flor do Campo* e *Melancolia*, foram alguns dos poemas que observa-se a presença do adoecimento.

O poema *Luz e Sombra* de Auta de Souza foi feito três dias antes de sua morte, exposto abaixo:

Vamos seguindo pela mesma estrada;
Em busca das paragens de ilusão;
A alma tranquila para o Céu voltada,
Suspensa a lira sobre o coração.

Ris e eu soluço... (Loucas peregrinas!)
E em toda parte, enfim, onde passamos,
Deixo chorando os olhos das meninas,
Deixas cantando os pássaros nos ramos.
[...] (CASCUDO, 1961, p. 87).

A partir do trecho e de outros poemas podemos perceber a escrita com um tom de religiosidade, alguns de seus poemas se referem a Cristo, já neste há a percepção da “alma tranquila para o Céu voltada” como a ideia de salvação. Em outros poemas aparece sentimentos como medo, conformismo com a morte e o modo de acabar com a dor ou mesmo a beleza da natureza.

Claro que como intérprete, termo cunhado por Starobinski (STAROBINSKI, 1995), cabe a mim a transição literária de um texto em um contexto passado para o leitor aqui presente, no entanto essa atividade exige zelo.

Para observar, no interior de uma obra correlações de formas, de imagens, de fatos estilísticos etc. É preciso, de maneira necessária, colocar-se fora de obra e submetê-la a uma interpretação cuidadosa; além disso, para enunciar os fatos observados, é preciso recorrer à linguagem descritiva de uma outra época (a nossa) e de uma outra categoria intelectual (a de nosso saber contemporâneo). (LE GOFF, 1995, p. 138).

Como historiadores devemos compreender que a obra se insere em determinada época, da qual a análise partirá para perguntas estas ao passado, embora feitas a partir de nosso tempo e “de uma categoria intelectual (a de nosso saber contemporâneo)”, nesse sentido os fatos da obra devem ser lidos com cuidado. Nosso papel desde que feito com cautela também serve para esclarecer, ou melhor, ampliar o cenário que a obra se referia.

A vida de Auta é marcada pela literatura, com relação ao tratamento para a tuberculose não aparece nos relatos escritos, sua vida finda nas transcrições apresentadas por Câmara Cascudo.

Os grandes olhos de Auta não refletiam pavor, mas uma serenidade triste, de quem olha do alto da amurada os que ficam. Agora que a sufocação a tomava, sacudindo-a, agitou, repetidas vezes, as duas mãos no ar, num gesto de adeus, suprimindo pelo aceno a voz que se apagara para sempre. E fechou, lentamente, os olhos límpidos. (CASCUDO, 1916, p. 88).

O autor nos relata uma morte com dor, ao mesmo tempo que Auta o transmite ternura. Pelos sintomas descritos e sabendo que Auta era tuberculosa, possivelmente ela pode ter tido um episódio de hemoptise² que a levou ao óbito, todavia não fica claro, por não haver a presença do sangue, muito menos da tosse sem parar. A vida da escritora acaba como um sopro ainda na juventude, com os seus “24 anos, 4 meses e 26 dias”, segundo Cascudo (CASCUDO, 1916, p. 88).

² Uma tosse forte que apresenta pouca ou muita quantidade de sangue e sua evolução pode levar a óbito.

Manuel Bandeira o “poeta tísico” e “a vida que poderia ter sido e não foi”

Manuel Bandeira (1886-1986) nasceu na cidade do Recife, mas logo vai viver no Rio de Janeiro. O poeta adoece de tuberculose em 1904 e com isto tem que deixar alguns sonhos de lado para iniciar seu tratamento contra a doença. Seu poema mais conhecido quando se trata da temática tuberculose é *Pneumotórax*, com a seguinte frase “a vida que poderia ter sido e não foi”, por se tratar de deixar para trás um de seus sonhos, o de ser arquiteto igual ao seu pai.

Já o poema *Desencanto* traz passagens do poeta de como é vivenciar a tuberculose, sem cita a enfermidade.

Eu faço versos como quem chora
De desalento... de desencanto...
Fecha o meu livro, se por agora
Não tens motivo nenhum de pranto.

Meu verso é sangue. Volúpia ardente...
Tristeza esparsa... remorso vão...
Dói-me nas veias. Amargo e quente,
Cai, gôta a gôta, do coração.

E nestes versos de angústia rouca
Assim dos lábios a vida corre,
Deixando um acre sabor na boca.

- Eu faço versos como quem morre.
(BANDEIRA, 1955, p. 9).

Diante desses versos, as impressões que ficam se relacionam ao sentimento de tristeza, ao mesmo tempo em que há uma expectativa de que a morte esteja próxima. Na parte “meu verso é sangue. Volúpia ardente...” pode ser relativo à hemoptise, respectivo

a volúpia, este desejo ardente era o imaginário da tuberculose no século XIX, ainda a ideia romantizada da doença e de que as pessoas seguiam suas vidas desregradas, se entregando aos prazeres carnavais.

Algo não descrito até então, mas que tem sua importância, é que a tuberculose no séc. XIX e início do XX não tinha cura, logo, a expectativa de tratamento e de cura para algumas pessoas, como foi o caso de Auta de Souza, não era viável. De acordo com Pôrto (PÔRTO, 2000) Bandeira adoece no momento de transição na concepção da tuberculose e seu entendimento era permeado pelo imaginário coletivo da doença, era comum matizar formas e sentimentos contraditórios.

Nas primeiras décadas do séc. XX, no Brasil, o tratamento de tuberculose era realizado em dispensários, sanatórios e preventórios, nos quais se tinha a climatoterapia e o repouso do enfermo como procedimentos para recuperação e cura.

Neste sentido, Bandeira se instala no sanatório Clavadel, na Suíça para iniciar seu tratamento contra o ‘mal do peito’ e lá ele escreve algumas vivências de sua condição de doente. Na obra *Poesias*, são encontrados alguns poemas com a data de 1912 a 1914, onde ele escreveu em sua estadia no sanatório Clavadel.

Ainda no livro *Poesias*, uma compilação de algumas obras publicadas pelo autor, na parte de *Libertinagem* pude encontrar o poema *Dama Branca* que faz referência direta a tuberculose, colocarei a escrita na íntegra por achar pertinente esta narrativa.

A Dama Branca que eu encontrei,
Faz tantos anos,
Na minha vida sem lei nem rei,
Sorriu-me em todos os desenganos.

Era sorriso de compaixão?
Era sorriso de zombaria?
Não era mofa nem dó. Senão,

Só nas tristezas me sorriria.
E a Dama Branca sorriu também
A cada júbilo interior.
Sorria como querendo bem.
E todavia não era amor.
Era desejo? – Credo! De tísicos?
Por histeria... quem sabe lá?...
A Dama tinha caprichos físicos:
Era uma estranha vulgívaga.
Ela era o gênio da corrupção.
Tábua de vícios adúlteros.
Tivera amantes: uma porção.
Até mulheres. Até meninos.
Ao pobre amante que lhe queria,
Se furtava sarcástica.
Com uns perjurava, com outros fria,
Com outros má,
[...] Essa constância de anos a fio,
Sutil, captara-me. E imaginai!
Por uma noite de muito frio,
A Dama Branca levou meu pai.
(BANDEIRA, 1955, p. 113-114).

A descrição da Dama Branca se refere a tísica, também chamada de “peste branca”, galopante, consunção e tantos outros nomes ao decorrer dos tempos. No poema a doença parece ter

aspectos humanos com a adjetivação do poeta. No fragmento que se refere a “tivera amantes: uma porção”, podemos subentender a alta transmissão da bactéria entre as pessoas, consoante a Nascimento (NASCIMENTO, 2005), a doença era incurável, transmissível e endêmica. Por fim, Manuel Bandeira finaliza sua poesia com a perda de seu pai, segundo Pôrto (PÓRTO, 2000) ele faleceu segurando a mão de Bandeira e para o poeta foi um momento inesquecível, e isto fica perceptível nas letras do poeta.

O “poeta tísico” como ele se intitulava, não veio a falecer de tuberculose, na verdade ele viveu por muito tempo e morre de hemorragia gástrica aos 82 anos. Sua vida e escrita foram marcados pela dama branca desde os dezoito anos, sua trajetória conta com a ajuda de sua família etroca de correspondência entre seus amigos, sendo um deles o poeta e tuberculoso Ribeiro Couto.

Nelson Rodrigues “o que não se diz apodrece em nós”

Nelson Rodrigues (1912-1980) nasceu na cidade do Recife, assim como Bandeira vai morar na cidade do Rio de Janeiro e é tuberculoso. O jornalista adoce de tuberculose no ano de 1934 e vem conseguir se curar logo após três anos de tratamento no sanatorinho³ de Campos do Jordão.

O autor relata sua passagem no sanatório no livro *A menina sem estrela - memórias*, ele não só fala sobre sua enfermidade, como também descreve sobre outros doentes de tuberculose. Ele começa com a descrição de seu irmão Joffre que falece pelo bacilo de Koch.

Sua narrativa é marcada pela ruptura no entendimento da concepção da tuberculose, no século XX.

E ia aprender, em Campos do Jordão, que não há doença mais erótica do que a tuberculose.

3 O sanatorinho diz respeito ao sanatório público, local onde o doente recebia tratamento para obter a cura, conforme Rodrigues (1993), mesmo sendo um sanatório público os doentes em bom estado tinham que fazer alguma atividade, como varrer ou forrar as camas. Nos sanatórios brasileiros o doente só ia para este estabelecimento se houvesse a possibilidade de cura.

Bem. Agora não é assim. Falo do tempo em que a tuberculose tinha o nome parnasiano de ‘peste branca’. Em 1934, ainda não se esgotara a boa época do pneumotórax. (RODRIGUES, 1993, p. 128).

Nelson apresenta ao leitor o seu tempo e mostra conhecer a tuberculose no século anterior. É na escrita de Rodrigues que encontramos um tom de tragédia e há a percepção de mais detalhes acerca do tuberculoso, correspondente aos sentimentos de medo e da dor.

A tuberculose como ele apresenta não é mais a mesma passada pelos jornais com o nome de “peste branca”. No ano em que Nelson adoece o retrato da doença para as pessoas era este:

em 1934, porém, havia ainda o terror. Lembro-me de um vizinho que apanhou, como então se dizia, uma ‘fraqueza’. Ao saber que estava tuberculoso, chorou três dias e três noites. Nem começou o tratamento. Ao amanhecer do quarto dia, meteu, como Getúlio, uma bala no peito. E seu feio medo descansou na morte. (RODRIGUES, 1993, p. 125).

Aqui percebemos o medo de adoecer e por trás disto também podemos levar em conta o estigma da doença e do doente. No tocante ao receio de se falar sobre isto e de como havia o pavor de falar sobre a doença para que ela não tornasse pior ainda, em concordância com Sontag (SONTAG, 1964). Ainda assim, o tuberculoso quando doente não tinha a prática de falar para as pessoas que estava doente, já que era uma doença infectocontagiosa, muitos chegavam até a esconder a enfermidade de parentes ou amigos e simplesmente se afastavam.

Por isto, a frase “o que não se diz apodrece em nós” de Rodrigues (RODRIGUES, 1992, p. 171) é tão emblemática. É partindo desse não dito que a doença se apodera de nós, assim como o sentimento de medo que pode ser visto nas citações abaixo do jornalista Nelson Rodrigues.

Para Rodrigues (RODRIGUES, 1993, p. 138) “no sanatorinho, aprendi a olhar no fundo da nossa brutal e indefesa fragilidade. Ninguém é forte. Essa vontade de ser chorado geme em nós”.

Em 1934, o tuberculoso só era fiel, estritamente fiel à própria doença. Uma tosse mais intensa soltava todos os nossos pavores. Estávamos, ali, numa construção de madeira e tão frágil, quase de palito, Muitas vezes, na mesa, na cama, na varanda, me sentia indigente. Era pagante, mas aí é que está: — me senti indigente. A maioria não esperava nada da vida, nem de ninguém. Eu me lembro de como se morria no Sanatorinho. O sujeito mandava chamar a mãe, a mulher, o filho. E não vinha ninguém. O próprio Sanatorinho desaconselhava à família: — ‘É melhor não vir. Não adianta’. (RODRIGUES, 1993, p. 138-139).

A escrita dele apresenta o sentimento de solidão, de como o enfermo estava ligado estritamente a enfermidade, ainda assim nos auxilia a visualizar o ambiente sanatorial em que ele estava, por meio da construção de madeira frágil. Como já dito anteriormente, Nelson consegue sobreviver a tuberculose e vem a falecer de outro motivo que não foi a “peste branca”, mesmo assim muitas de suas páginas são marcadas pela dama branca.

Considerações Finais

O intuito desta pesquisa foi identificar o sujeito tuberculoso na literatura, entre o fim do séc. XIX e início do séc. XX, por isto escolhemos três literatos brasileiros em diferentes períodos, com diversos relatos sobre a mesma enfermidade. Sendo os escritores selecionados: Auta de Souza, Manuel Bandeira e Nelson Rodrigues.

A única que não recebeu tratamento, tomando por base seus poemas e o livro de Cascudo (CASCUDO, 1961) foi a poetisa Auta de Souza. Ela adoece do “mal do peito” aos quatorze e só se desvincula da mesma com a sua morte aos vinte e quatro anos de idade. A poetisa nunca foi internada em sua época, segundo Cascudo (CASCUDO, 1961, p. 174) “era do tempo da carne, ovos, leite, creosoto, arsênico, cacodilatos, fosfatos, óleo de fígado de bacalhau. Fiel ao dogma dos 3C: cama, comida e calma”.

Já os outros dois autores conseguem se curar, Nelson Rodrigues logo alcança a cura após três anos de tratamento e Bandeira permanece doente em média por dez anos. Outra similaridade entre

os dois é o nascimento na cidade do Recife e depois viverem no Rio de Janeiro.

A seleção dos literatos acima não deixa de fora o hall de enfermos tuberculosos que em sua escrita ou suas vidas falam por si a respeito da tuberculose, sendo eles: Kafka, Ribeiro Couto, Jamil Haddad, Paulo Setúbal, Teresa de La Parra. Estes literatos podem servir de pontapé inicial para outros estudos acerca de enfermos tuberculosos.

O tísico, o 'doente sentimental' até a primeira década do século XX, não está diferenciado dos demais doentes pela presença do bacilo de Koch. A psicologia continua humana e reagindo ante as excitações interiores e exteriores com maior ou menor intensidade, talqualmente ocorre numa criatura sadia e comum. Existe, numa resistência teimosa, é a figura típica do tuberculoso, recriação literária, forma imóvel na imaginária popular, magro, pálido, tossindo, inapetente, irritante e irritado, desajustado, egoísta, indignado com a ideia de alguém ter saúde junto a seu sofrimento, nervos vibrantes e captando sons que passam despercebidos a qualquer outro sistema nervoso. É o predestinado a uma acuidade excepcional. *O que inegavelmente existe é o tuberculoso vivendo nos sanatórios, com dezenas de companheiros, homens e mulheres, isolado, distanciado da normalidade existencial, exilado do contato social, estabelecendo, pela intercomunicação diária, um clima peculiar às comunidades semiclaustrais, valorizando as minúcias do caso pessoal, dramatizando sua doença porque é maneira única de projetar-se no grupo homogêneo pela apreciação ampliadora do elemento individual.* (CASCUDO, 1961, p. 174-175. [Grifo nosso]).

Por fim, finalizo com esta citação de Cascudo (CASCUDO, 1961), onde ele apresentou uma imagem cristalizada da tuberculose no séc. XIX e discorda disto. Ele não só trouxe uma excelente bibliografia da vida de Auta de Souza, com também tenta trazer a humanidade para o enfermo, em sua escrita.

Referências:

- BANDEIRA, Manuel. *Poesias*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio, 1955.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900 – 1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

CASCUDO, Luis da Câmara. *Vida Breve de Auta de Souza 1876–1901*. Ed. Impr. Oficial, 1961.

LE GOFF, Jacques (org.); Pierre Nora. *História: novas abordagens* in Starobinski, Jean. *A literatura: O texto e seu intérprete*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1995.

NASCIMENTO, Dilene R. do. Imagens do Mal: A representação da tuberculose no início do século XX. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 13, v. 2, 2005, p. 493-510.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. História e literatura: uma velha-nova história. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, n. 6, 28 jan. 2006. Disponible sur: <http://nuevomundo.revues.org/document1560.html>.

PÔRTO, Ângela. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, fev. 2000, p. 523-550. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000400003>.

PÔRTO, Ângela. A representação da tuberculose na literatura brasileira na passagem do século XIX para o século XX. In: PÔRTO, Ângela. *Arte e saúde: desafios do olhar*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 47-57.

RODRIGUES, Nelson. *A menina sem estrelas: memórias*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

RODRIGUES, Nelson. *O Casamento*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SONTAG, Susan. *Doença como Metáfora*. Trad. Márcio Ramos. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

WEGNER, Robert. Em busca da Muiraquitã: uma reflexão sobre a literatura como fonte para estudos históricos de doenças. In: WEGNER, Robert. *Uma história brasileira das doenças*. v. 5. Ed. Fino Traço. Belo Horizonte, 2015.

Infecções Audiovisuais: microbiologia, microcinematografia e os primórdios do filme de epidemia

Klaus Berg Nippes Bragança¹

Introdução: a cinematografia dos micróbios

Film is a disease. When it infects your bloodstream, it takes over as the number one hormone; it bosses the enzymes; directs the pineal gland; plays Iago to your psyche. As with heroin, the antidote to film is more film.

Frank Capra

Por muitos séculos perdurou na história do conhecimento a teoria dos miasmas, “os gases venenosos expelidos pela terra”, como causa para as doenças infecciosas que acometiam a humanidade. Os miasmas eram uma explicação comum aderida em períodos de peste, tanto que como medida de proteção foi adotado um vestuário médico típico que possuía uma máscara em formato de bico-de-pássaro para depositar essências aromáticas capazes de neutralizar o contágio por miasmas. Esta teoria foi rechaçada apenas após a década de 1870, com o desenvolvimento da microbiologia clínica e da infectologia a partir dos trabalhos precursores de Louis Pasteur na França e de Robert Koch na Alemanha. Como nos lembra Stefan Ujvari, “estavam abertas as portas para a aceitação definitiva dos agentes infecciosos como causadores das doenças. Os miasmas, com o tempo, seriam esquecidos pelo meio científico” (UJVARI, 2020, p. 152).

¹ Professor Adjunto no curso de Cinema e Audiovisual – DepCom/CAr (UFES).
E-mail: klausbraganca@gmail.com

Alguns dos métodos de diagnóstico empregados requeriam técnicas e aparelhos de visualização dos microrganismos, por exemplo Koch “introduziu a técnica de coloração das bactérias por anilina, conseguindo assim diferenciá-las melhor; criou um método de fotografia microscópica e também o exame com lente de imersão” (UJVARI, 2020, p. 152). As descobertas microbiológicas do final do século XIX ressoaram não apenas sobre a academia e o meio científico, mas também sobre a cultura popular que, gradativamente, passaria a disseminar tais conhecimentos em suas diversas manifestações – desde a literatura de folhetim até as artes cênicas e visuais.

O cinematógrafo criado no final do século XIX, além de servir como um meio de divulgação dos avanços científicos, era considerado como parte destes mesmos avanços e foi empregado em várias áreas do conhecimento e da ciência, como um instrumento assessorio capaz de substituir a imobilidade e rigidez da câmera fotográfica. Assim, o cinematógrafo foi usado em experimentos de zoologia e locomoção animal; foi acoplado a lentes telescópicas para registrar os movimentos do universo pela astronomia, e também a lentes subaquáticas para explorar a biologia marinha; tornou-se um importante aliado na sintomatologia da histeria clínica, bem como um recurso imprescindível para o estudo do corpo humano pela anatomia e fisiologia – e do ser humano pela antropologia.

Não tardou muito para que o aparelho fosse articulado a instrumentos óticos capazes de enxergar fatias de um mundo invisível, como o microscópio. De acordo com Oliver Gaycken (GAYCKEN, 2015, p. 16), ainda em 1903, cerca de oito anos após o surgimento do cinematógrafo nos espetáculos da cultura urbana, o produtor norte-americano Charles Urban associou-se ao zoologista e fotógrafo britânico Francis Martin Duncan para produzir a coleção de filmes científicos populares *The Unseen World*, que apresentava “as maravilhas invisíveis da realidade” através do aparelho de microcinematografia. No catálogo do *Microbioscópico* de Urban-Duncan exibidos para o público, constavam vários títulos entre filmagens subaquáticas da fauna marinha, registros da

circulação sanguínea de cobaias vivas, e ainda os movimentos de microrganismos como a bactéria tifoide.

No curta-metragem *The cheese mites*, composto por apenas duas sequências, vemos Duncan expressar um olhar de estranheza perante um pedaço de queijo e, quando decide observá-lo com uma lupa, surge então a sequência microcinematográfica da infestação do queijo por parasitas magnificados pela lente do aparato. Seja através de lupas, microscópios, lunetas ou telescópios, todos estes “filmes de observação” compõem um subgênero, conforme analisa Thierry Lefebvre (LEFEBVRE, 2007, p. 170), que recorre ao plano subjetivo ou plano ponto de vista: uma imagem que articula o ponto de vista da câmera ao ponto de vista de algum personagem que observa determinado motivo na cena.



Imagem 1: A microcinematografia em *The Cheese Mites* (1903) de Francis Martin Duncan e Charles Urban.

De maneira similar, em 1909 o médico francês Jean Comandon trabalhou nos estúdios Pathé para desenvolver vários filmes científicos com sua cinematografia ultramicroscópica. Comandon tinha como objetivo registrar a *Spirochoeta Pallida*, agente infeccioso da sífilis, para melhorar o diagnóstico de pacientes – algo que não seria possível apenas com a fotografia, pois segundo Isabelle do O’Gomes, a espiroqueta da sífilis “ao se locomover, realiza movimentos bem característicos que permitem que ela seja reconhecida com facilidade”² (O’GOMES, 1994, p. 80). Ou seja, a movimentação do agente infeccioso determinava seu reconhecimento e, por isso, as imagens animadas pelo cinematógrafo eram essenciais para seu diagnóstico clínico.

2 Esta e as demais citações de obras estrangeiras listadas nas referências bibliográficas foram traduzidas pelo autor deste trabalho.

Os irmãos Pathé ofereceram um estúdio, técnicos e equipamentos para Comandon desenvolver seu experimento que, em contrapartida, iria produzir vários filmes científicos para diversificar o catálogo de títulos nos cinemas Pathé. Com a parceria estabelecida, Comandon pôde registrar a bactéria da sífilis e o parasita *Trypanosoma*, causador da doença do sono, além de outros microrganismos, que foram projetados nos cinemas para o público leigo a partir de janeiro de 1910 na programação intitulada “A cinematografia dos micróbios” (LEFEBVRE, 2003, p. 1504). Vale notar que os irmãos Pathé perceberam um potencial de mercado nesses filmes e começaram a distribuí-los para outros públicos e circuitos mais especializados, como escolas de ciências e estudantes de medicina.



Imagem 2: A microcinematografia da *Spirochoeta Pallida da sífilis* (1909) de Jean Comandon.

O trabalho microcinematográfico de Comandon foi interrompido com a deflagração da Primeira Guerra Mundial em 1914, ao ser alistado como motorista de ambulância no front, até 1917, quando foi designado como produtor de filmes de propaganda destinados à prevenção da epidemia de tuberculose que acometia as tropas francesas no campo de batalha (O’GOMES, 1994, p. 84) – exatamente no momento em que outra epidemia, ainda mais letal, começava a se disseminar entre os soldados, como um dos espólios obtidos na primeira grande guerra do século XX.

A comédia das doenças infecciosas

Conhecido como “cinema científico popular” ou “filme de vulgarização científica”, as obras de Urban-Duncan e de Comandon contribuíram para a popularização da ciência e ultrapassaram suas fronteiras educativas para infectar gêneros ficcionais da nascente arte cinematográfica – justamente durante a domesticação das convenções de linguagem e dos códigos narrativos do cinema. Como afirma Flávia Cesarino Costa, a fase de domesticação do cinema é “esta transformação que começa a se operar no final do período do primeiro cinema”, um percurso gradual entre a passagem “[...] da dominância do espetáculo popular até a dominância de um modelo narrativo e consagrado pela tradição” (COSTA, 2005, p. 68).

O repertório adquirido com os experimentos científicos cinematográficos foi representado, narrativa e esteticamente, de formas distintas nas ficções fílmicas. O humor é um recurso empregado em filmes como *La peur des microbes*, uma produção dos irmãos Pathé de 1907. Na narrativa, um senhor lê no jornal sobre uma temível epidemia de Influenza que assola a comunidade, o que o deixa temeroso, mas, logo adiante, ele vê um anúncio de um poderoso antisséptico e decide adquirir o produto para se prevenir. O personagem borrija o antisséptico em todos que cruzam seu caminho, numa aversão ao contato social ou fobia de contágio, o que gera desentendimentos e tumulto. Ao final ele é detido, e como punição o personagem é higienizado pelas autoridades policiais. As piadas narrativas deste curta surgem da paranoia sanitária sofrida pelo protagonista, gerada a partir de notícias e propagandas midiáticas.

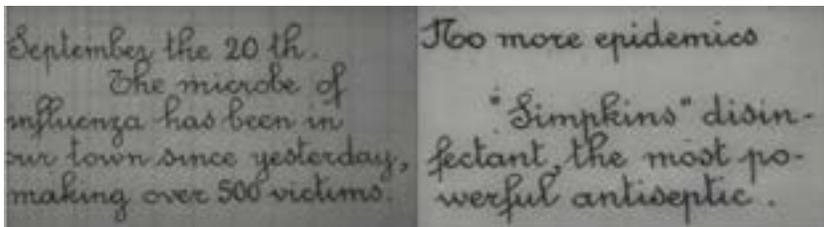


Imagem 3: As mensagens midiáticas em *La peur des microbes* (1907) dos irmãos Pathé.

É importante frisar que este curta do começo do século XX, já atribui à mídia uma responsabilidade pelos conteúdos disseminados durante uma crise sanitária. O filme reverbera que as mensagens midiáticas são tão transmissíveis e contagiantes quanto a própria doença. Para Claudio Bertolli Filho (BERTOLLI FILHO, 2012) a mídia de massa possui um papel fundamental na produção e disseminação de um “conhecimento comum” adotado pelo público. Um discurso midiático insistente que tende, mesmo sub-repticiamente, a preservar uma visão fatalista sobre o futuro da humanidade ao se defrontar com o *Cefeiro Implacável*. Trata-se de uma pauta pública rotineira que esmiúça dramas e tragédias pessoais através de mensagens que exploram as consequências da doença, “tornando-se prolíficas fontes dos medos coletivos em escala planetária, favorecendo o cruzamento dos discursos científicos com as falas de leigos e impondo dimensões metafóricas às enfermidades” (BERTOLLI FILHO, 2012, p. 31).

That fatal sneeze, que também é uma comédia produzida pelo braço britânico da Pathé em 1907, narra a crise de espirros sofrida por um senhor – causada propositalmente por uma jovem. Ele sai pelas ruas espirrando sobre pessoas, lojas e produtos, o que gera confusão e conflito por onde passa. Em determinado momento seu espirro é capaz de inclinar o eixo da câmera e da cena, como se o mundo sacolejasse. Por fim, após espirrar em todos e causar desordem, o protagonista explode em um espirro fatal.



Imagem 4: O espirro final em *That fatal sneeze* (1907) de Levin Fitzhamon.

Este filme adota alguns elementos de gêneros cinematográficos populares do início do século XX: tanto o filme de perseguição, quanto o *trick film* (filme de ilusão ou truque) sustentam a estrutura narrativa para a composição das piadas. E aqui a piada é a própria doença, bem como seus impactos sobre o doente em uma

comunidade sadia. O doente é tratado como um culpado e sofre a perseguição da turba enfurecida; a doença torna-se um estigma que provoca violência e segregação social. Segundo Flávia Cesarino Costa “em cada um dos planos, a ameaça de mais um espirro gera expectativa e depois destruições. Cada plano atua como suspensão do fluxo da perseguição, como um espetáculo de microatrações, confusões multiplicadas” (COSTA, 2005, p. 192).

Les joyeux microbes dirigido pelo desenhista Émile Cohl para os estúdios Gaumont em 1909, apesar de empregar o humor, adota estratégias estéticas distintas para representar os microrganismos, como a caricatura animada. Na trama, um médico mostra a um jovem através das lentes de um microscópio os agentes infecciosos que causam doenças como “o micróbio da peste (ou da política)”. As influências tanto do “filme de observação” quanto da microcinematografia ficam evidentes no curta ao observarmos por meio do plano ponto de vista do jovem a animação dos microrganismos que se tornam informações visuais.

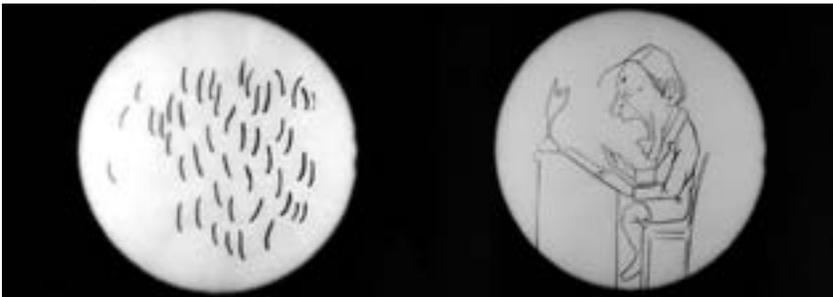


Imagem 5: O “micróbio da preguiça” em *Les joyeux microbes* (1909) de Émile Cohl.

As animações de Cohl começam como uma imitação da microbiologia celular, que se transformam em críticas políticas e sociais. Por exemplo, o “micróbio da preguiça (ou do funcionalismo)” é apresentado inicialmente como “cerca de vinte varetas pequenas, que evocam muito claramente os bacilos da tuberculose de Koch. Cada um se divide lateralmente, muito parecido com um cromossomo” (LEFEBVRE, 2007, p. 177). A partir daí as formas se fundem e se rearranjam como a imagem de um servidor público sonolento. Trata-se de uma obra de animação que incorpora em

sua narrativa o subgênero do “filme de observação” e a estética da microcinematografia para representar as mensagens das doenças.

A dramaturgia da peste

Com o avanço das técnicas de montagem e narração na segunda década do século passado, a linguagem cinematográfica consolidou novas formas ficcionais e assim outros gêneros fílmicos contornaram a representação das epidemias. Surgiam obras dramáticas mais elaboradas que requeriam estratégias narrativas capazes de atrair o público – afinal o cinema estava domesticado, havia se transformado de atração barata de feiras livres para uma instituição reconhecida na cultura moderna e, portanto, as populares *gags* dos filmes de perseguição e *trick films* não surpreendiam mais a audiência. Era preciso haver uma organização dos elementos dentro de uma estrutura narrativa dividida em atos.

Esses mesmos procedimentos são adotados por Charles Rosenberg para discutir uma “qualidade episódica” na história das epidemias. Para Rosenberg as epidemias, enquanto fenômeno social, possuem uma forma dramática, pois “começam em um momento no tempo, progridem em um palco limitado por espaço e duração, seguem um enredo linear com tensão crescente e surpreendente, passam para uma crise de caráter individual e coletivo, em seguida, derivam em direção ao encerramento” (ROSENBERG, 1989, p. 2). Rosenberg sugere que, assim como o roteiro de uma peça teatral, os eventos de uma epidemia progridem em seqüências narrativas estruturadas em três atos sucessivos: a revelação progressiva; a gestão da aleatoriedade; e a negociação de resposta pública. Cada ato possui seus elementos e características basilares, e juntos somam-se em uma narrativa completa, com início, meio e fim.

De acordo com Rosenberg, no ato I “os corpos devem se acumular e os doentes devem sofrer em número crescente antes que as autoridades reconheçam o que não pode mais ser ignorado” (ROSENBERG, 1989, p. 4). No segundo Ato “a gestão da resposta às epidemias poderia servir como um veículo de crítica social, bem

como uma lógica para o controle social” (ROSENBERG, 1989, p. 6). E ao final as “epidemias normalmente terminam com um gemido, não com um estrondo. Indivíduos suscetíveis fogem, morrem ou se recuperam, e a incidência da doença diminui gradualmente. É uma sequência plana e ambígua, mas inevitável para um último ato” (ROSENBERG, 1989, p. 8-9). O autor ainda afirma que o final do último ato também pode fornecer uma estrutura moral que funciona como um epílogo sobre como a comunidade lidou com os desafios de uma crise sanitária, isto é, “epidemias sempre proporcionaram uma boa ocasião para julgamento moral retrospectivo” (ROSENBERG, 1989, p. 9).

A correlação dramaturgica entre epidemias e peças cinematográficas se estabelece em atos estruturados dentro de gêneros proeminentes da época. O melodrama confere o tom narrativo no curta-metragem *The temple of Moloch* produzido por Thomas Edison em 1914 junto à Associação Nacional para o Estudo e Prevenção da Tuberculose. No filme de Edison – cuja primeira esposa fora vitimada por febre tifoide – temos uma divisão em três atos sequenciais: no primeiro ato um rico industrial é acusado por um jovem médico de submeter seus empregados a condições insalubres de trabalho em sua fábrica, de onde a epidemia de tuberculose estaria se disseminando.

No segundo ato o médico é confrontado pela filha do industrial, seu par romântico no filme, e narra para ela o sofrimento de uma família operária cuja filha fora vitimada pela tuberculose. Ele afirma que na fábrica “as crianças são enviadas para a doença como elas eram dadas de alimento para o Deus Ancestral”, Moloch. E no terceiro ato, após seus filhos serem contaminados, o industrial revê suas condutas patronais e passa a combater a epidemia em sua fábrica com a ajuda do médico – o que culmina no epílogo moral da narrativa.



Imagem 6: O médico que acusa o industrial de condições trabalhistas insalubres acompanha o tratamento de seus filhos no último ato de *The temple of Moloch* (1914) de Thomas Edison.

Outra doença contagiosa de magnitude pandêmica surgida na esteira da Primeira Guerra Mundial infectaria o cinema e consolidaria a narrativa do moderno filme de epidemia. A pandemia de Gripe Espanhola que eclodiu em 1918 foi sentida pela sociedade e também pelo cinema, econômica e tematicamente, como por exemplo no filme *Dr. Wise on Influenza*. O curta-metragem financiado pelo Ministério da Saúde Britânico foi exibido nos cinemas antes das atrações principais (os filmes de longa-metragem) ainda no começo de 1919.

A dramatização da narrativa opera uma pedagogia do choque como estratégia de prevenção: enquanto o Dr. Wise faz advertências sobre o perigo da epidemia, ele narra a história de um de seus pacientes e todos os problemas ocasionados por ele não seguir suas recomendações e precauções. Embora ficcional, a narrativa é incrementada com momentos educativos para ajudar a população a se prevenir contra a epidemia, como isolamento e restrição social, e até mesmo ensina como confeccionar sua própria máscara caseira de proteção individual.

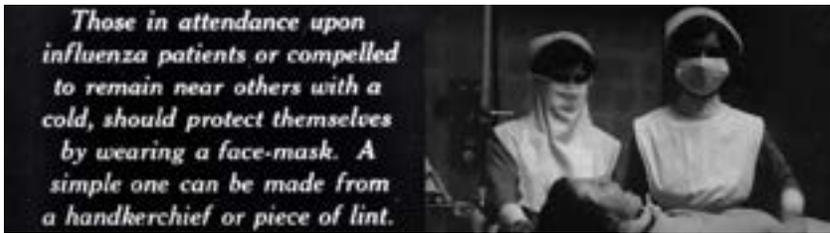


Imagem 7: A pedagogia preventiva em *Dr. Wise on Influenza* (1919) de Joseph Best.

A crise sanitária de Influenza também inspiraria a produção alemã *Die pest in Florenz*, lançada durante a segunda onda da pandemia em 1919. Como comenta Georgios Pappas, “a grande epidemia de Influenza de 1918 e as memórias sobre as epidemias da Peste desde os tempos medievais são frequentemente representadas em filme” (PAPPAS, 2003, p. 940). O padrão comercial de longa-metragem já está estabelecido neste filme baseado no conto gótico *A máscara da Morte Rubra* de Edgard Allan Poe, roteirizado por Fritz Lang – um dos célebres cineastas da geração expressionista da república de Weimar. O conto de Poe narra os horrores causados pela Peste Negra em uma população que já estava enclausurada dentro de um reino renascentista. No conto original os sintomas e estigmas da peste são apresentados logo no primeiro parágrafo:

a Morte Rubra já devastava o campo há muito tempo. Nenhuma pestilência havia sido tão fatal, ou tão hedionda. O sangue era seu avatar e a sua marca – a vermelhidão e o horror do sangue. No começo sentiam-se dores agudas, então uma tontura repentina e um sangramento copioso pelos poros até a morte. As manchas escarlates sobre o corpo e especialmente sobre o rosto da vítima significavam o banimento do doente, isolando-o do socorro e da simpatia de seus próximos. E todo o processo de contaminação, progresso e fim da doença eram incidentes de meia hora. (POE, 2007, p. 13).

Entretanto, a narrativa fílmica sofreu muitas alterações, principalmente no primeiro e segundo atos. O filme começa ainda antes da quarentena, com as disputas de poder e romances secretos entre soberanos, nobres e súditos dentro do reino. Há também o aparecimento da peste, que surge fantasmagoricamente de um pântano e começa um percurso de morte. Além disso, se na versão original de Poe a Morte Rubra usa uma máscara, a peste da

adaptação fílmica é representada de maneira curiosa: aqui a peste possui de fato uma forma definida, a forma feminina – uma mulher que abate as vítimas com sua simples presença.

O efeito de sobreposição usado para materializar a imagem da mulher confere contornos espectrais à peste, como se fosse de causa sobrenatural, um castigo decorrente dos pecados individuais ou coletivos. Segundo Susan Sontag “a ideia da doença como um castigo é a mais antiga explicação da causa das doenças” (SONTAG, 1989, p. 54). O efeito de sobreposição remonta às tradições figurativas herdadas da fotografia espírita e das fantasmagorias de palco que o primeiro cinema incorporou para representar fantasmas e almas-penadas, e que se tornariam uma convenção de linguagem para os monstros sobrenaturais do cinema de horror. Sua imagem translúcida é capaz de invadir o reino trancafiado e contaminar cada uma das pessoas quarentenadas.

A *mise-en-scène* do filme é composta por uma atmosfera fúnebre, mas permeada por sequências festivas na qual a população se entrega aos prazeres da luxúria. Tal atitude evoca a alegoria pictórica da “dança macabra”, como modo de personificar o contato e a proximidade com a morte. De acordo com Jean Delumeau, “parece mais ou menos certo que o tema da dança macabra nasceu com a grande pandemia de 1348, e é significativo que sua eflorescência se tenha situado entre os séculos XV e XVIII, isto é, durante o tempo em que a peste constituiu um perigo agudo para as populações” (DELUMEAU, 2011, p. 191). Esta referência culmina ao final do filme, quando a peste dança enquanto toca um violino entre mortos e cadáveres que se julgavam protegidos dentro da fortaleza renascentista.



Imagem 8: A peste, antes um espectro, dança entre cadáveres em *Die pest in Florenz* (1919) de Otto Rippert.

As danças macabras vistas em pinturas, gravuras e esculturas são compostas com esqueletos e ossadas que se relacionam junto aos cadáveres e aos sobreviventes, ora de maneira mais ameaçadora e repugnante, ora de maneira mais descontraída e animada. O festejo da mortalidade evocado pela dança macabra era quase um ritual de purificação artística, a depuração da morte através de uma reconstituição estilizada dos horrores reais vislumbrados no acúmulo de cadáveres das cidades. Oferecendo apelo sequencial, muitas imagens narram a iminência da morte perante a fragilidade e a promiscuidade da vida, isto é, “com um realismo mórbido, os artistas se esforçavam em traduzir o caráter horrível da peste e o pesadelo acordado vivido pelos contemporâneos. Insistiram [...] nos trespasses fulminantes e naquilo que o contágio tinha de mais odioso, de mais inumano e de mais repugnante” (DELUMEAU, 2011, p. 191).

Surgido no momento em que a Alemanha agonizava sua derrota no front e sucumbia perante uma nova peste, a dramatização fílmica do conto gótico de Poe é uma resposta aos traumas e anseios culturais derivados da crise de Influenza do Pós-Primeira Guerra. Muita já foi dito sobre a atmosfera de pesadelo, a *mise-en-scène* estilizada e carregada de sombras que caracteriza a escola expressionista de cinema: uma vanguarda cinematográfica nascida dos escombros da Primeira Guerra, moldada durante a depressão econômica e social da sociedade alemã.³ Porém, *Die pest in Florenz*, lançado logo no início do ciclo expressionista – inaugurando junto a seus congêneres um movimento cinematográfico definido por

³ Para uma historiografia cultural do cinema expressionista alemão Cf. Eisner (2002).

sua tendência à morbidez –, mostra como uma pandemia pode fomentar a criação artística.

Conclusão: o diagnóstico do cinema

Essa é a história de uma filmografia intercedida pela história das doenças. O filme de epidemia teve um período de incubação lento e gradativo, mas seus sintomas foram sentidos de modos variados nas ficções fílmicas ao longo do século XX. Ainda em sua fase embrionária, a narrativa cinematográfica de epidemia que hoje nos acostumamos a ver em ficções científicas, horror e melodrama, por exemplo, foi contaminada pelos avanços da infectologia e ajudou a transmitir um conhecimento popular sobre as doenças e epidemias enfrentadas pela sociedade moderna.

São filmes herdeiros da microcinematografia, mas também criaram formas de representar os dramas e os problemas causados pela sociedade enquanto lida com seus episódios epidêmicos. Filmes de epidemia são portadores de emoções expressadas durante crises sanitárias e buscam exercer efeitos anímicos distintos, seja o riso, a comoção ou o medo. Essa cinematografia nos ensina sobre prevenção e cuidados sanitários, debatem comportamentos sociais e julgamentos morais, elegem justificativas científicas e acusam culpados, traduzem artisticamente os significados impregnados na consciência de uma sociedade adoecida. Cinema talvez não seja uma doença, mas seus diagnósticos traçados sobre o passado podem orientar uma cura para o futuro.

Referências

Filmografia

Die pest in Florenz. Dir. Otto Rippert. GER, 1919.

Dr. Wise on Influenza. Dir. Joseph Best. UK, 1919.

La peur des microbes. Dir. Pathé Frères. FRA, 1907.

Les joyeux microbes. Dir. Émile Cohl. FRA, 1909.

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

Spirochoeta Pallida (de la Syphilis). Dir. Jean Comandon. FRA, 1910.

The Cheese Mites. Dir. Francis Martin Duncan; Charles Urban. UK, 1903.

The temple of Moloch. Dir. Thomas Edison. USA, 1914.

That fatal sneeze. Dir. Levin Fitzhamon. UK, 1907.

Bibliografia

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Novas doenças, velhos medos: a mídia e as projeções de um futuro apocalíptico. In: MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Ed. FAP-UNIFESP, 2012, p. 13-36.

COSTA, Flávia Cesarino. *O primeiro cinema: espetáculo, narração, domesticação*. Rio de Janeiro: Azougue, 2005.

DELUMEAU, Jean. *A história do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. Trad. Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 154-220.

GAYCKEN, Oliver. "Revealing Nature's Closest Secrets": F. Martin Duncan's Popular-Science Films at the Charles Urban Trading Company. In: GAYCKEN, Oliver. *Devices of curiosity: Early cinema & popular Science*. New York: Oxford UP, 2015, p. 15-53.

LEFEBVRE, Thierry. Jean Comandon et le débuts de la microcinématographie. *La revue du praticien*, v. 53, n. 13, p. 1502-1505, sep. 2003.

LEFEBVRE, Thierry. Les joyeux microbes: un film sus influence? 1895 – Mille huit cent quatre-vingt-quinze, n. 53, dec. 2007, p. 168-179.

O'GOMES, Isabelle Do. L'ouvre de Jean Comandon. In: MARTINET, Alexis (Ed.). *Le cinéma et la Science*. Paris: CNRS Editions, 1994, p. 78-85.

PAPPAS, Georgios *et al.* Infectious diseases in cinema: vírus hunters and killer microbes. *Clinical Infectious Diseases*, v. 37, n. 7, oct. 2003, p. 939-42.

POE, Edgar Allan. *A máscara da Morte Rubra*. Trad. Jorge Ritter. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007.

ROSENBERG, Charles E. What is an epidemic? Aids in historical perspective. *Daedalus*, v. 118, n. 2, , p. 1-17, 1989.

SONTAG, Susan. *Aids e suas metáforas*. Trad. Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

UJVARI, Stefan Cunha. *História das epidemias*. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2020.

Saúde, doença e mortalidade infantil na idade média no *Tratado De Los Niños* (Século XIV)

Larissa Lacé Sousa¹

A proposta desta pesquisa é analisar a questão da saúde, as principais enfermidades que afetavam as crianças e também a mortalidade infantil na Idade Média. A principal fonte de nossa análise é o *Tratado de Los Niños*, composto no início do século XIV, pelo físico e mestre Bernardo de Gordônio (1258-1318). Nosso objetivo ao analisar uma obra médica, fruto da medicina universitária medieval, é compreender as concepções de saúde, ligadas as enfermidades e aos cuidados com as crianças, tentando evitar as causas de mortalidade.

O *Tratado de Los Niños* integra a obra denominada *Livro sobre a Conservação da vida humana desde o nascimento até a hora da morte*, conhecido também como *Regimento de Saúde*. Esse escrito contém quatro partes práticas da medicina: a primeira trata-se do pulso, a segunda sobre a sangria, a terceira é dedicada à dietética e a última sobre a urina. É na terceira parte que está nosso direcionamento aos cuidados com a saúde infantil. Ao contrário dos regimentos compostos para um paciente específico, sua obra com embasamento teórico das autoridades Galeno e Avicena, apresenta recomendações médicas para um público maior (PEÑA; GIRÓN, 2006, p. 89).

Nossa fonte está estruturada em 28 pequenos capítulos. Na primeira parte o autor discute sobre o nascimento das crianças e os primeiros cuidados com os bebês. O segundo é direcionado à escolha da ama de leite. O terceiro, Gordônio dedica ao período de

¹ Mestranda pelo PPGH-UFG. E-mail: alarissinha.lacesousa385@gmail.com

nascimento dos dentes e as mudanças na alimentação. No quarto capítulo é feito um resumo sobre as enfermidades mais comuns que afetavam as crianças e o quinto trata-se exclusivamente sobre a insônia infantil. A partir do capítulo VI o autor descreve várias doenças (dor nas orelhas, inflamação nos olhos, dor no ventre) explicando cada uma e o que fazer para tratá-las. No último, mesmo sendo intitulado como “A febre dos infantes”, o autor aborda um pouco sobre a questão da educação das crianças e adolescentes, e o comportamento que deviam ter frente aos seus pais e mestres.

Dentre os gêneros da literatura médica medieval, podemos compreender a fonte como uma mescla de receituários e regimento de saúde. O Tratado é uma obra de prática médica, pois ao mesmo tempo em que lista as enfermidades, também receita os respectivos tratamentos para evita-las e conservar a saúde. Nota-se que o autor retrata a vida das crianças desde quando estão no ventre, os cuidados que as mães deviam ter na gestação para não gerar aborto, até os aspectos da juventude.

A partir do século XIII os regimentos de saúde foram compostos, consistiam em um conjunto de normas dadas pelos médicos a serem seguidas pelos pacientes. Eram ricos em preceitos que orientavam cuidados em relação à alimentação, aos hábitos higiênicos, à prática de esportes para que as pessoas ficassem saudáveis. Já os receituários indicavam medicamentos que os pacientes deviam fazer geralmente com plantas e elementos naturais, mas também com partes animais e minerais (SOTRES, 1995, p. 264-265).

O físico Bernardo de Gordônio nasceu em uma aldeia próxima à Montpellier, local onde exerceu sua profissão de físico por quase toda sua vida. No seu percurso intelectual, identificamos também sua atuação no ensino, graças ao trabalho como mestre exercido a partir de 1283 na Faculdade de Medicina da Universidade de Montpellier. Escreveu várias obras médicas e foi um dos físicos precursores em trabalhar com o assunto criança e a saúde delas na Idade Média (GUARDO, 2003, p. 19).

A existência das enfermidades em algum tempo no medievo foi figura presente e constante e levou a morte muitas pessoas, inclusive crianças. A proliferação delas ocorria mais rápido devido alguns fatores: falta de higiene e saneamento básico ou mesmo falta de conhecimento que influenciava, porque as vezes algumas práticas ao invés de melhorar, faziam o efeito contrário. Diante das enfermidades, um corpo se tornava indefeso e doente e a presença das enfermidades tanto nas sociedades medievais quanto modernas chegavam com teor destrutivo, de maneira opressora. Quando uma doença surgia, mais do que causar um transtorno pessoal ela se tornava um elemento de desorganização social, principalmente a partir do momento que ela se espalhava virando uma epidemia (REVEL; PETER, 1976, p. 142-144).

A medicina medieval, influenciada pelas teorias das autoridades antigas e árabes, baseava-se na observação e raciocínio dos componentes da natureza, onde tudo estava constituído por quatro elementos básicos: água, ar, terra e fogo. A teoria humoral por Hipócrates e Galeno combinava os quatro elementos naturais juntamente com as propriedades quente, frio, seco e úmido, responsáveis pelos humores no corpo: sangue (ar), biles amarela (fogo), biles negra (terra) e o fleuma (água), que dependendo do equilíbrio ou desequilíbrio poderiam gerar enfermidades. Assim, os alimentos, as bebidas e os medicamentos eram indicados de acordo com suas qualidades, frio, seco, quente e úmido, antes de ser recomendado ao paciente o sexo, a idade e sua compleição deveriam ser observados (PERÉZ, 2009, p. 468-470).

Gordônio, assim como outros médicos, seguia essa teoria como o passo primordial para que tudo ocorresse bem. Então, em suas indicações primeiramente vinham os elementos naturais e a prática da dietética como os comportamentos que a mãe devia praticar com as crianças, a maneira de cuidar em casa, os banhos, a higiene, os remédios feitos à base de ervas e a alimentação. O *Tratado de Los Niños* procura indicar em grande parte medidas para evitar o surgimento de doenças.

Considerando a compleição infantil que era quente e úmida. Gordônio indica: “A água morna deve de ser moderada para dar banho na criança e depois retificado a cabeça se for conveniente” (TNBG, p. 76). Percebemos a teoria aqui, como a compleição das crianças era quente e úmida ele sugeria banhos com água morna, a fria não era indicada porque era fácil das crianças adoecerem e a quente também não devido à constituição física dos bebês ser a mesma.

O próximo passo seria cuidar do cordão umbilical. Na fonte em análise, Bernardo de Gordônio apresenta os procedimentos para cortar o umbigo e depois curá-lo: “Ser cortado o umbigo como quatro dedos, mas antes deve ser amarrado com lã torcida e untada com azeite de sésamo.² Após o corte, espalhe acima pó feito com mirra e sangue de dragão” (TNBG, p. 76).³

Esses são medicamentos que auxiliavam no processo de cicatrização. Por isso recomendava utilizar sangue de dragão que por ser antioxidante e um potente cicatrizante servia para tratar feridas, impedir infecções e ajudar a cicatrizar. Indicava ainda pó de mirra que exercia função de antimicrobiano e anti-inflamatório e árvore-do-mástique⁴ que tinha propriedade de auxiliar na desinfecção.

Na análise da fonte é possível identificar algumas enfermidades, dentre elas, destacam-se: dor e coceira nas gengivas quando os dentes das crianças começavam a nascer, bolhas na garganta, no corpo, a insônia ou medo infantil, tumores na cabeça, ruptura da apendicite, doenças no estômago, dor nos ouvidos, inflamação nos olhos, dor e constipação no ventre, vermes, febres e outras.

2 É um óleo comestível chamado de sésamo ou gergelim, extraído a partir de sementes de sésamo. Está em uso por milhares de anos para diversos fins no Oriente. Ele tem propriedades curativas para uma série de doenças. É usado por via oral ou passado no local da dor ou enfermidade.

3 É uma árvore da família Euphorbiaceae, que pode medir entre 10 e 25 metros de altura, com folhas em forma de coração, brilhantes e flores verde-brancas. Quando corta, sua seiva é vermelha como sangue por isso este nome, e têm propriedades medicinais comprovadas, como a cicatrização.

4 É uma resina obtida do lentisco, é vendida no mercado na forma de gotas ou lágrimas arredondadas.

Para o tratamento das doenças que atingiam a cabeça (tumores, lesões) era indicado que tomasse clara de ovo. Contra os problemas nos olhos Gordônio receitava que o rosto e os olhos fossem untados com suco de solatri, pepino e azeite morno. A clara de ovo com propriedades frias, levava a sensação de redução do calor corporal e aliviava alguns tipos de dores, do mesmo modo, o pepino também frio agia refrescando. Ambos seriam contrários à constituição física das crianças e assim, exerceriam função positiva na cura destas enfermidades.

Tratando da inflamação dos olhos das crianças “Falo que seja molhada uma esponja em água que tenha camomila e meliloto⁵, endro⁶ e frequentemente seja pingado nos olhos, se for por causa da inchação nas pálpebras, seja untado com suco de solatri” (TNBG, p. 80).

Se tratando da insônia infantil, Gordônio também faz indicações, apesar deste problema não ser considerado propriamente uma doença. É descrita como um incômodo no qual ele fazia algumas recomendações:

as crianças costumam ficar sem sono e para isto seja posto na testa e nas têmporas panos molhados no leite de mulher, azeite rosa e farinha de papoula⁷ e se for grande a necessidade, seja acrescentado com estas coisas, suco de alface, de beldroega⁸ com um pouco de ópio (TNBG, p. 79).

Quando ele indica suco de alface e beldroega para cuidar da insônia infantil. De acordo com a compleição dos pequenos que é quente, esses dois alimentos seriam medicamentos ideais com

5 É uma planta medicinal que ajuda a estimular a circulação linfática, diminuindo o inchaço, seu nome científico é *Melilotus officinalis*, seu uso ajuda no tratamento de insônia, má digestão, febre, conjuntivite, inchaços, tosse. Tem propriedade anti-inflamatória.

6 Planta da família *Apiaceae*, também conhecida como aneto, anega, funcho-bastardo, o endro tem propriedades anti-inflamatória, digestiva, laxante.

7 Planta muito utilizada na Grécia Antiga pelos médicos, serve para tratar diarreia, queimaduras, sangramentos no nariz, dores de dente e desempenha função sedativa podendo dar sonolência principalmente se consumida em excesso.

8 É uma planta de origem europeia, muito utilizada na preparação de saladas, pois possui o sabor semelhante ao espinafre, não é tóxica, tem propriedades benéficas no tratamento de acidentes domésticos e cura de órgãos comprometidos, alivia dores, combate vermes.

suas propriedades frias, refrescando e principalmente acalmando a criança para que conseguisse dormir.

Na fonte aparece totalmente relevante e de forma majoritária o uso de substâncias vegetais nos medicamentos que Gordônio indicava para preparar para as crianças, como por exemplo, usar cominhos e camomila para curar dor de ouvido, camomila e meliloto para melhorar inflamação nos olhos, e outros medicamentos originários de árvores, plantas e raízes (TNBG, p. 80).

A primeira alimentação infantil consistia em um manjar feito com açúcar, mel e gergelim, que deveria ser dado durante dois dias. Gordônio recomendava que as mães ao perceberem o nascimento dos dentes em seus filhos, massageassem as gengivas com miolos de lebre porque fazia os dentes crescerem, após esse período, conseqüentemente a comida já poderia mudar para a mais firme (TNBG, p. 78-79).

Quando os dentes começavam a nascer, geralmente surgia uma coceira e irritação imensa nas gengivas, com isso a criança sentia mal-estar, febre, moléstia, vômito e de acordo com Gordônio algumas até morreram em decorrência deste problema, sendo assim ele indicava alguns medicamentos:

sejam untados a gengiva, o pescoço e a garganta e faremos desta forma: untem os lugares com azeite, no qual contenha um pouco de cera branca⁹. Depois seja embebida e emplastada a cabeça com a água do cozimento da camomila, meliloto, das violetas e rosas, que o ventre seja emplastado com rosas postas em vinagre, use coalho de cabrito, menta e rosas para colocar sobre o estômago. (TNBG, p. 81).

Para combater as dores nas orelhas era indicado:

Se houvesse muita dor com calor que seja untada com azeite rosa, leite de mulher e um pouco de ópio e se for por causa da ventania, seja cozida mirra¹⁰, erva doce e cominhos em azeite de camomila e uma gota seja destilada e pingada na orelha. (TNBG, p. 80).

⁹ Cera branca ou de abelha, são glândulas cerígenas localizadas no abdômen das abelhas operárias tem propriedades para curar irritações e alergias.

¹⁰ Também conhecida como mirra-arábica ou incenso, oriunda da África e Arábia, trata-se de um arbusto espinhoso da família Chenopodiaceae, tem vários benefícios a saúde, com propriedades depurativas e antissépticas.

O azeite rosa (desempenhando função de antibacteriana, anti-inflamatória, laxante), erva doce (servia para tratar inflamações), ópio (neste caso que se desempenha como um sonífero analgésico que interrompe as dores), e cominhos (que tem propriedades antissépticas, antimicrobianas e ajudam a impulsionar a imunidade do corpo).

Para a criança que estivesse vomitando eram indicados que fizessem uma mistura feita com cravo da Índia (que alivia problemas digestivos e melhora dores de dente devido às suas propriedades antissépticas, também tem propriedades vermífugas e antibacterianas), musgo¹¹ e alguns cominhos. Se o estômago estivesse doendo muito que se colocasse uma compressa sob ele feita com cravo da Índia e menta para aliviar (TNBG, p. 82).

A alimentação para as crianças em fase de amamentação aparece muito mais com o objetivo de curar do que alimentar, por isso se a criança sofresse de uma enfermidade chamada fluxo no ventre, mais conhecida como uma dor de barriga, com cólicas, Gordônio medica algumas coisas, mas cabe ressaltar que só teriam eficácia se as amas também aderissem o mesmo regime. Com relação à alimentação as amas deveriam comer arroz, lentilhas, queijo sem sal, ovos duros e tomassem vinho grosso, já para os pequenos era indicado que fossem amamentados com leite de cabras fervido. Depois a criança devia ser banhada em água morna na qual tivesse tanchagem¹², espinheiro-de-casca-branca¹³, sumagre¹⁴ e outras plantas semelhantes (TNBG, p. 82–83).

11 O musgo-da-Islandia (*Cetraria islandica*) é uma planta medicinal, (líquen), pertence à família Parmeliaceae.. Devido ao alto teor de muco, a planta alivia irritações, uma vez que é o muco que envolve a mucosa orofaríngea acalmando dores e inflamações no estômago e intestinos.

12 É uma planta que cresce sem demasiadas exigências nos lugares podendo ser encontrada nas terras de cultivo, ou perto de estradas, é rústica e fácil de cultivar, não precisando de cuidados especiais. Usada para inúmeras coisas, acelera cicatrização, diminui hemorragias, reforça os anticorpos e a imunidade, reduz as dores.

13 É uma erva medicinal que costuma ser utilizada para regular o ritmo cardíaco, tem propriedades de adstringente, antiespasmódico, diurético, relaxante.

14 É uma fruta de uma planta que é usada em jardins, é um tipo de arbusto, seus ramos são avermelhados, desempenha propriedades diuréticas e tônicas.

As enfermidades e a morte marcaram a vida infantil na Idade Média. Junto com as festas por batizados e nascimentos, havia também o sofrimento de famílias que perdiam suas crianças durante o parto ou nos primeiros meses de vida. A anemia atingia com frequência crianças e adolescentes e as doenças vindas da subnutrição, causadas pela fome, infecções ou mudanças inadequadas na alimentação eram suficientes para provocar graves enfermidades e leva-las à morte. A mortalidade infantil trazida pelas doenças afetava também a realeza. Nas crônicas em sua maioria constam expressões como “tenra idade” para se referir às mortes precoces das crianças (OLIVEIRA, 2011; CABRERA SANCHÉZ, 2008).

As principais causas de mortalidade infantil no medievo, além das enfermidades eram no parto que era um final incerto, quando haviam muitos obstáculos a serem enfrentados pelas mulheres naquele momento, é possível imaginar as inúmeras preocupações das mulheres: para algumas existia a vontade de ter um filho, mas por outro o temor, em pensar que a hora do parto se aproximava e se não adotasse os cuidados certos poderia morrer ou perder aquela criança tão esperada, como já havia acontecido com várias outras mulheres da família.

O parto era um acontecimento privado, doméstico e exclusivamente feminino. Um véu de intimidade e pudor isolava-o do mundo masculino, entregando-se a futura mãe os cuidados da mulher da casa, das vizinhas e da comadre. Última etapa de um percurso incerto, o seu fim revelava-se particularmente ansiado e temido. As incertezas relativas à sobrevivência da mãe e dos filhos, bem como à sua posterior saúde e normalidade eram responsáveis pela particular atenção concedida nos tratados médicos, nomeadamente hispano-árabes, aos cuidados a ter durante o parto. Alertavam ainda para a prudência e grande experiência que as parteiras deveriam ter, sugerindo diversas indicações sobre a maneira de lidar com as várias posições tomadas pelo bebê ao nascer, dado ser frequente terminarem os partos difíceis ou com fetos decepados e arrancados à força, ou com crianças mortas no ventre das mães. Nascer era apenas ultrapassar um primeiro obstáculo; o espectro da morte continuava a rondar o pequeno. (OLIVEIRA, 2011, p. 260).

As enfermidades que atingiam as crianças tão indefesas eram as maiores responsáveis, as mudanças na alimentação quando com

a retirada do leite também causaram problemas de saúde como a anemia. Por fim o infanticídio, segundo Opitz (OPITZ, 1990, p. 383-384) ter filhos na Idade Média para as mulheres era uma obrigação, várias contra sua própria vontade foram mães porque a Igreja condenava, mas nem todas tinham esse desejo, então abandonavam, tentavam abortar e até mesmo matar.

Oliveira (OLIVEIRA, 2011, p. 286) destaca um período perigoso para o infante, que poderia comprometer sua saúde: o fim da amamentação. Este fato ameaçava o bem estar infantil pois quando o leite era retirado, devia organizar um novo regime alimentar, pois se este não fosse bem preparado poderia desencadear problemas como infecções gastrointestinais e respiratórias, má nutrição, febres. A alimentação era e continua sendo um fator muito importante para a saúde.

Outro fator que levava as crianças à morte eram as brincadeiras: quando elas começavam a ter uma certa autonomia, iam brincar fora de casa, perto de rios, florestas ou usando objetos. Esses divertimentos algumas vezes apresentavam grande perigo, os afogamentos aconteciam muito e quase sempre eram fatais. Outros acidentes aconteciam dentro da própria casa, eram as quedas, queimaduras e asfixia, provocada por engasgamentos com anéis, osso ou algo do tipo (OLIVEIRA, 2011, p. 271-274).

A mortalidade infantil também afetava a realeza que não podia fazer nada além de seguir os preceitos indicados nos tratados. Em maioria os cronistas não possuíam fontes seguras para afirmarem a idade correta que as mortes ocorriam, então na maioria das vezes usavam expressões como “tenra idade” para se referir ao fato, e marcavam a fase, dos recém-nascidos até aos treze anos no qual se inicia o período da adolescência. O rei João I de Aragão que teve onze filhos, apenas uma sobreviveu até a idade adulta e os outros morreram nos primeiros meses. Este é um exemplo da perda prematura dos filhos (CABRERA SANCHÉZ, 2008, p. 221-223).

Seja em qual conceito for, nos tempos remotos ou atuais, a doença é ameaçadora para as crianças, adolescentes, idosos e todas as

idades, ela ultrapassa a dor e o sofrimento pessoal, atingindo mesmo toda a sociedade como no caso de um surto. Apesar de todos os desenvolvimentos tecnológicos, a diversidade de medicamentos e as pessoas ainda usarem praticas antigas como a das ervas medicinais, é sempre importante prevenir adotando medidas para evitar as enfermidades.

O que se pode ver é que as crianças estavam cercadas de enfermidades por todos os lados e apesar de várias mortes terem ocorrido, muitas também foram salvas através das indicações terapêuticas nos tratados que eram de grande importância. No medievo, não existia o desenvolvimento da medicina atual, mas existiam esses tratados que eram uma saída, uma resolução para vários problemas, a questão da prevenção era essencial, se manter saudável contava muito e isso através dos banhos e de toda concepção de higiene, alimentação. As crianças tiveram uma participação muito importante na história.

Referências

- BERNARDO DE GORDÔNIO. Tratado de los niños. *Merúdiés*, v. 9, p. 76-86, 2011.
- CABRERA SANCHÉZ, Margarida. La muerte de los niños de sangre real durante el medievo. Aproximación al tema a traves de las crónicas. *En la Espanã medieval*, v. 31, p. 217-248, 2008.
- GUARDO, Alberto Alonso. El autor y su entorno cultural. In: GUARDO, Alberto Alonso (org.). *Los pronósticos médicos em la medicina medieval: el "Tractatus de Crisi et de Diebus Creticis" de Bernardo de Gordônio*. Linguística y Filología. Valladolid, Spain: Universidad de Valladolid, 2003, p. 15-28.
- OLIVEIRA, Rodrigues Ana. A criança – O espaço infantil. In: MATTOSO, José (org.). *História da Vida Privada em Portugal – A Idade Média*. Lisboa: Círculo de Leitores, 2011, p. 260-299.
- OPITZ, Claudia. As mulheres nas estratégias familiares e sociais. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle. *História das Mulheres no Ocidente*. A Idade Média. v. 2. Gius. Roma-Bari: Laterza/ Figli Spa, 1990, p. 377-391.
- PEÑA, Carmen; GIRÓN, Fernando. *La prevención de La Enfermedad em La España Bajo Medieval*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2006.

*Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira,
André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)*

PERÉZ, Magdalena Santo Tomás. El uso terapéutico de la alimentación en la Baja Edad Media. In: ARIZAGA BOLUMBURU, B.; SOLÓRZANO TELECHEA, J. A. (org.). *Alimentar la ciudad en la Edad Média*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos, 2009, p. 468-470.

SOTRES, Pedro Gil. Les regimes santé. In: GRMEK, Mirko D. (org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. T. I. v. 1. Antiquité et Moyi Age. Paris, 1995, p. 255-281.

REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo. In: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). *História: Novos objetos*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976, p. 141-159.

O impaludismo na estrada de ferro Vitória a Minas – 1920-1942, e o que pode ser dito

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga¹

No estudo da historiografia da malária na Estrada de Ferro Vitória a Minas, a necessidade de revelar o que não estava claro nos documentos pesquisados no Centro de Memória da Companhia Vale do Rio Doce, onde estão guardados os documentos da Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas (CEFVM), requereu uma escolha metodológica, além das fontes de pesquisas documentais, que podiam trazer confirmação da existência da malária na ferrovia, no período de 1920 a 1942.

Chamou atenção, os poucos registros sobre os operários, que trabalhavam na via permanente da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM), que abriam a mata, fincavam dormente, colocavam os trilhos e faziam a manutenção da linha. Entre tantas informações que mostravam em detalhes, mercadorias, fretes, planilhas de lucros e taxas, haviam poucos relatos sobre ataques de malária e mortes por malária, apesar dos registros de constantes de baixas do contingente de trabalhadores que necessitavam de substituição permanente, tendo como causa relatada, o impaludismo.

A morte, foi objeto de denuncia em 1922, publicada no relatório de viagem do médico sanitarista do Instituto de Manguinhos (Rio de Janeiro), Dr. Belisário Penna. Ao percorrer o território da ferrovia para observação das condições de saúde da população e dos ferroviários no vale do Rio Doce, constatou miséria,

¹ Médica Sanitarista, Doutora em História.

desnutrição, pobreza e morte. Entre as causas de morte, o médico sanitarista descreveu a gravidade da malária em homens e mulheres que trabalharam na ferrovia ou viviam dela, caracterizados como “velhos e fracos apesar de pouca idade” (PENNA, 1922a, p. 2), que se desenhava como possuindo um semblante de pouca gordura, com os ossos aparecendo sob a pele e a fraqueza, sinais característicos de corpos envelhecidos, desidratados e desnutridos, sinais clínicos achados em corpos submetidos a repetidos surtos de malária e com desnutrição.

Este fato se tornou conhecido pelas autoridades políticas e sanitárias dos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo, através conferência realizada no dia 04 (quatro) de março de 1922, onde o médico alertava sobre as causas do que chamou de *tragédia*, mas somente em 19 abril de 1922 se torna conhecido pela sociedade na publicação do artigo intitulado Saneamento do Valle do Rio Doce, no jornal O Estado da cidade de Vitória (PENNA, 1922a, p. 2). Na publicação, Belisário Pena afirma o importante papel das ferrovias no desgaste físico, na exposição ao contágio de doenças e na morte de grandes contingentes humanos, principalmente por levarem trabalhadores para regiões onde as condições de sobrevivência não estavam garantidas.

O médico sanitarista falou especificamente sobre o Vale do Rio Doce, de Barbados (Colatina /ES) até Cachoeira Escura (Minas Gerais) e descreveu este território como cenário de sertão² na ferrovia. Logo, como sertão, não foi apenas a malária que levou os operários àquele grau de espoliação, também a fome, que mesmo seletiva, de forma endêmica e silenciosa. No seu discurso, Pena, afirmou a necessidade de homens saudáveis para a término do grande empreendimento, provavelmente porque via na EFVM as mesmas condições de morte da Estrada de Ferro Madeira Mamoré. Com

2 Para os médicos sanitaristas, o sertão a que Belisário Penna se referiu no seu discurso em Vitória representa a periferia das cidades, um povo abandonado pelo Estado e doente, que poderia tornar-se uma ameaça para a Saúde Pública por manter a comunicabilidade das doenças entre os indivíduos e entre as cidades e sua periferia. Além desse referencial de perigo, *como doença que pega*, vamos encontrar autores que destacam o caráter de construção de uma ideologia nacionalista que precisaria resgatar esse contingente populacional para formar a nação Hochman, (2013).

clareza do desfecho fatal e recomendações higiênicas e nutricionais gerais, ele não denunciou diretamente a EFVM, pelas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

Muitos já conheciam a situação dramática de sobrevivência no Vale do Rio Doce, pois numa cantiga popular, os operários eram coitadinhos que vieram morrer na EFVM. Tinha-se a impressão, de que todos aqueles que conheciam a cantiga sabiam dos fatos relatados no jornal.

“Coitadinho dos baianos,
nem sabiam sua sina,
Foram morrer de febre,
Na Estrada Vitória a Minas”
(TARSO, 2003)

Em 1929, a imposição de corte nas despesas da ferrovia em momento de grande crise econômica mundial refletiu-se na redução de recursos humanos, principalmente de operários e, entre estes, aqueles de menor produção. Nesse processo de demissão, foram dispensados os menos sadios, principalmente os doentes crônicos de malária que, debilitados por ataques repetidos e mal alimentados, eram considerados improdutivos. De fato, a doença existiu, comprovada nos relatórios dos médicos da ferrovia que percorriam a linha tratando os doentes, fazendo quimioprofilaxia com o quinino ou usando fórmulas mais complexas em caso de doença resistente. Mas a morte não estava nos relatórios apresentados anualmente aos acionistas da Companhia.

Somente no ano de 1931, o relatório médico, assinado pelo chefe da construção (Linha) e dirigido ao Diretor-Presidente da CEFVM, traz a descrição de um acontecimento trágico, ocorrido nas proximidades de Antonio Dias, na região entre a Ponte do Brocotó até 10km à frente, que relata a ocorrência de um surto grave, no qual o “paludismo atacou os operários e suas famílias dizimando-os” (REFVM, 1931). Pelo traçado da época, o trecho atravessava o Rio Piracicaba, afluente do Rio Doce, provocando grandes alagados na época das chuvas, e seguia até Callado, hoje Coronel

Fabriciano. Sendo assim a presença de indivíduos infectados e aumento de mosquitos, criaram a ambiência para um surto grave de impaludismo. O tratamento medicamentoso conhecido não resolveu os casos e as mortes foram inevitáveis.

Desde o início do século XX, o tratamento médico da malária e as formas de prevenção eram conhecidos e foram empregados nas ferrovias com o objetivo de fazer cumprir o projeto, que dependia de força e habilidade humanas. Uma das primeiras publicações científicas com recomendações de medidas profiláticas está na revista *O Brazil-Médico*, de 1907, na qual Dr. Carlos Chagas descreve maneiras individuais e coletivas direcionadas a evitar as picadas dos insetos.



Matéria publicada na Revista Semanal da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 22 de abril de 1907. Fonte: *O Brazil-Médico* (1907, p. 15).

A publicação recomendava o uso de roupas grossas, fumo e óleos de cheiro forte, como petróleo, eucalipto ou mentol, que deviam ser passados no corpo. Essas substâncias, consideradas inseticidas, podiam proporcionar alguma proteção, mas na dependência da compreensão e cultura dos indivíduos. Para proteção mecânica, eram recomendados mosquiteiros e cortinados, mas o calor forte e o excesso de umidade que caracterizavam o clima do Vale do Rio Doce não permitiam que fossem usados constantemente. Aliada às recomendações gerais de proteção, estava a quimioprofilaxia com quinina, que o médico sanitarista adotou como único meio capaz de proteger grandes contingentes de trabalhadores expostos ao risco da infecção, com uma efetividade maior que a do tratamento dos focos de larvas de mosquitos através da drenagem das águas ou da proteção mecânica.

Para o médico, o remédio agia no controle da morte e do sofrimento dos trabalhadores, garantindo, assim, a conclusão do empreendimento (BENCHIMOL, 2000; BENCHIMOL; SILVA, 2008). Para que os resultados fossem assegurados, os trabalhadores eram obrigados a ingerir a dose de quinino disponibilizada por uma autoridade. Caso não a ingerissem, eram demitidos. Outra medida imposta a um grupo maior de trabalhadores recomendava que todos fossem recolhidos aos barracões ao entardecer e ali ficassem isolados. A possibilidade de se construírem varandas teladas que dessem oportunidade de descanso e lazer, sugerida na mesma publicação, foi aventada para aliviar a coação que representava o uso da quimioprofilaxia com quinino e o desconforto decorrente de estarem tolhidos da liberdade de locomoção.

Os relatórios dos médicos da ferrovia falam da distribuição de quinino aos doentes para tratamento e, também, como medida profilática, mas sem grande controle sobre a ingestão do medicamento ou sobre outras medidas. O memorialista Ceciliano Abel de Almeida conta que, em 1925, quando iniciou o levantamento topográfico da região entre o Rio Mucuri e Itaúnas, os engenheiros eram orientados a entregar aos chefes de turma as pílulas de sulfato de quinina de 25cg (quinino), além de obrigar o uso de mosquiteiros

e a mudança do abarracamento todo sábado, como medida profilática. Nesse período, mudou sua barraca de lugar muitas vezes e não pegou a febre, mas os colegas que não o fizeram, como ele próprio justifica, contraíram a doença (ALMEIDA, 1959, p. 234).

No entanto, essa recomendação não podia ser feita para as turmas de operários que seguiam com a derrubada da mata e o assentamento dos trilhos. Os operários só desmontavam o acampamento quando o trecho de linha se completava, logo não lhes seria possível seguir essa recomendação. Apesar de não aludir à presença de autoridade sanitária que orientasse medidas de prevenção contra a malária, Almeida (ALMEIDA, 1959) apresenta-nos fatos que demonstram, por vezes, cuidados com os trabalhadores e, outras vezes, omissão da administração da Companhia.

Diferentemente dos trabalhadores “fichados” na CEFVM, os operários não tinham direito a licença para tratamento. Sua sobrevivência podia esgotar-se a qualquer momento devido à doença na ocorrência de desgaste físico. Na obra do engenheiro Ceciliano Abel de Almeida (1959), em vários momentos da sua narrativa, destaca-se a descrição da permanência de operários doentes, com as crises intermitentes, durante a laboração. Em um dos trechos que exemplifica essa situação, é dramática a análise que o autor apresenta, anos depois dos fatos ocorridos. Naquele momento dentro da Companhia, o engenheiro se coloca celebrando o término da tarefa, mesmo que executada por infelizes, inconscientes da situação de exploração grave de um corpo doente.

A alegria da turma se esmarrui, obdurou-lhe, a decisão de triunfar dos obstáculos, que se lhe apresentassem. E com o propósito de alcançar a vitória, cantando o marco final da locação, aquela gente, embotada na hora do acesso palustre em seus tresvarios, se referia amiúde ao término do serviço e à volta imediata ao trecho em construção. E esses delírios, na picada, convertiam-se em anelo consciente e justo e, por isso, todos procuram, como náufragos, sopitando canseiras, salvar-se, chegando à praia simbolizada na última estaca, que iam cravar. O termo de nossa tarefa sorri em um sábado esplendoroso, que contrasta com as faces embaciadas daqueles infelizes, sempre pacientes em esperar os terríveis acessos intermitentes, sempre em demasia agradecidos à pouca terapêutica que lhes oferecemos. (ALMEIDA, 1959, p. 239-240).

Triunfar ou chegar ao término de uma tarefa que vai além de suas forças, “como náufragos, sopitando canseira”! O engenheiro, participante de tudo o que se passava com aqueles homens, termina sua tarefa em um sábado esplendoroso, com a sombra de operários moribundos e sem tratamento.

Para os trabalhadores e operários da EFVM, era obrigatório o uso diário de pílulas de sulfato de quinina na concentração de 25cg. Para os engenheiros que estivessem trabalhando em áreas de alta incidência de malária, essa dose poderia ser aumentada, isto é, ser superior a 25cg de sulfato de quinina, não havendo controle sobre a dose total ingerida. A medicação era deixada pelos médicos da ferrovia nos acampamentos, ficando o controle da distribuição sob a responsabilidade dos engenheiros, feitores e chefes de turma. O sulfato de quinina era dado aos trabalhadores depois da refeição principal, geralmente o almoço, e a pílula era colocada sobre a língua de cada operário.

Os médicos da CEFVM orientavam para que as doses fossem duplicadas ou triplicadas, quando a situação se tornasse grave, e para que se retirassem os trabalhadores que desejassem sair daquele local. Muitos não acreditavam que as pílulas fossem capazes de evitar a malária porque, mesmo tomando a droga, ainda adoeciam (ALMEIDA, 1959, p. 236). Este fato estava relacionado a concentração da quinina de 25cg, que não acompanhou as recomendações dos médicos sanitaristas, caracterizando a ingestão de subdoses incapazes de proteger os trabalhadores, que continuaram adoecendo. Quando as doses eram duplicadas ou triplicadas sem acompanhamento médico, o aparecimento dos efeitos adversos relatados, como surdez, zumbidos, desmaios, caracterizavam a superdosagem.

Outro, negro de dentes alvos ornados de gengivas ebâneas, revelanos em soluços, e em lágrimas, que rolavam pelas faces azevichadas e ressequidas: vosmecé punha alila de sulfato na minha boca, mas eu não engolia, escondia debaixo da língua e atirava depois longe, por mode eu não queria ficar surdo. (ALMEIDA, 1959, p. 237).

Foi a partir do silêncio dos documentos que as pesquisas se direcionaram aos memorialistas e aos relatos orais. As narrativas

dos memorialistas tiveram grande importância por trazerem os acontecimentos ocorridos no tempo e no espaço que eles presenciaram. Diferem da narrativa dos entrevistados, que são recordadores de fatos que presenciaram em tempos de infância ou que lhes foram relatados. Como afirma Le Goff:

tal como o passado não é a história, mas o seu objeto, também a memória não é a história, mas um dos seus objetos e, simultaneamente, um nível elementar de elaboração histórica. (LE GOFF, 1990, p. 49).

Como escritores, os memorialistas pesquisados utilizaram formas diferentes de narrativas, muita das vezes aproximando-se do estilo autobiográfico, outras relatando acontecimentos de que ouviram falar. Mesmo não seguindo a metodologia acadêmica dos historiadores e nem se aproximando da produção literária, foram considerados fontes de pesquisa porque tiveram uma consciência histórica, sistematizaram e registraram uma comunidade em um tempo (DOMINGUES, 2011). Para o historiador, a literatura continua a ser um documento ou fonte, mas o que há para ler nela é a representação que ela comporta (PESAVENTO, 2000, p. 11). Cinco autores dedicaram-se a contar as histórias da EFVM, são eles Lucílio da Rocha Ribeiro, Ceciliano Abel de Almeida, Decarliense Alencar Araripe, João Affonso e Abel de Carvalho, todos com conhecimento porque trabalharam na ferrovia. Nas narrativas, nos contos e nas memórias desses homens, a estrada de ferro e o Vale do Rio Doce, foram o território dos acontecimentos inclusive de morte por malária.

Os autores contam as histórias, analisam os fatos e são, em outros momentos, personagens dos acontecimentos. Nos livros de memórias, o autor tem, particularmente, a intenção de fazer uma narrativa de sua vida. Pesavento (PESAVENTO, 2000) afirma que não há necessidade de separar tão rigidamente os memorialistas dos historiadores, uma vez que ambos apresentam muitos pontos de interseção. Do mesmo modo que a literatura precisa de um narrador para apresentar os fatos, a narrativa histórica necessita também de um narrador para expor o que se ouviu, viu ou pesquisou.

Para os relatos orais, os entrevistados foram identificados no contato com Sindicato dos Ferroviários, trabalhadores atuais da CVRD e por familiares de ferroviários que trabalharam ou viveram na beira da EFVM, durante várias gerações. Foram entrevistados três ex-ferroviários, uma descendente de ferroviário e duas residentes do município de Acioli, do povoado de São Lourenço de Baunilha, onde existiu uma parada de trem no primeiro traçado da ferrovia. Todos conviveram com ferroviários da EFVM, conheciam como viviam tanto os trabalhadores como a população das localidades situadas à beira da linha até o ano 1942 e aceitaram narrar suas lembranças. Todos tinham mais de 79 anos, mas a idade não foi um critério de exclusão.

As entrevistas foram desenvolvidas em clima de muita cordialidade e apenas em uma ocasião houve preocupação da família em estar prejudicando a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD). Não encontramos nenhum ex-operário da Via Permanente, nem família de operários ou de trabalhadores qualificados da CVRD que conhecessem a história dos operários da Via Permanente/Construção e do adoecimento pela malária especificamente nesses homens.

Os casos de malária relatados nas entrevistas foram lembrados porque ocorreram na família, na proximidade de quem contava, fazendo parte do grupo familiar – memória familiar, e não memória coletiva no contexto da ferrovia (HALBWACHS, 1990). Os entrevistados falaram mais de suas próprias histórias, a exemplo de Dolores, que trouxe o Virgílio, seu avô, agente de estação, e deu-lhe lugar de destaque aparentemente esquecido. As senhoritas de Acioli também narraram muitas lembranças de quando meninas, os remédios que tomavam, a tremedeira... O orgulho de ser telegrafista foi percebido na emoção e nas falas entrecortadas de dois entrevistados, mas somente o carpinteiro José do Patricínio foi quem viu e guardou na memória o sofrimento dos trabalhadores da linha.

Na época que trabalhei... a gente, na beira da linha, andava demais...Eu não trabalhava na beira da linha, era carpinteiro,

mas trabalhava no trecho. Eu não cheguei a pegá paludismo; o paludismo curava com chá... trem margoso!.. Meu colega pegou, tremia demais. Ia pra trás da moita e ficava lá vomitando muito... revirava o bucho... ninguém acudia não. Era no trecho, longe... e tinha horário certo de largar o serviço (José do Patrocínio).

O auxiliar de estação Antônio Silvestre do Nascimento corrobora esse depoimento:

A gente vivia meio amarelo de tanto tomar injeção. Acho que se chamava Ateblina, outros falavam Ateblina, de forma que não me recordo mais do resultado. O certo é que amarela. E a gente vivia amarelo. Trabalhei no telégrafo com um colchão no chão, porque não aguentava a febre. Você treme, treme, treme. Faz frio. Aí dispara a suar e vem uma fraqueza tremenda. O fígado endurecia e ficava igual um pau. Então você dizia que aquilo era tábua de passar roupa. (MAYRINK, 2002, p. 60).

Com base nos depoimentos de Patrocínio e Antônio e sustentada pela assertiva de Le Goff, podemos entender o que acontecia no corpo de homens humildes, negros, famintos, descalços e dóceis³, que foram cenário de um acontecimento recortado entre 1920 e 1942, sob a disciplina da EFVM. Neste referencial, a historiografia das doenças encontra um sentido mais verdadeiro.

As respostas sobre o sofrimento e morte ocorridos entre os trabalhadores, sobre quantos e onde foram enterrados, não se completou nas entrevistas. O que parecia fácil de falar pela população das localidades à beira da linha tornou-se motivo de preocupação entre os antigos trabalhadores da EFVM, principalmente aqueles que permaneceram na CVRD. Algumas entrevistas foram desmarcadas e remarcadas, porém não se realizaram. As alegações giravam em torno do “não sabiam dizer, ou não conheciam”, mas nunca de que não havia acontecido. A imagem da CVRD apagou a da CEFVM e sua memória mesmo para aqueles que tinham ingressado na ferrovia antes de 1942. A imagem da nova Companhia, que superou os problemas financeiros, substituiu a linha de baixa qualidade,

³ “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” Foucault (2014, p. 134). a existência de uma disciplina nas ferrovias brasileiras do século XX, que nos remeteu aos escritos de Michel Foucault e toda sua força, mostrando que a disciplina e a dominação bem como o funcionamento corporal do poder disciplinar e seus efeitos de invisibilização estavam presentes na EFVM.

ordenou os cargos e formou o pessoal, fez desaparecer as memórias marcadas pelo trabalho rude dos primeiros tempos.

O que não estava registrado nos documentos da EFVM e não fez parte das lembranças dos entrevistados foi trazido pelos indícios deixados nas entrelinhas dos escritos dos memorialistas. O não dito não parece relacionado ao silenciamento traumático dos acontecimentos, pois aqueles que aceitaram contar suas histórias não pertenceram à categoria dos operários e, provavelmente, não experimentaram a violência. Eram crianças e adolescentes no período estudado, por isso não perceberam a realidade, ou, então, suas memórias foram construídas no grupo social, seu grupo afetivo, que mantinha distanciamento dos operários.

Os operários que morreram de malária, enterrados na própria ferrovia, formaram um grupo de pessoas desprovidas de identidade para a organização da EFVM, que as fez ausentes nos documentos e na memória coletiva da CEFVM. Os “bairianos”, cujos nomes não sabemos, estão na historiografia da malária como as maiores vítimas de uma doença infecciosa vetorial, de uma organização social, de um Estado que não reconhecia os sertanejos como cidadãos, o Estado Liberal que, com práticas de exploração e acúmulo capitalista, os explorou sem trégua.

A presença do impaludismo, aliada à falta de recursos financeiros, foi fato marcante nas duas décadas da construção da ferrovia, entre 1920 e 1940. Nos relatórios de gestão dos anos 1920 a 1939 e nos setoriais da EFVM/CEFVM, a doença foi considerada culpada pelo atraso da construção da linha. Apesar de os trabalhadores poderem contar com intervenção médica no período, não havia êxito no arrefecimento dos casos de doença, principalmente do impaludismo.

A malária foi-se apresentando de forma mais ou menos grave nos corpos que política e biologicamente foram colocados em risco. A escassez de anotações na Divisão de Pessoal da EFVM relativas ao período de 1920 a 1942 sobre essa “mão de obra” não nos permitiu caracterizar o regime de trabalho adotado, mas os registros de

agradecimentos da CEFVM aos grandes empreiteiros pelo trabalho realizado em 1936 atestam que o sistema de trabalho praticado na construção da ferrovia foi organizado na forma de empreitadas e subempreitadas. Esse modelo de organização do trabalho mantinha a exploração extrema do trabalhador com o objetivo de reduzir os custos e o tempo de construção das obras, como ocorreu em todas as ferrovias brasileiras.

Em relatório datado de 1924, consta que os trabalhadores tinham medo do impaludismo e, mesmo com salários diferenciados e com gratificação de insalubridade, recusavam-se a trabalhar⁴. Essa situação de despesa elevada com recursos humanos repetiu-se em 1925, conforme descrito no Relatório da Diretoria desse ano, que aponta os altos salários de funcionários especializados entre os principais itens que contribuíram para o aumento das despesas, juntamente com o custo de materiais, tais como combustível, carvão de pedra, lubrificantes e matérias de reposição. Assinado pelo Presidente João Teixeira Soares e direcionado aos acionistas, o relatório revelava uma situação grave e sem perspectivas de melhora, definida como “cada vez mais angustiada” (CEFVM, 1926, p. 55).

Os operários que não deixaram registro foram invisíveis. Estão na cantiga como imagem não pertencente a uma realidade que merece ser lembrada. Ausentes dos arquivos, das memórias, sem interlocutores a quem pudessem contar as histórias, foram vencidos pela fúria das empreiteiras, pela negligência da Companhia, pela doença, pelo corpo exausto, e não estão na história. Os ausentes da história foram vencidos por uma rede que os invisibilizou em vida, e na morte sob os trilhos. A invisibilidade tirou-os do discurso público mesmo com o alerta de Belisario Penna, em 1922, e, passados vinte anos, tiveram sua voz limitada ao espaço do mato e da linha, num grupo de iguais que não foram encontrados nem foram ouvidos.

⁴ Relatório apresentado à Assembleia Geral Ordinária dos acionistas em 1924. Na sessão Relatório da Construção, estão os trabalhos realizados nos anos de 1922 e 1923, assinados pelo engenheiro-chefe Joaquim A. B. Ottoni e apresentados ao Dr. Pedro Augusto Nolasco Pereira da Cunha, diretor-gerente.

A invisibilidade caminha no mundo do trabalho com a indignação, mas a indignação refere-se aos excluídos do modelo de ganho capitalista. Alienados da ordem ou pela loucura, não foi essa a causa aparente da invisibilidade dos operários. A invisibilidade que silenciou esses homens foi dada pela exclusão em uma sociedade onde o poder, instrumento fundamental do capitalismo industrial, determinou quem valia. A malária adoeceu e matou muitos, mas os poucos registros existentes são de mortes de engenheiros e trabalhadores especializados por acidente ou outras causas. Mas, a falta constante de registros de morte por malária e mesmo da dispensa de operários acometidos da doença, as baixas constantes em horas de trabalho e as citações dos memorialistas sobre os cemitérios na beira da linha revelam a existência de uma morte anônima, não registrada nos documentos pesquisados.

Logo a malária estava presente entre os operários empregados das empreiteiras, sujeitos a grave situação de exploração, pobreza e insalubridade. Coitadinhos, sujeitos a zombaria, os baianos que vieram morrer na ferrovia, como na cantiga popular, nunca foram identificados. Ficavam nos matos, ninguém via. Invisíveis! Morreram de malária no percurso da ferrovia homens, mulheres e suas crianças. De pele escura, magros, analfabetos, ninguém falou neles, ninguém se lembrou deles. Estão na fala de João Affonso: “Estatisticamente falando, até 1943, aquele estado de calamidade deixou um saldo de milhares de óbitos, sem levar em conta as vidas ceifadas em flor e os malfadados efeitos daquela endemia”. (AFFONSO, 1967, p. 167).

Referências

Fontes primárias

Correspondências, relatórios, mensagens...

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. II Divisão de Tráfego. Gestão Setorial. Serviço Sanitário. Vila Velha-ES, 1920.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1923. Vila Velha-ES, 1923.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1925. Vila Velha-ES, 1925.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1926. Vila Velha-ES, 1926.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1927. Vila Velha-ES, 1927.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Relatórios da Divisão de Trafego e da Divisão de Locomoção - 1936 e 1937. Vila Velha- ES, [193-].

Periódicos

PENNA, B. O saneamento do vale do Rio Doce. *O Estado*, Vitória, 19 abr. 1922a, p. 2. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=O%20saneamento%20do%20vale%20do%20Rio%20Doce.&pagfis=534> Acesso em: 2 mar. 2018.

PENNA, B. O saneamento do vale do Rio Doce. *O Estado*, Vitória, 20 abr. 1922b, p. 2. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=belisario%20pena&pagfis=521>. Acesso em: 2 mar. 2018.

OBRAS RARAS (FIOCRUZ). *Acervo digital de obras raras especiais*. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=19>

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 21, jul./dez. 1907.

Fontes secundárias

AFFONSO, J. *Vitória-Minas e sua formação: 1901-1967*. São Paulo: Rideel, 1967.

ALMEIDA, C. A. *O desbravamento das selvas do Rio Doce*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1959.

ARARIPE, D. A. *História da Estrada de Ferro Vitória a Minas: de 1904 a 1954*. Rio de Janeiro: CVRD, 1954. [Coleção Rio Doce].

BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da Saúde Pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BENCHIMOL, J. L.; SILVA, A. F. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.

15, n. 3, p. 719-762, jul./set. 2008.

CARVALHO, A. *Trilhos, trilhas e rios da minha vida*. Coronel Fabriciano: [s. n.], 2003.

DOMINGUES, V. P. Especificando a validade do estudo sobre memorialistas através da teoria da consciência histórica. SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH... *Anais*, São Paulo, Anpuh, 2011. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548856700_ca7e5b1d6c281bc08c61e8173c203c4c.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 42 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

HALBWACHS, L. *A memória coletiva*. Trad. Laurente Leon Schaffter. São Paulo: Vértice, 1990.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 217-235, jul. 1998. [Suplemento 1].

HOCHMAN, G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013.

LE GOFF, J. (org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LE GOFF, J. História e memória. Trad. Bernardo Leitão [et. al.]. Campinas: Ed. Unicamp, 1990. Disponível em: [emhttps://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4594598/mod_resource/content/1/LE_GOFF_HistoriaEMemoria.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4594598/mod_resource/content/1/LE_GOFF_HistoriaEMemoria.pdf). Acesso em: 18 set. 2019.

MAYRINK, G. *História da Vale*. São Paulo: Museu da Pessoa, 2002.

PESAVENTO, S. J. Literatura, história e identidade nacional. *Vidya: Revista Eletrônica*, v. 19, n. 33, p. 9-27, 2000. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/531>. Acesso em: 4 fev. 2021.

PESAVENTO, S. J. *História e história cultural*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). *História: novos objetos*. 4 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995, p. 141-159.

RIBEIRO, L. R. *Pequena contribuição à história da Estrada de Ferro Vitória a Minas*. Vitória: Artgraf, 1986.

RIBEIRO, L. R. *João Neiva, origem e desenvolvimento: a contribuição da EFVM*. Vitória: CVRD, 1992.

TARSO, V. O trem da Vale - a história centenária da EFVM –USIMINAS-UNICULTURA. *YouTube*, 2003. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HOKtraN4gJA>. Acesso em: 23 mai. 2017.

Refêns institucionais: leprosos na colônia Santa Marta e o protagonismo marxista como teoria

Maraisa Aparecida de Lima¹

Introdução

Propor-se-ia neste trabalho o desenvolvimento de uma análise crítica histórica acerca dos leprosos da Colônia Santa Marta (Goiânia - GO) durante o Governo Vargas, com o embasamento teórico proposto pelo Materialismo Histórico Dialético. Nos períodos que se compreendem de 1937 até 1945.

Com a seguinte problemática inicialmente, seria a referida teoria um bom aporte teórico-metodológico para essa discussão? Quais os indícios de que o Materialismo histórico Dialético se adequa às exigências que a história das doenças e das políticas públicas necessitam no campo científico?

Com o objetivo de dar voz aos subalternos e reescrever uma história que é repleta de estigmas, o trabalho anseia demonstrar como o marxismo pode ser desenvolvido em estudos em saúde ou em contextos de doença, porque a vida em uma colônia se caracteriza como comunitária, mas sendo direcionada por um viés ditatorial, tanto político como social.

A relação dos leprosos dentro da Colônia com o Governo, se configurava como oprimidos X opressor, em que o segundo grupo detinha todos os direitos institucionais sobre o primeiro, por isso, pareceu contundente a escolha por essa teoria, dando assim protagonismo aos doentes (oprimidos).

¹ Mestranda PPGH - UFG.

Suas condições eram dadas, não poderiam realizar diversas atividades sem forte repreensão/penalidades, o ambiente era rígido e regrado, o que levava os indivíduos a intentar fuga. Fortalecendo a sua relação como classe, pois deveriam ajudar-se, caso quisessem mudar a sua realidade.

Partindo deste pressuposto, Fernandes (FERNANDES, 1979, p. 12) salienta que existem muitas indagações que permeiam o conceito de autoritarismo e autoridade. Comumente o cientista político atribui ao Estado como o “locus” principal da relação autoritária, no entanto, o mesmo não existe fora da sociedade, sendo um produto dela. Reflete, portanto, suas agruras e inconsistências. O mesmo incide que, para a não destruição mútua dos opostos é necessário um poder acima dos mesmos para controlar suas ações.

A Colônia era um espaço que refletia a máxima da política varguista, todos aqueles que estivessem fora de um determinado padrão deveriam ser sumariamente isolados, sendo que, iriam dividir sem qualquer questionamento o mesmo espaço que outros que estivessem em sua mesma condição, não havendo margem para escolhas.

Como o marxismo não idealiza a ciência, mas sim a concebe como ‘práxis’ social, pois está inserida em seu processo de produção, partindo assim do desenvolvimento sócio-econômico. Deste modo, as condições em que os indivíduos vão se desenvolver são consideradas históricas. Por isso, sob a égide supracitada, a dualidade saúde/doença é uma determinação historicamente produzida, tanto pela anexação do sujeito na produção social e a forma como se relaciona com os demais e a natureza.

Desenvolvimento: políticas públicas em saúde, política varguista e o Marxismo na estrutura

Silva (SILVA, 2014) salienta que no século XX, houve um desenvolvimento da prática e de saberes sanitários, atrelados ao capitalismo e um maior interesse pela corporeidade; inicialmente a saúde pública nacional se ancorou em dois fatores basilares:

preocupação com a higiene propriamente dita, por conseguinte, voltou-se para práticas com ideias eugênicas.

em torno do termo eugenia, estabeleceram-se referenciais teóricos e práticas sociais a partir da concepção de que a eugenia era compreendida como legítima ciência da hereditariedade, no sentido de fazer estender para os seres humanos o que seria válido para ervilhas, milhos, porcos e cavalos, com o firme propósito do melhoramento das especificidades genéticas humanas. (DEL CONT, 2007, p. 14-15).

É preciso compreender que os ideais propostos pelo governo naquele período eram pautados na ciência, que ansiava por melhorar a raça e tornar os indivíduos aptos ao mundo do trabalho. Como os leprosos divergiam nessa premissa, não poderiam permanecer na sociedade capitalista, sendo apenas um entrave para o seu desenvolvimento.

Vargas e sua relação com os hansenianos pode ser resumido em uma frase “Do *micro* ao *macro*, a sociedade capitalista contém toda uma rede de relações autoritárias, normalmente incorporadas às instituições, estruturas, ideologias e processos sociais” (FLORESTAN, 1979, p. 13), que ir-se-ão culminar em uma rede de submissão e perda da identidade social e de classe de inúmeros cidadãos.

Por isso, presume-se que os pressupostos em História das doenças, essencialmente a respeito dos cuidados com os hansenianos, ao lançar mão do Materialismo Histórico Dialético como referencial teórico-metodológico, permitem a compreensão e a percepção do objeto supracitado para a pesquisa de modo a conhecê-lo e apresentar o mesmo em sua historicidade e movimento.

A longevidade da doença de lepra, hoje, chamada de hanseníase é milenar. Seu prolongamento temporal/espacial é mencionada desde a Antiguidade em variados relatos, inclusive bíblicos, fatos que levaram a uma compreensão da mesma como reflexo da falta de higiene e até pouco desenvolvimento. O que culminou no estigma que a permeia até os dias atuais. Este é um problema histórico e social no Brasil, atrelado ao período da modernização, da concentração em

centros urbanos, podendo ser sentidos os seus reflexos nas medidas de combate as endemias.

Utilizando a seguinte conjectura de que a lepra/hanseníase é uma doença socialmente determinada, tomando por base o Materialismo Histórico Dialético, discutir-se-ão as políticas públicas em saúde e as medidas tomadas pelo Governo Vargas em termos de marginalização e abandono social.

Considerada como doença dos pobres, por si só pode ser definida como um problema de classe, porque os portadores em sua maioria são marginalizados sociais e não têm o mesmo acesso à saúde e higiene. Sendo assim, enquadram-se nos aspectos de políticas públicas, o que não diferiu no Governo Vargas, que logrou êxito em retirar os corpos doentes dos centros urbanos e lhes conferir um ambiente mais “adequado” a sua condição.

O que é suficiente para considerar os hansenianos uma classe? Partilhar das mesmas indefinições, dividir moradia, ser assolados por uma mesma doença ou ser marginalizados socialmente? A única saída para eles era se unir. Visto que, o ambiente em que moravam era vigiado constantemente, presume-se que os mesmos se rebelavam e até fugiam... Porque afinal, para que vigiar pobres coitados?

Sem dúvidas existem muitas controvérsias com relação à interpretação dos escritos de Marx, principalmente em virtude de sua influência economicista. No entanto, estudos podem demonstrar que o mesmo se atentou para outras questões em suas obras, as quais consideram o indivíduo e o trabalho como o centro de suas relações sociais, culturais, econômicas, sexuais, etc. Sendo estes fatores também alvo de sua preocupação.

Na Era Vargas, o trabalhador era uma figura importante, sendo um status social mais elevado, se comparados aos hansenianos, por exemplo. Os mesmos não poderiam sofrer com doenças, deveriam se manter saudáveis, por isso era importante segregar os adoecidos, para que os demais não se infectassem.

Em *O Capital*, Marx expõe que as relações sociais, os meios de produção, a economia, sempre existiram, mas de maneiras diferentes em cada período determinado. E nestas variadas ocasiões, a combinação de vários elementos levaram ao surgimento de suas peculiaridades/padrões.

As opções metodológicas escolhidas pelo autor, fizeram com que pudesse aprofundar problemáticas diversificadas, fato que propicia aos estudiosos de sua teoria instrumentos para uma maior compreensão de sua realidade. Neste íterim se insere a narrativa deste trabalho que alia indivíduo, capital e doença-exclusão.

Intenta-se demonstrar por meio do aspecto social, cultural (principalmente, mas não só) o modo como a ideologia varguista e conseqüentemente, a sua política visava a exclusão e a conversão de corpos doentes a marginalidade da sociedade, de modo que, não poderiam conviver com os demais, mas mesmo assim continuavam suas atividades em um espaço de Colônia, onde poderiam partilhar e viver em comunidade, com padrões de classe, visando sua sobrevivência.

Importante deixar claro que, o Marxismo considera o conflito entre as classes, como o produto das contradições entre as mesmas, fatores que promovem a chamada transformação social. Como sendo uma crítica da ciência à época, se propôs uma forma de compreender a própria realidade da seguinte forma, demonstrando os elos entre as partes e o todo de uma sociedade.

Essa análise marxista considera a apropriação econômica e a dominação política como os antagonismos inerentes ao sistema capitalista, idealizado por Vargas durante o seu governo. Demonstrando como o sistema levou a mercantilização das relações, dos indivíduos (sadios e doentes), além das coisas e ambientes ao promover o distanciamento, por conseguinte, as suas discrepâncias. Sendo assim, as relações de divergência são a base de sustentação da dialética. Considerando que “o princípio da contradição governa o modo de pensar e o modo de ser” (MARX, 1984, p. 8).

Quando da efetivação de Getúlio Vargas no poder (1930-1945), o isolamento compulsório foi o mecanismo de profilaxia implementado durante a primeira fase de seu governo, a qual ainda foi mantida por seus sucessores e que perdurou até 1980. Posteriormente, a orientação de todos os organismos internacionais da saúde era a opção pela (des) hospitalização e concomitantemente o retorno do doente para o espaço de convívio social.

As denominadas massas são formadas em um referido quadro, sendo que, um indivíduo detentor de poder edifica mecanismos de hegemonia, conseguindo persuadir os demais, utilizando-se variados métodos de manipulação, os quais se ancoram em uma ideologia dominante. De modo que, uma camada/grupo torna-se subalterno, estabelecendo a segregação de determinadas classes e a edificação do poder ancorado no capital.

O Estado não necessariamente precisa expressar a vontade da maioria, em suma, reflete o poder de uma classe social. Mesmo que precise dizer que existe igualdade entre os cidadãos, luta pela manutenção das estruturas desiguais e se compromete a mantê-la. Marx (1984) indica que, mesmo em situações de crise hegemônica, a burguesia pode não ter as condições necessárias para a sustentação do poder, mesmo assim manterá a conformidade com todas as implicações que o regime capitalista exige.

Em se tratando de saúde coletiva, as classes sociais se constituem como aporte essencial, porque dada inserção de forma desigual dos sujeitos no mundo social e do trabalho e dadas as suas condições de vida produzem diversificadas manifestações corporais. Sendo assim, o desgaste dos trabalhadores e a sua propensão a se contaminar com determinadas doenças dependem de sua incorporação de classe.

Marx, não analisa as escolhas de um indivíduo como ações puramente individuais, mas sim por meio da totalidade social em que o mesmo está inserido. Melhor dizendo, por meio de uma realidade concreta ou uma totalidade, existe a possibilidade de escolhas específicas individuais, de modo que, não existe oportunidade real de escolha autodeterminada pelo indivíduo.

O pontapé inicial da discussão: a colônia e o coletivo

De acordo com o livro “Fundamentos em Infectologia”, o agente causador da hanseníase é “um bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular...” (ROCHA, 2009, p. 739). O mesmo tem um poder de reprodução acelerado quando a enfermidade não é descoberta em estágio inicial ou ainda quando não é tratada de modo adequado, o que pode acarretar o ataque de algumas células, incluindo-se a pele. A principal forma de contágio são pelas vias respiratórias superiores. As secreções/não orgânicas (caracterizadas como: suor, esperma, leite materno, etc.) de diversas formas não ocasionam riscos de contaminação, sendo assim, não é prejudicial aos sadios relacionar-se intimamente com enfermos já medicados.

A prática do isolamento compulsório ganhou notoriedade entre as décadas de 1930-1941, ano que demarca a criação do Serviço Nacional de Lepra. Ressaltasse que houve empenho na elaboração do plano de construção de leprosários com subsídio financeiro do governo federal; sendo um empreendimento atrelado aos estados, por meio de acordos (CUNHA, 2005).

Um fato interessante e que interessa a pesquisa em questão é a de que a enfermidade acomete principalmente indivíduos considerados de baixa renda, melhor dizendo, os pobres. Visto que, possuem pouca consciência dos princípios de higiene básica (devido ao desnível das ações estatais em algumas regiões), a somar-se que os mesmos possuem uma alimentação restrita e suas condições sanitárias são inadequadas.

Como poderia ocorrer a manifestação da doença na pele por meio de manchas e eventuais deformidades, o que incluía o rosto, ser o portador deste mal parecia ser a condenação social do indivíduo, gerando assim uma sensação de não pertencimento. Por desinformação, a sociedade, incluindo ainda os familiares sentiam repulsa pelo corpo do hanseniano, rebaixando seu estágio sociocultural e político.

Erving Goffman (GOFFMAN, 2008) expressa que “Definindo papel social como a promulgação de direitos e deveres ligados

a uma determinada situação social, podemos dizer que um papel social envolverá um ou mais movimentos...” (GOFFMAN, 2008, p. 24). Quando os indivíduos adentravam aquela nova realidade apresentada a eles como o seu novo lar, deveriam morar e desenvolver suas atividades cotidianas, inclusive de trabalho e lazer, passam a desenvolver um novo papel social, o qual será subjugado a diversos órgãos (externos) e administradores (internos). Separados dos seus familiares apenas por um abismo, que era a cura.

Em 1904 o renomado sanitarista Oswaldo Cruz, que era o diretor-geral da saúde pública, optou por estabelecer o sistema de colônias, uma vez que o mesmo facilitaria o controle sobre os doentes, este local deveria ser autossuficiente, onde os internos pudessem praticar as atividades essenciais para a sobrevivência (CUNHA, 2010 *apud* SILVA, 2016, p. 71).

A salientar que, quando se opta por colocar as pessoas em grupos denota um fator de dominação, em que poderão ser facilmente supervisionadas, não apenas em termos de saúde e acompanhamento da doença, mas com o objetivo de vigiar, porque os mesmos passarão a fomentar uma classe, porque tem interesses em comum, ou seja, poderiam se unir contra um inimigo em comum (GOFFMAN, 2010, p.18).

Michel de Foucault explana a seguinte concepção de que o poder concentrado em um determinado órgão ou indivíduo, somado a ignorância e a pobreza das classes, as quais são subjugadas, levam a negligenciação dos direitos seus direitos enquanto classe e parte da sociedade experimenta a opressão, enquanto outras são tomadas por privilégios. As atitudes estatais serão a partir daí arbitrárias, ou seja, que apenas prejudiquem àqueles que deveriam ser assistidos e devidamente cuidados (FOUCAULT, 1987, p. 100). Por isso pode-se afirmar ser justamente isto que ocorria aos hansenianos.

Neste momento, surge uma indagação quando se pensa na retirada forçada de indivíduos da comunidade e sua anexação a uma (sub) sociedade. Onde fica sua situação de cidadão? Sua condição de classe? Como é um ser social para o Estado? Goffman faz a seguinte

observação: “Estou sugerindo que o pré-paciente começa com, pelo menos, parte dos direitos, liberdade e satisfações do civil, e termina numa enfermaria... despojado de quase tudo” (GOFFMAN, 2010, p. 121). Mesmo que o autor mencione que o doente antes de adentrar no isolamento (ou instituição total, como é descrito em seu livro) possuía teoricamente alguns direitos e deveres, como todos os outros cidadãos sadios que vivem no espaço da cidade, a partir do momento em que passa para a custódia de terceiros (dirigentes, vigilantes, ou de forma geral, do Estado) subentende-se que os perde parcialmente ou por completo, esvaindo a sua cidadania. Era como se estes deixassem de existir, principalmente porque naquele espaço existia pouca ou nenhuma autonomia a respeito de suas ações.

Os hanzenianos em isolamento dentro das Colônias, podem ser considerados classe para si ou por si? De fato ela existe, mas poderia ser capaz de participar politicamente? Ou era apenas considerada como o “rabo” de uma sempre possível revolução e não a encabeçaria? A que se considerar que poderia agir por interesses de outra classe, tal como aquela composta por agentes sanitaristas ou ainda do próprio governo. Vindo a inculcar seus valores, crenças e estigmas.

O cotidiano nos hospitais colônia poderia ser considerado como um sofrimento a mais para esses pacientes. O convívio forçado com pessoas desconhecidas dava sempre a sensação de proximidade da morte, a presença das mutilações e marcas nos outros, que poderiam indicar sua condição no futuro em decorrência do agravamento de sua doença. As autoras Vera Regina Beltrão Marques e Lilliana Müller Larocca (MARQUES; LAROCCA, 2008) salientam em sua pesquisa feita com os antigos doentes do Lazareto São Roque, no estado do Paraná, a postura dos internos frente a essas situações. A partir dos relatos de uma paciente é possível compreender que os mesmos sentiam nojo um do outro.

Sendo assim, aqueles que eram acometidos pela doença de uma maneira mais grave sofriam com o preconceito/estigma. Esse é um valor que era advindo da sociedade da época, porque se estavam na mesma condição, sofriam os mesmos males, porque sentir repulsa

de seus semelhantes? Os valores de outras classes eram absorvidos pelos internos e perpetuados ali.

Significam que o senso comum é um conceito equívoco, contraditório, multiforme, e que referir-se ao senso comum como prova de verdade é um contra-senso. É possível dizer corretamente que uma verdade determinada tornou-se senso comum visando a indicar que se difundiu para além do círculo dos grupos intelectuais, mas, neste caso, nada mais se faz do que uma constatação de caráter histórico e uma afirmação de racionalidade histórica; neste sentido, contanto que seja empregado com sobriedade, o argumento tem o seu valor, precisamente porque o senso comum é grosseiramente misoneísta e conservador, e ter conseguido inserir nele uma nova verdade é prova de que tal verdade tem uma grande força de expansividade e de evidência. (GRAMSCI, 1999, p. 118).

Neste ínterim, aquilo que fazia parte da ideologia higienista da época, passou a ser senso comum, visto que, os parentes e conhecidos anteriormente viam os enfermos leprosos como pessoas em dificuldade e que precisavam de cuidados, passaram a tê-los como ameaça em potencial a sua saúde e bem-estar. Além de que os próprios doentes sentiam-se feios e repugnantes, porque as pessoas ditas normais, viam-nos desta forma e assim eram internalizados os estigmas.

Recorrendo aos fragmentos que trazem o posicionamento dos enfermos frente às deformidades, temos o caso de um mineiro por nome de Olinto Leandro da Costa, que com seus 56 anos, dá razão para as pessoas por sentirem medo e nojo dos leprosos, pois são deformados e são muitos feios. (REVISTA VEJA, 1976, p. 70), em uma clara demonstração de que eles não se identificavam com aquele corpo deformado, e sentiam-se realmente à margem da sociedade.

O doente dava razão aos sadios por sentirem medo deles, querer que eles ficassem distantes, apesar de saber que nos ambientes de isolamento não havia a certeza da cura, lhe dava uma sensação de função social a não disseminação da doença, podendo ser considerado como um posicionamento político. E não puramente uma resignação frente a sua realidade, o mesmo sabia que fora da sociedade faria mais pelos outros do que estando entre eles. O fato de

se considerarem feios demonstra que mantinham a mesma opinião que a maioria da sociedade, que aqueles que não se adequassem aos padrões deveriam manter-se em um ambiente diferente.

Nestes locais de isolamento é descrito um modo de vida mais assemelhado ao campesinato, no qual os moradores “Podem-se fazer plantações amplas no intuito de proporcionar serviços aos internados que conhecem a agricultura e, ainda, abastecer de gêneros a população doente” (Revista Oeste, 1944, p. 555). Ao mesmo tempo, em que não teriam o velho hábito de sair para trabalhar, deveriam se habituar a cultivar o seu próprio alimento e a cuidar de seu local de moradia de forma comunitária. Sendo assim, aprenderiam a dividir funções, dando utilidade ao próximo e reforçando o ideal de sociedade comunitária.

Interessante observar que aos poucos as medidas sanitárias saem do campo de restrição apenas do enfermo e afetam sua relação com seus familiares e filhos, ou seja, ter um hanseniano no convívio familiar era a condenação de várias vidas.

Leicy Francisca da Silva (SILVA, 2016) afirma que ao fim do século XIX ocorre uma mudança a respeito das políticas de tratamento a hanseníase no estado de Goiás, pois a Inspetoria de Higiene do estado, no ano de 1890, publica um relatório em que é descrito que todas as atitudes tomadas com relação à contenção da enfermidade não estão dando resultados satisfatórios, então seria necessário “afastar a estes indivíduos, segregá-los da sociedade, dando-lhes, porém as acomodações necessárias às suas míseras condições” (SILVA, 2016, p. 67).

Neste mesmo período, o Brasil passava por um momento de graves problemas com doenças que acometiam principalmente as classes mais baixas da população. Então agora as medidas sanitárias destinavam-se a educar, ensinar e cuidar do povo, denominado de Movimento Higienista, os quais passaram a controlar diversos setores sociais, ditando regras nos modos de trabalhar, de morar, de estudar, sua consciência corporal, moral, etc. Aumentando o estigma sobre os mais pobres da sociedade, porque estes eram

denominados os responsáveis por contaminar todos os outros. Sendo assim é possível dizer que a escolha pela segregação dos enfermos se deu não devido ao “conhecimento científico do período..., mas foi resultado de escolhas e forma de intervir na sociedade, feitas no entrecruzamento de concepções ideológicas, científicas e políticas.” (RIBEIRO, 2013, p. 33).

No Governo Vargas em 1930 foram uniformizadas as medidas da saúde com relação às doenças infectocontagiosas que se espalhavam por entre a massa. Foi então, instituído um processo de centralização deste setor, com a criação de ministérios e suas reformulações que passaram a ser departamentos de saúde, por exemplo. Principalmente no tocante a lepra, o governo visou estabelecer uma política de isolamento para todos os doentes, esta que deveria escoar para todo o território nacional. “Assim, foi introduzido o modelo de tratamento baseado no sistema de tripé (leprosários, preventório e ambulatório), recomendado por Hansen...” (MACIEL, 2014, p. 98). Sendo assim, tem-se que a política que irá se estender até o fim do século, os doentes eram levados para um determinado local, onde seriam cuidados e tratados; seus filhos, mesmo que são para outro, onde seriam devidamente cuidados e assistidos pelo Estado.

A partir de 1935 foi criado pelo governo o Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL) que possuía uma polícia sanitária, que prendia os hansenianos e os levava para o isolamento. Ou seja, partir desta prática percebe-se que não existia outra alternativa aos doentes, a não ser enquadrar-se nesta nova condição, porque caso não aceitassem ir por livre e espontânea vontade para os leprosários, deveriam o fazê-lo por intermédio de coerção.

O Serviço Nacional da Lepra incorporou as organizações que eram essencialmente particulares, de modo a oficializar tais ações. Vários médicos foram espalhados por todo o país dando mais corpo a esta empreita em todo o território nacional. Segundo a Revista de educação e saúde “O Estado de Goiás foi dos primeiros beneficiados, graças ao empenho do seu Interventor, pois que, em 1936, portanto no ano imediato, já se dava início à tarefa de construção de um

hospital-colônia modelo...” (REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1946, p. 53).

Tão importante era aquela construção tida como um modelo, que o próprio diretor do já mencionado Serviço Nacional da Lepra, e o renomado leprólogo por nome de Heraclides Cesar de Souza Araújo foi pessoalmente até o terreno aonde seria empreendida a construção do leprosário, o qual julgou como sendo o mais propício para aquele fim. Já no ano de 1943 foi inaugurada no recinto a energia elétrica, e assim fez-se sua inauguração, a partir deste momento começaram a recolher os enfermos. No ano mencionado aqui “se acham internados, e em tratamento, cêrca de quatrocentos doentes de ambos os sexos...” (REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1946, p. 53).

Um fato muito interessante é que “quanto à enfermagem e à assistência religiosa, estão sob os cuidados contínuos das Irmãs Vicentinas e do valioso capelão P. Rodolfo Telmann.” (REVISTA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1946, p. 53). A priori se faz necessário observar que havia uma associação de igreja e estado em prol do desenvolvimento destas ações, visto que, desde as primeiras atitudes com relação aos cuidados dos doentes era atrelada aos religiosos.

Leicy Francisca da Silva descreve a respeito das discussões acerca da construção de um leprosário no ano de 1937, fruto da política da época, que era voltada para o sanitarismo, que cobrava que fossem edificadas moradias para os acometidos pela lepra. Interessante representar a frase que exemplifica as edificações que vieram reforçar a primeira (leprosário) “... o hospital se justificava pela própria doença; os dispensários, pela necessidade de observação dos contatos; e os preventórios pela assistência aos filhos dos internos...” (SILVA, 2016, p. 158). Sendo assim, pode-se observar que os órgãos políticos e estatais estavam dedicados em controlar todos os doentes e próximos a estes, para que mais que barrar a propagação da enfermidade, como também no intuito de enquadrar os “culpados” em uma nova realidade da medicina, que parecia querer testar novos métodos e medicamentos.

Agora a construção do leprosário ganha razão e circunstância “inserir-se num projeto nacional de expansão da perspectiva nacionalista e sanitária, fundada no eugenismo e higiene” (SILVA, 2016, p. 160). Essa é a ideologia da renovação e reestruturação dos planos internacionais do Brasil, que agora se incluía como sendo um local em grande expansão e evolução a passos largos, e seria bem visto aos olhos externos, abertos a comercialização. O ideal de sanitarismo sairia do plano político e adentrara o próprio imaginário popular, agora aqueles que viviam plenamente com os doentes em suas residências, cuidando e zelando por eles, não mais os queriam por perto.

Sendo assim, podemos perceber que a dinâmica sanitária se alinhava aos ideais políticos, criando uma atmosfera política condicionada ao autoritarismo, impossibilitando o desenvolvimento social dos acometidos pela doença, criava-se uma redoma, tornando-os reféns.

Importante reproduzir aqui a fala proferida no ano de 1939 pelo então diretor do Posto de Higiene do Estado de Goiás, o médico Hélio de Loyola. O médico salienta que “está sendo caprichosamente construído pelo governador de nosso Estado, médico também e conhecedor do problema da lepra” (LOYOLA, 1939 *Apud* SILVA, 2016, p. 164-165) mencionando aqui o leprosário Santa Marta, o qual descreve como sendo construído caprichosamente e especialmente dedicado ao cuidado da doença, colocando a demora em solucionar o problema como um sinal de minúcia na escolha das atribuições e estrutura do local, expondo ainda que como sendo médico, o interventor Pedro Ludovico sabia como poucos o modo correto de lidar com a enfermidade e os acometidos direta ou indiretamente por esta.

Aproveitando-se da proliferação rápida da infecção e da mentalidade dos indivíduos com a negação e exclusão dos doentes e o delineamento afim do preconceito contra os enfermos, a política médica se colocava como “heróis” do momento, conseguindo solucionar todos os problemas da população em relação à saúde, principalmente a lepra que era a enfermidade que mais possuía

conotação pejorativa na sociedade, utilizava-a para a promoção de suas funções e superestimando de sua profissão, não mencionando a situação de subjugamento que os doentes enfrentavam.

Em todo o tempo nas revistas, jornais e ofícios era mencionado que a construção do estabelecimento que abrigaria os acometidos pela doença como sendo um monumento de referência/modernização, além de mobilizar a integração nacional, visto que, todas as cidades e estados deveriam aderir a esta atitude, e aqueles que não o fizessem seriam taxados como atrasados, contra o progresso, esse fato (de pomposidade da edificação) que iria ser responsável por imortalizar todos os envolvidos neste processo. Subentende-se que o doente é silenciado, age contra suas vontades e anseios e perde o direito de atuar ativamente em sociedade. As propagandas expunham que ali seria uma verdadeira cidade, não se referenciando ao local como um depósito ou apenas a materialização (práxis) do processo de exclusão dos “anormais” da raça nacional.

A reafirmação do poder médico-sanitário junto ao poder político, com o estabelecimento de normas e instituições, é o marco desse momento de constituição da hegemonia médica. Refletia-se localmente, o consenso estabelecido internacionalmente para a profilaxia da lepra e o tratamento dos atingidos. Reforçado pela especificidade regional da construção de uma nova capital, regida pelo discurso higiênico e de modernidade, e também pela pretensão de acomodar a futura capital (SILVA, 2014, p. 209).

Denotando a relação do governador do Estado com o Presidente tem-se um fragmento de uma reportagem da revista Oeste que exemplifica ainda que a obra “Foi construída pelo Governo Federal e instalada pelo Governo Estadual. E’ também, ao Estado que cabe a sua manutenção, prevista em um milhão de cruzeiros anuais, contando-se especialmente as despesas de pessoal e de material de consumo” (REVISTA OESTE, 1944, p. 557). No texto é descrito que a construção foi competência do Governo Federal, e demonstra ser de fato uma ação que estava sendo imposta a todos os estados em relação à doença, mas a manutenção da mesma seria feita pelo estado, então não era dado um auxílio externo para o desenvolvimento do projeto, o governo estadual quem deveria

arcar e custear o local. Principalmente com relação aos funcionários e administradores da instituição e também bens que não eram produzidos naquele espaço.

Na própria instituição havia a segregação que estabelecia áreas doentes e áreas saudias. Como pode ser observado na reportagem da Revista Oeste (1944), onde são exemplificadas até as entradas pelas quais os enfermos poderiam adentrar como deveriam portar-se e até aonde ir. A zona sadia era constituída pelo corpo médico, o local onde ficavam as injeções, curativos e remédios, objetos destinados ao cuidado de corpos enfermos (REVISTA OESTE, 1944, p. 555). Já a zona doente era constituída como o próprio nome indica, por aqueles que eram impossibilitados de cuidar de si, e que, ao mesmo tempo eram tão perigosos para a sociedade na totalidade. Mas naquele local é indicado que havia uma organização própria, com delegado, prefeito e muita diversão (segundo o texto). Indicando que havia ruas, onde havia moços, velhos e crianças a conversar entre si, outros a observar os visitantes inesperados (REVISTA OESTE, 1944, p. 555).

Interessante salientar que na reportagem da Revista Oeste de 1944, são apresentados alguns dados interessantes que podem ser percebidos nas entrelinhas do texto. Quando a equipe de reportagem passa pelo cemitério do local vem a seguinte indagação: E os mortos? Visando saber se naqueles locais muitas pessoas vinham a óbito (possivelmente, devido a doença), porém os administradores logo respondem que não, que apenas os moradores mais velhos vinham a falecer, e claro, demonstrando que por morte natural/devido ao peso da idade (REVISTA OESTE, 1944, p. 555). É possível perceber aqui a manipulação implícita nesta resposta, já que a colônia era uma obra que visava demonstrar o poder do governo e o ideal de desenvolvimento da nova capital e do território nacional, dever-se-ia mostrar que ali era tudo muito bem encaminhado e que as políticas públicas na área da saúde iam correndo de modo satisfatório.

Havia casos em que os doentes compravam casas (claro, se possuísssem condições financeiras para tal) onde iam morar, essas

moradias se localizavam nas proximidades/arredores da Colônia. Como pode ser observado na reportagem da Revista Oeste, que é descrito que “existem casas de aluguel. Ao invés de viver em pavilhões, mais ou menos em comum, os internados que têm independência econômica alugam casas separadas...” (REVISTA OESTE, 1944, p. 555).

Esta é uma clara demonstração de status social, pois os leprosos que possuíam bens suficientes comprariam casas e poderiam se sentir menos presos à instituição, no entanto, não poderiam sair dali, ou seja, ao mesmo em que lhe era oferecida certa liberdade, esta deveria ter limitações muito claras.

“Como médico da Secretária da Saúde [...], lotado na Colônia Santa Marta [...], eu fazia cirurgia e os partos das mulheres: e, como a gente fazia laqueadura em todas elas [...] foi diminuindo a clientela do antigo preventório” (REVISTA ESTUDOS VIDA E SAÚDE, 1973, p. 1466). Esta atitude é justificada em prol de uma não lotação do ambiente em que eram alojados os filhos dos enfermos da Colônia goiana, mas também soava como medida sanitarista, para conter a proliferação da doença, mas de impedimento a perpetuação de uma geração de pessoas doentes, além de ser uma agressão ao corpo de uma mulher, pois quando esta saísse do hospital, não mais poderia ter filhos. Esta passagem comprova como os leprosos eram reféns institucionais e não possuíam condições de escolha, condicionados a enveredar por determinados caminhos.

A respeito do Preventório Afrânio de Azevedo, o recinto é descrito da seguinte forma “Alí estava a presença de espírito da caridade humana, da solidariedade, do consôlo maternal, de tudo enfim que possa parecer com os ensinamentos prègados por Cristo...” (REVISTA OESTE, 1944, p. 463), trecho no qual é claramente perceptível a concepção docilizada do local que o texto queria transpor ao seu público.

Mais uma vez, as medidas em saúde são recheadas de problemáticas em caridade e religiosidade, sendo uma forma de dominar os indivíduos, pois ao invés de se sentirem presos e sem

perspectiva, iriam sentir-se acolhidos e devidamente cuidados, valores que a classe dos dirigentes lhes transpôs.

Na revista Estudos Vida e Saúde, do ano de 1973 é descrito da seguinte forma: A necessidade de encontrar soluções capazes de equacionar a problemática dos familiares de hansenianos, especialmente dos filhos de hansenianos internos na Colônia Santa Marta, fez com que o governo convidasse Eunice Weaver a visitar os serviços locais. A medida indicada... foi a construção de um abrigo. (REVISTA ESTUDOS VIDA E SAÚDE, 1973, p. 1455).

Ainda seguindo essa linha de pensamento desenvolvida na revista, um entrevistado salienta que era mesmo uma espécie de segregação, mesmo que todos soubessem que aquelas crianças eram sadias, ainda assim temiam o contágio. Ainda afirma que “a cultura daquela época era de que o contato com essas pessoas era perigoso...” (REVISTA ESTUDOS VIDA E SAÚDE, 1973, p. 1462). Mesmo aqueles que eram predestinados a cuidar desses pequenos “órfãos” que possuíam seus pais, não mantinham uma relação de respeito e amparo e muito mais de temor, e até mesmo de ignorância.

Era Bertília, uma *conhecida de infância do repórter*. Foi-nos declarado que, em virtude de seu estado, lhe é permitido retornar ao lar. Mas ela não quer... *prefere estar ali como enfermeira*, ajudando aquela legião de doentes a amenizar seus sofrimentos. (REVISTA OESTE, 1944, p. 555. [Grifos meus]).

A referida moça é uma boa representação de como as condições de vida, estabelecem as escolhas aos indivíduos, pois sendo conhecida do repórter, sendo de um mesmo ciclo social, poderia ter optado por esta mesma profissão, inclusive estudado, no entanto, prefere permanecer no hospital e servir aos demais doentes, sendo assim, sua situação de ex-leprosa e moradora de colônia, impera sobre suas decisões, porque mesmo curada prefere permanecer e fazer aquilo que aprendeu durante sua vida, servir e viver em prol da lepra.

Ainda discutindo o comportamento e as escolhas dos leprosos, tem-se a seguinte descrição: “levou-nos a ver a cozinha, o refeitório, onde um *garçon* nos fez uma saudação *quasi à militar* (os lázaros,

habituaados a não estenderem a mão a ninguém, cumprimentam sempre, alí, levando a mão direita em forma de *continência*)” (REVISTA OESTE, 1944, p. 556 [Grifos meus]).

Uma das questões que mais chama a atenção é a presença de funções na colônia, as quais não eram remuneradas, o rapaz evidenciado como um garçom, a outra como uma enfermeira... como em qualquer sociedade capitalista, a colônia vivia permeada por relações de trabalho, que não só mantinham sua subsistência, mas mantinham o sistema (opressor X oprimido).

Inclusive a manipulação de alimentos poderia ser feita pelos doentes, sua preparação, bem como servir, no entanto, não poderiam cumprimentar com toques, por isso lhes foi ensinado uma saudação militar, como se prestassem continência aos superiores, o que demarca o autoritarismo no ambiente da colônia.

A instituição era muito importante como construção de civilidade, sua arquitetura demonstrava as referências comportamentais, espirituais, morais, físicas e incentivava o trabalho; inserindo-se assim no quadro médico-sanitário, fortalecendo a higiene e a separação do adoecido da sociedade (SILVA, 2014) sendo que

era o espaço coletivo que dava *incentivo à promiscuidade e a revolta*, em contradição ao sentido do *isolamento*, que, insulando, *incentivava a liberdade e a abnegação*. A lepra mais que problema patológico, era da alçada da assistência social. (SILVA, 2014, p. 175 [Grifos meus]).

Essa colocação da autora auxilia muito no processo de interpretação dos fatos sobre a ótica marxista, como sendo uma idealização capitalista, a colônia controlava as relações sexuais, culturais, políticas, etc., de seus moradores. Fato que poderia colaborar para que se revoltassem, pois, não conseguiam ter qualquer escolha sobre seu corpo. Havia muitas contradições nos espaços de isolamento, essencialmente no que se refere as questões sociais.

Para encerrar tal argumentação, pode-se questionar e afirmar certas problemáticas, da seguinte forma

Por que e como se difundem, tornando-se populares, as novas concepções do mundo? Neste processo de difusão (que é, simultaneamente, de substituição do velho e, muito freqüentemente, de combinação entre o novo e o velho), influem (e como e em que medida) a forma racional em que a nova concepção é exposta e apresentada, a autoridade (na medida em que é reconhecida e apreciada, pelo menos genericamente) do expositor e dos pensadores e cientistas nos quais o expositor se apóia, a participação na mesma organização daquele que sustenta a nova concepção. (GRAMSCI, 1999, p. 108).

A forma como os ideais sanitaristas adentraram a sociedade sadia e também a adoecida parece impressionante, no entanto, seu basilar era a própria política varguista, que era excludente e autoritária, influenciando nas atitudes dentro da colônia. Não é incomum encontrar relatos de que os leprosos sentiram-se gratos por serem cuidados naquele ambiente, apesar da separação com a sociedade.

A concepção de que a escolha em políticas públicas em saúde soava como assertiva, pois retirava um antigo problema que estava em voga e reforçava o autoritarismo do governo e o seu viés de amparo social, que era muito evidente em suas ações.

Ao passo que, desenvolver um estudo a respeito de marginalizados sociais parece uma escolha complicada, pode representar um marco em termos de associação da teoria marxista como processo teórico-metodológico, considerando que é uma análise pós *factum*

a história dos grupos sociais subalternos é necessariamente desagregada e episódica. É indubitável que, na atividade histórica destes grupos, existe tendência a unificação, ainda que em termos provisórios, mas essa tendência é continuamente rompida pela iniciativa dos grupos dominantes e, portanto, só pode ser demonstrada com o ciclo histórico encerrado, se este se encerra com sucesso. Os grupos subalternos sofrem sempre á iniciativa dos grupos dominantes, mesmo quando se rebelam e insurgem: só a vitória 'permanente' rompe, e não imediatamente, a subordinação. (GRAMSCI, 2002, p. 135).

É fato que o grupo dos leprosos foi subalternizado e marginalizado, no entanto, sua história ainda possui muitos

desdobramentos, devendo ser constantemente revista e reescrita, de modo a valorizar o seu protagonismo.

Apenas mediante uma rebelião constante os mesmos poderiam mudar a sua realidade e é o que ocorre nos dias atuais, quando as políticas públicas em saúde incentivam a segregação e não o rompimento com as ideologias dominantes.

Conclusão

As condições de vida dos leprosos que moravam forçosamente em instituições asilares levavam-nos a perder sua autonomia, criando assim uma situação de marginalidade social. As políticas públicas em saúde daquele período tornavam os doentes reféns institucionais, ou seja, condicionando suas atitudes futuras a sua situação de doença.

As atitudes tomadas pelo sujeito histórico para o Materialismo Histórico Dialético são condicionadas a determinadas limitações e empecilhos, visto que, os indivíduos não são totalmente livres para tomar decisões. Ao contrário disso, todas as atividades previamente dadas, tais como: contexto social, econômico, crenças, etc., representam uma vasta limitação para o seu presente.

Por exemplo, os leprosos eram mandados para colônias em que deveriam viver e se tratar, no entanto, a cura não era uma realidade, todas as suas decisões a partir dali eram condicionadas por esse fator, ao mesmo tempo, em que, a morte estava sempre a espreita, além de que não tinha acesso ao conhecimento formal, ao trabalho remunerado ou aos direitos de que os demais cidadãos dispunham. Deste modo, seria o leproso condicionado socialmente a não ser mais que um projeto de política pública em saúde?

No trabalho, foi apresentado um caso em que uma moça se cura da doença e

passa a viver dentro da colônia, desenvolvendo um serviço em saúde, em enfermagem mais especificamente, fica claro para o leitor que não lhes restavam muitas alternativas de futuro, mesmo após

curar-se. Deste modo, podemos afirmar que o morador da colônia se consolida como um institucionalizado pelo Estado, que não mais consegue tomar decisões fora de sua tutela.

O cerceamento dos direitos fica evidente em cada uma das decisões estatais. Sendo um assunto muito importante para o desenvolvimento de discussões veementes na militância política, a qual é contrária aos micro fascismos e discurso de ódio. As implicações sociais de um ambiente de segregação para o indivíduo são inegáveis. Como salienta Foucault, estes locais têm em comum a normalidade, na prática da coerção, deste modo, vão fazendo com que o corpo torne-se disciplinado e adequado a esta realidade, este fato irá acompanhar os antigos moradores até quando saírem do entremuros (FOUCAULT, 1987, p. 195-196).

Sendo assim, a sua realidade difere daquela vivenciada no extramuros, assim terá dificuldades de interação com o mundo após a sua saída. Quando da criação dos leprosários, tem-se uma institucionalização do corpo doente, do mesmo modo que, assim que aberto o preventório, o mesmo serviria para manter o “problema” como uma responsabilidade estatal, mas atendo-se apenas para o aspecto econômico-político. Esquecendo-se das relações humanas.

Referência

Fontes primárias

A ORGANIZAÇÃO modelar da Colônia Santa Marta. *Revista Oeste*, a. III, n. 14, p. 554-557, mar. de 1944.

IMPrensa OFICIAL – Goiânia. Secretaria de Estado de Educação e Saúde de Goiás. *Revista de Educação e Saúde*. Documento disponível em Arquivo Histórico Estadual de Goiânia. a. XIV, n. 29-30, p. 50-54, ago./ set. 1946.

EDUCANDÁRIO Afrânio de Azevedo. *Revista Oeste*, a. III, n. 12, p. 463-464, jan./ 1944.

O REFÚGIO dos rejeitados. *Revista Veja*, n. 427, p. 67-70, nov. 1976.

Bibliografia

- CUNHA, Vivian da Silva. *O isolamento compulsório em questão*. Políticas de combate à lepra no Brasil 1920-1941. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- DEL CONT, Valdeir Donizete. *Eugenia: a ciência do melhoramento das especificidades genéticas humanas*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/280461/1/DelCont_ValdeirDonizete_D.pdf.
- FERNANDES, Florestan. *Apontamentos sobre a Teoria do Autoritarismo*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1979.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Sabotagem, 2004.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.
- GRAMSCI, Antonio. *Às margens da história* (Caderno 25). v. 5. Cadernos do Cárcere, Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2002, p. 129-145. [História dos grupos sociais subalternos].
- GRAMSCI, Antonio. *Introdução ao estudo da filosofia* (Caderno 11). v. 1. 3 ed. Cadernos do Cárcere. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004, p. 83-225.
- MACIEL, David. Notas sobre revolução passiva e transformismo em Gramsci. *História Revista*, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 273-299, jul./dez., 2006.
- MARX, Karl. Produção da sociedade. In: IANNI, O. (org.). *Karl Marx: sociologia*. Trad. Maria Elisa Mascarenhas, Ione de Andrade e Fausto N. Pelegrini. São Paulo: Ática, 1984.
- MARX, Karl. *O Capital - Livro I – crítica da economia política: o processo de produção do capital*. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.
- ROCHA, Manoel Otávio da Costa. *Fundamentos em infectologia*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
- SILVA, Leicy Francisca da. *Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás*. Goiânia: Editora UFG, 2016.

O impacto da pandemia de covid-19 nos profissionais de saúde em Barra de São Francisco-ES

Márcio Leandro Piske¹

Objetivos

O objetivo deste trabalho é relatar um conjunto de problemas e sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde no Hospital Estadual Dr. Alceu Melgaço Filho localizado na cidade de Barra de São Francisco-ES, onde foram coletados dados através de questionário enviado a todos os funcionários efetivos e terceirizados desta instituição. As perguntas foram direcionadas e baseadas nas principais queixas que afetaram os profissionais de saúde envolvidos direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19. A partir destes dados propõe-se a descrever as dificuldades vividas e ações para a proteção e a assistência à saúde de tais profissionais. O principal problema relatado foi o medo do risco de contaminação gerando afastamento do trabalho e a possível contaminação da família, abalo emocional, doença e morte. Alguns transtornos de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares fizeram parte das respostas ao questionário. Um paralelo com outras doenças endêmicas e epidêmicas que afetam os trabalhadores de saúde puderam ser também analisadas. Algumas causas apontadas como as decorrentes do baixo custeio do SUS, diminuição dos recursos para o setor, deterioração dos serviços e da escassez da força de trabalho, geraram desafios vitoriosos tanto nesta pandemia quanto em

1 Mestrando em Ciência, Tecnologia e Educação – Universidade Vale do Cricaré.
E-mail: marciopiske1@icloud.com.

outras prováveis doenças contagiosas que se apresentam à gestão do trabalho e capacitação de pessoal. Isso deverá produzir expansão da infraestrutura de leitos hospitalares e da reorganização do processo de trabalho na atenção básica para o enfrentamento da pandemia, priorizando medidas necessárias para a proteção e a promoção da saúde física e mental dos profissionais e trabalhadores da saúde. Ao fim do trabalho completo serão 492 questionários respondidos.

Introdução

Barra de São Francisco é um município brasileiro situado na região noroeste do estado do Espírito Santo com superfície de 933,75 km² e 162 metros de altitude. Sua população, segundo contagem feita pelo IBGE, em 2010, era de cerca de 40.649 habitantes com densidade demográfica de 43,16 hab/km² e a população estimada pelo IBGE no ano de 2019 era de 44.650 habitantes. A taxa de escolarização era de 96,2% entre 6 a 14 anos de idade. A mortalidade Infantil em 2019 era de 15,6 óbitos por mil nascidos vivos. Em 31 de outubro de 1943, pela Lei 15.177 é criado o município de Barra de São Francisco, desmembrado de São Mateus. A cidade é a 13^a mais populosa do Espírito Santo e a mais populosa de sua microrregião, que é composta ainda pelos municípios de Água Doce do Norte, Ecoporanga e Mantenópolis. As principais fontes de renda do município são a exploração mineral de rochas ornamentais, a agropecuária e o comércio.

A pandemia de SARS-CoV-2, causador da Covid-19 provocou a contaminação e a morte de um grandioso número de pessoas logo no seu primeiro ano de 2020. Até 28 de janeiro de 2022, houve 364.191.494 casos confirmados de COVID-19 no mundo, incluindo 5.631.457 mortes, segundo a OMS em seu painel sobre a covid19 atualizado diariamente. No Brasil, esse número até o dia 29 de janeiro de 2022 era de 25.214.622 casos e de 626.524 mortos. No Espírito Santo, nessa mesma data tínhamos 836.960 casos e 13.496 mortes. Em Barra de São Francisco, *locus* de nossa pesquisa, em 23 de janeiro o número era de 6.098 infectados e 238 mortes (painel

pmbsf 2022). Esse painel seguiu em ondas/picos durante esses dois anos, sempre com o temor de mutações a cada mês.

Desde o início existiu grande preocupação diante desta doença que se espalhou rapidamente em todas as regiões, a exceção da Antártida, levando a diferentes impactos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 18 de março de 2020, os casos confirmados da Covid-19 haviam ultrapassado o número 214 mil no mundo inteiro. E nessa época nem sequer existiam planos estratégicos para serem aplicados a uma pandemia de coronavírus – tudo era muito novo, portanto, tanto usuários quanto profissionais tiveram dificuldade no seu atendimento nos primeiros meses.

Desenvolvimento

As recomendações da OMS, do Ministério da Saúde do Brasil, do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Estados Unidos) e também de outras organizações nacionais e internacionais apontavam para a aplicação de planos de contingência baseados no já conhecido influenza, devido às semelhanças clínicas e epidemiológicas entre esses vírus respiratórios. Tais planos de restrição previam ações um pouco diferentes de acordo com a gravidade das pandemias. O Plano de Influenza Pandêmica (Pandemic Influenza Plan – PIP), elaborado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services) dos Estados Unidos, era referente à quarta atualização, do ano de 2017, com medidas para diferentes áreas civis e governamentais.

A OMS tem avaliado esse surto 24 horas por dia e estamos profundamente preocupados tanto com os níveis alarmantes de disseminação e gravidade quanto com os níveis alarmantes de inação.

Portanto, avaliamos que o COVID-19 pode ser caracterizado como uma pandemia.

Pandemia não é uma palavra para usar de forma leve ou descuidada. É uma palavra que, se mal usada, pode causar medo irracional ou aceitação injustificada de que a luta acabou, levando a sofrimento e morte desnecessários. (WHO, 2020).

Este foi parte do discurso de abertura do diretor geral da OMS no início da pandemia:

“Temos um inimigo invisível.” “A nossa segurança está ameaçada.” “Não mediremos forças para vencer mais esta batalha.” Estas foram frases comuns que anunciaram situações de “guerra” e foram usadas nos noticiários sobre “o avanço do perigo” da Covid-19, inclusive mesmo a OMS, na conferência de 11 de fevereiro de 2020 quando anunciou o nome oficial da doença, usou esse termo. Para o diretor-geral da organização mundial da saúde (OMS), o cenário era compatível a uma ameaça de terrorismo: “É uma questão de convulsões políticas, sociais e econômicas. [Uma epidemia] pode afetar todas as áreas da sociedade e é por isso que temos que levá-la a sério. O mundo, quando fala sobre terrorismo - imaginem -, o nível de preparação, e assim por diante, é imenso. Para ser honesto, um vírus é mais poderoso na criação de convulsões políticas, econômicas e sociais do que qualquer ataque terrorista, acredite ou não. Eu era ministro das Relações Exteriores e discutia o terrorismo e assim por diante, mas um vírus pode ter consequências mais poderosas do que qualquer ação terrorista, e isso é verdade. Se o mundo não quiser acordar e considerar esse vírus inimigo como inimigo público número um, acho que não aprenderemos nossas lições. É o inimigo número um do mundo e de toda a humanidade e é por isso que temos que fazer tudo para investir em sistemas de saúde, investir em preparação, e é por isso que eu sempre digo: isso que me acorda à noite e deve acordar todos nós. [O vírus] é o pior inimigo que você pode imaginar. Pode causar estragos políticos, econômicos e sociais” (Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS, 11 de fevereiro de 2020).

Temos ouvido duas expressões com certa frequência durante esse tempo de pandemia: “aquilo que nos havia de acontecer!” e “nada será como dantes!”. “Se a primeira revela alguma incerteza relativamente ao presente, a segunda expressão parece já evidenciar alguma certeza em relação ao futuro.” Esses são comentários de Pedro Bandeira, arquiteto, em “ a Universidade do Minho em tempos de pandemia”. Neste contexto parecia inevitável o

que aconteceu à humanidade diante da vida despreocupada, despreparada e inconstante nos tempos atuais. Por outro lado, a segunda afirmação prevê que assim como esta pandemia ensinou-nos bons hábitos, higiene e educação acima de tudo, talvez numa próxima “tragédia” possamos apenas aproveitar as lições valiosas aprendidas na atualidade.

Num contexto de saúde mental talvez ainda maior seriam os impactos, pois requereu maior atenção ao trabalhador de saúde principalmente da sua saúde psicológica. Tem aumentado muito o número de relatos de aumento dos sintomas de ansiedade, perda da qualidade do sono, depressão, uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos familiares (KANG, L, 2020). Em Wuhan revela os médicos enfrentaram enorme pressão, com alto risco de infecção e proteção inadequada porque a contaminação era iminente e ainda desconhecida, excesso de trabalho, discriminação por parte do resto do mundo, isolamento frustração, deram assistência a pacientes com emoções bastante negativas, falta de contato com a família e exaustão generalizada. Isso tudo levou a problemas de saúde mental, como estresse, raiva e medo, ansiedade, sintomas depressivos, insônia, negação, problemas que afetam não apenas a atenção, o entendimento e a tomada de decisões dos médicos, mas também podem perpetuar em seu bem-estar geral. O medo de ser infectado, bem como o pânico dos familiares associado à falta de suprimentos médicos, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes, informações obscuras sobre recursos, solidão e preocupações com perdas recentes foram temas abordados diante do sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos profissionais de saúde, causando também o desânimo em trabalhar (HUANG, 2020). Estudos chineses mostraram que o grupo que mais sofria era constituído pelas enfermeiras mulheres, pessoas que moravam em Wuhan e técnicos da saúde nas áreas de diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados de enfermagem a pacientes com suspeita ou já positivos para COVID-19. Tudo isso era piorado quando a mão de obra tornou-se escassa e quando houve o sentimento de impotência

diante da gravidade e a complexidade dos casos por causa da falta de leitos ou equipamentos de suporte.

Numa síntese feita por Avanian no JAMA maio 2020, foram observados os fatores principais que contribuíram para o sofrimento psicológico de enfermeiros, médicos, terapeutas respiratórios, auxiliares e outros profissionais de saúde no atendimento direto aos pacientes com COVID-19: Esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número cada vez maior de pacientes com doenças agudas em idades variadas, que pioram rapidamente. Cuidar de colegas de trabalho gravemente doentes e, às vezes, que morrem de COVID-19; escassez de equipamentos de proteção individual que pioram o medo e aumentam a exposição ao coronavírus no trabalho; preocupações em infectar a família, especialmente os parentes idosos, os imunocomprometidos e aqueles com doenças crônicas; escassez de ventiladores e outros equipamentos médicos fundamentais ao atendimento dos pacientes graves; ansiedade em assumir condutas médicas novas ou desconhecidas e cargas de trabalho extensas no atendimento a pacientes com COVID-19; acesso limitado aos serviços de saúde mental para tratarem suas próprias depressões, ansiedade e sofrimento psicológico.

Num primeiro momento, feita amostragem com seis funcionários (3 médicos e 3 enfermeiros) e aplicado o questionário com as seguintes perguntas e respostas como segue:

1 - Você já conhecia outros vírus da família coronavírus?

Respostas: SIM: 2 NÃO: 4

2 - Você recebeu treinamento específico sobre o tratamento da covid-19?

Respostas: SIM: 6 NÃO: 0

3 - Qual sua preocupação em relação ao seu trabalho na linha de frente no combate à Covid-19?

Respostas:

Medo de morrer: 4

Não ser útil caso adoecesse: 2

Adoecer e levar a doença para casa: 3

- Não saber tratar uma doença até então desconhecida: 1

4 - Quais cuidados você tinha em relação ao seu trabalho na linha de frente da Covid-19?

Respostas:

- Uso constante de máscara: 6

- Treinamento repetido sobre paramentação: 3

- Não colocar as mãos no rosto: 3

- Não usar o celular durante o turno de trabalho: 1

- Álcool gel em tudo e em todos: 5

5 - O Hospital fornecia equipamentos de proteção individual em suficiência?

Respostas: SIM: 5 NÃO: 1 (faltava em alguns dias)

6 - O Hospital em algum momento teve sua capacidade esgotada no que se refere aos leitos para Covid 19? Você teve esse medo?

Respostas:

SIM: 6 (em vários momentos a capacidade esgotou-se e muitas vezes usava-se espaço sob aglomeração de doentes)

SIM: 6 (todos os funcionários tinham medo de não haverem vagas para eles próprios)

7 - Todos os funcionários do Hospital foram vacinados?

Respostas:

SIM: 4

NÃO: 2 (no início alguns tinham medo do efeito e da política sobre essa vacina)

8 - Algum colega de profissão tinha ou tem comportamento de menosprezo à doença?

Respostas:

SIM: 3

NÃO: 3 (amigos que não queriam usar máscara; outros que diziam não haver necessidade pois todos iriam morrer mesmo; outros diziam ser somente uma virose então não havia necessidade de cuidados)

9 - Qual era sua jornada de trabalho durante o tempo de atuação na linha de frente da Covid 19?

Respostas:

24 horas por semana: 4

12 horas: 1 (vendia o plantão para diminuir a exposição ao vírus)

48 a 60 horas: 1 (faltavam funcionários e havia necessidade de cobertura extra)

10 - Pensou em algum momento que a doença veio como um castigo de Deus ou algo parecido?

Respostas:

SIM: 2 (no início todo mundo dizia que era uma doença diferente e que deus estaria castigando os seres humanos)

NÃO: 4

11 - Pensou em algum momento em desistir do cargo e procurar outro para ficar menos exposto? Ou até mesmo trocar de profissão?

Respostas:

SIM: 3 (várias vezes durante o cansaço) NÃO: 3 (sentimento de dever e sacerdócio)

12 - O que achou de quando os profissionais de saúde foram elevados a heróis e depois voltaram à condição de meros cumpridores de suas funções?

Respostas:

- Já era esperado isso: 3
- Uma falta de consideração: 3
- Subvalorização do trabalho mais importante naquele momento: 1
- Fez rever conceitos sobre a profissão: 2
- Vontade de ir para a mídia e tentar reverter: 1
- Chateado apenas: 2

Conclusão

Este estudo, ainda em andamento no campo de pesquisa, será concluído principalmente sobre a importância em reconhecer o esforço de cada profissional no âmbito do seu atendimento individualizado aos infectados pela covid-19. Dar o apoio necessário aos profissionais e trabalhadores da saúde que estão na linha de frente do combate à pandemia, sempre será um estímulo a fim de serem notados pelo seu esforço, até mesmo como sacrifício que muitos estão fazendo para continuar trabalhando nas condições impostas pelos gestores da saúde. Importante a todos os profissionais é saber que a família está segura, os amigos e a sociedade dão valor ao seu trabalho e isso torna-se fundamental ao enfrentamento com coragem e esperança na sua função a que foram um dia designados. Esta pequena amostragem até o momento será a base para os demais 486 funcionários que se encontram com o questionário em mãos para envio posterior e confecção do trabalho.

Referências

WORLD Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

CENTERS for Disease Control and Prevention. *Pandemic preparedness resources*. Washington: Centers for Disease Control and Prevention, 2020. Disponível

em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/pandemic-preparedness-resources.html>.

U.S. Department of Health and Human Services. *Office of the Assistant Secretary for Preparedness H. Pandemic influenza plan - update IV (December 2017)*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/pandemicresources/pdf/pan-flu-report-2017v2.pdf>

BOLETIM Covid-19. *Coronavírus Barra de São Francisco*. Disponível em: <http://www.pmbstf.es.gov.br/noticia/ler/1225/boletim-covid-19>.

GOOGLE Notícias. *O Coronavírus (Covid-19)*. Disponível em: <https://news.google.com/covid19/map?hl=pt-BR&gl=BR&ceid=BR:pt-419>. Acesso em: 20 jul. 2020).

WORLD Health Organization. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

CHEN N.; ZHOU M.; DONG X.; QU J.; GONG F.; HAN Y.; [et. al.]. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, v. 395, n. 10223, p. 507-513, 15 fev. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30211-7)

WANG D.; HU B.; HU C.; ZHU F.; LIU X.; ZHANG J. [et. al.]. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>.

GUAN W.; NI Z.; HU Y.; LIANG W.; OU C.; HE J. [et. al.]. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. 30 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz - Fiocruz. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid*. Recomendações para gestores 2020. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. Acesso em: 07 mai. 2020. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental>

KANG L.; LI Y.; HU S.; CHEN M.; YANG C.; YANG B. X.; WANG Y.; HU J.; LAI J.; MA, X.; CHEN J.; GUAN L.; WANG G.; MA H.; LIU Z. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, n. 7, v. 3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030>.

LAI J.; MA S.; WANG Y.; CAI Z.; HU J.; WEI N.; WU J.; DU H.; CHEN T.; LI

R.; TAN H.; KANG L.; YAO L.; HUANG M.; WANG H.; WANG G.; LIU Z.; HU S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Jama*, v. 3, n. 3, mar. 2020.

NG K.; POON B. H.; KIAT, Puar T. H.; SHAN, Quah J. L.; LOH, W. J.; WONG, Y. J.; TAN, T. Y.; RAGHURAM, J. COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med*, v. 172, n. 11, p. 766-767, 2020.

WANG J.; ZHOU M.; LIU F.; Exploring the reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. May. 2020. Disponível em: 10.1016/j.jhin.2020.03.002.

AVANIAN J. Z. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care: Editor's Comment COVID-1. *Jama*, 13 mai. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarti>. [Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons BYCC cle/2764228].

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Cien. Saúde Colet.* v. 23, n. 6, 2018.

Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1924-1926, out 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002. Acesso em: 30 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - OMS. *Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)*. Folha Informativa – COVID 19. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 05 mai. 2020.

VIANNA, Gilberto de Souza. COVID-19 e o estado nu; as agruras do combate a uma pandemia no Brasil na primeira metade do século XXI. In: DANTAS, Alexis Toríbio; LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes. *América Latina em tempos de pandemia: crises, mortes, descaso, solidão*. Rio de Janeiro: Estudos americanos, 2020, p. 68-91.

LEMOS, M. T. T. B. Pandemia e cosmovisões: solidão, medo e morte. In: DANTAS, Alexis Toríbio; LEMOS, Maria Teresa Toríbio Brittes. *América Latina em tempos de pandemia: crises, mortes, descaso, solidão*. Rio de Janeiro: Estudos Americanos, 2020, p. 8-20.

Missão brasileira na Primeira Guerra e a influenza

Maria Cristina Alochio de Paiva¹

Introdução

A Primeira Guerra Mundial ou a Guerra Europeia, como era chamada na época, conhecida por ser a primeira total, afligindo homens e mulheres, militares e civis, espaços privados e públicos, enfim, todos os setores da sociedade, apesar de ter como palco, principalmente o solo europeu, com grandes perdas humanas, (BRUM, 2018), com relatos de mortes entre 8 milhões de pessoas (BERTUCCI, 2004) a até 20 milhões de pessoas (CORREA, 2020), ocorreu de julho de 1914 a 11 de novembro de 1918.

A guerra era um eco distante das terras brasileiras, que optou por uma neutralidade nos dois primeiros anos, aparentemente por interesses econômicos apesar de ter sido o único dos países neutros que protestou da invasão da Bélgica pela Alemanha (BRUM, 2018). Dois fatos arrastaram o país para o conflito: a proibição pela Inglaterra, o mais importante consumidor do café brasileiro, principal fonte da economia brasileira na época, de sua importação, para dar espaço nos navios mercantes para mercadorias mais vitais e essenciais, levando a graves efeitos na frágil economia do Brasil e a zona de bloqueio para navegação decretada pela Alemanha, tornando vulnerável qualquer navio mercante brasileiro levando mercadorias para seus principais mercados na Europa, a França e a Inglaterra, com o conseqüente afundamento do navio *Paraná*, um dos maiores navios da marinha mercante brasileira, em 05 de

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História - PPGHIS - da Universidade Federal do Espírito Santo -UFES. E-mail: crisalochio@gmail.com.

abril de 1917, por um submarino alemão a poucas milhas da França, com a morte de três marinheiros brasileiros. Fortes manifestações populares ocorreram após esse fato, sucedendo daí na queda do Ministro das Relações Exteriores Lauro Muller, que, por ser de origem germânica, era favorável à neutralidade do Brasil, assim como de ataques a propriedades de alemães e seus descendentes, culminando com o rompimento das relações diplomáticas entre os dois países em 11 de abril de 1917 (SILVA, 2014), mas manteve-se neutro na contenda (BRUM, 2018). O torpedeamento de mais dois navios em maio (*Tijuca e Lapa*), dois em outubro (*Acari e Guaíba*) levaram a grande comoção da população (BRUM, 2018) e quando o submarino alemão U-3 interceptou o navio *Macau*, arrastando para o seu interior o comandante e dois tripulantes, com posterior afundamento do *Macau* (WESTIN, 2014) houve indignação dos brasileiros com invasão e saques em lojas, fábricas e escritórios comandados por alemães ou descendentes, levando o presidente Wenceslau Braz a romper a neutralidade e declarar o estado de guerra em 26 de outubro de 1917 (SILVA, 2014; BRUM, 2018).

O Brasil teve uma participação pequena na contenda, tendo enviado 13 aviadores para a força aérea britânica, 24 oficiais para o exército francês, uma divisão com 8 navios que se juntaram à esquadra britânica em Gibraltar, chamada de Divisão Naval em Operações de Guerra (DNOG) e uma Missão Médica Militar (SILVA, 2014; WESTIN, 2020; BRUM, 2018), compromisso assumido na Conferência Interaliada, que aconteceu de 20 de novembro a 3 de dezembro de 1917 em Paris, consoante as necessidades apresentadas pelos países contendores e as poucas possibilidades brasileiras (SILVA, 2014).

Já a pandemia de gripe espanhola ocorreu em três ondas, a primeira entre março e abril de 1918, melhor descrita nos Estados Unidos com um quadro clínico leve, como uma gripe comum; a segunda onda, mais mortal, espalhou-se pelo mundo quase todo a partir de agosto de 1918, com melhora por volta de dezembro e a terceira onda ocorreu entre janeiro de 1919 e abril de 1919, durante a Conferência de Paz (TAUBENBERGER; MORENS,

2006; SILVEIRA, 2007; CROSBY, 2016), deixando um rastro de terror e morte atrás de si (KOLATA, 2002). Estimou-se que foram vitimados pela epidemia cerca de 30 a 90% dos cidadãos do mundo, com uma taxa de letalidade em torno de 2,5%, ao contrário das outras epidemias de gripe anteriores, que ficavam em menos de 0,1%, ceifando a vida de 20 milhões (BERTUCCI, 2004) a 100 milhões de pessoas (TAUBENBERGER; MORENS, 2006), sendo na história da humanidade, aquela que maior ressonância promoveu, dentre todas as manifestação de gripe.

O objetivo deste artigo é descrever a atuação da Missão Médica Brasileira na Primeira Guerra Mundial e seu encontro com a pandemia de gripe espanhola, um fato quase completamente esquecido na memória do Brasil, incluindo historiadores.

Desenvolvimento

A DNOG comandada pelo Contra-Almirante Pedro Max Fernando Frontin tinha como missão, além da vigilância do Atlântico Sul sobre os submarinos alemães, o que já fazia, patrulhar a costa noroeste da África e os mares europeus, sendo a única representante da força naval latino-americana no combate (ALONSO, 2013; SILVA, 2014; BRUM, 2018). Partiu do Rio de Janeiro em maio de 1918 para Freetown em Serra Leoa, parando em Natal, RN, em julho, sendo recebida com missa campal e outras solenidades, permanecendo o dia na cidade (MEDEIROS, 2011), alcançando Freetown a 09 de agosto, onde permaneceu até 23 de agosto, quando seguiu viagem para Dakar (Senegal), aportando em 26 de agosto. Em Dakar, onde ficariam por alguns dias para reparos e abastecimento, a esquadra foi atingida pela gripe espanhola, primeiro contato dos brasileiros com a epidemia, não escapando um só navio, com casos de 95% do efetivo do navio caindo com a gripe e a primeira morte ocorrendo a 10 de setembro e a maior mortalidade acontecendo no meio do mês com um ápice em 16 de setembro, diminuindo a partir de 18 de setembro, com o último falecimento ocorrendo em novembro, com um total de 125 óbitos

pela influenza, Os fogueiros foram o grupo mais afetado pela doença, entre os marinheiros (ALONSO, 2013; BRUM, 2018), com a mais alta taxa de mortalidade vista em navios de guerra dos outros países (ALONSO, 2013). Relatórios senegaleses mostram que, enquanto a maioria dos marinheiros e fogueiros morreram a bordo dos navios, 80% dos oficiais faleceram no hospital em Dakar, o que indica que diferenças no tratamento entre a tripulação e condições de trabalho podem ter influenciado na mortalidade dos marinheiros brasileiros (ALONSO, 2013).

A DNOG só chegou ao Mediterrâneo, por diversas dificuldades enfrentadas, em 10 de novembro, na véspera do armistício em 11 de novembro de 1918.

Quanto à Missão Médica, apesar do caráter militar, foi constituída de médicos civis, quase que tão somente constituída de filhos das famílias mais ricas e influentes do país, com sua formação privilegiando as indicações oficiais de estados com maior peso político, como Rio de Janeiro (49), São Paulo (9), Minas Gerais (7) e Rio Grande do Sul (18) e com raras exceções para outros estados, mas estes deveriam apresentar garantias do seu saber científico para serem aprovados. Participar da missão, além da ação humanitária, representava prestígio e consolidação da guerreira médica na volta, sendo candidatos 200 voluntários para 86 vagas, finalizando com 98 oficiais médicos (SILVA, 2014, BRUM, 2018). Os médicos paulistas partiram “abençoados e convictos da nobre missão que os aguardava, enquanto portadores do ‘sagrado’ saber da medicina” (BERTUCCI, 2004, p. 95). Tendo como chefe o médico e deputado José Thomaz Nabuco Gouvêa, subordinado ao General Napoleão Felipe Aché, e, como missão, atuar em um hospital para feridos de guerra em Paris, França, em que, à época, os intelectuais brasileiros tinham eles afetivos e era o local em que médicos e a intelectualidade brasileira buscavam conhecimentos (SILVA, 2014; BRUM, 2018). A Missão Médica partiu no navio francês *La Plata* para Dacar em 18 de agosto de 1918 do Rio de Janeiro, sendo assistida por numerosa plateia emocionada (BRUM, 2018) rumo a Dacar (Senegal), mas, ao se aproximar de Dacar, recebeu um comunicado para desviar para

Freetown, pois haveria um submarino alemão os esperando para torpedeá-los, aportando em 29 de agosto, permanecendo por lá por 5 dias para seu reabastecimento, que demorou a acontecer em virtude de uma epidemia desconhecida que assolava a cidade e a tripulação da esquadra inglesa no porto. Na chegada a Dacar, os brasileiros da Missão Médica foram recebidos com honras, participando de solenidades e banquetes que comemoravam a entrada do Brasil no conflito, com os brasileiros participando de visitas a hospitais. Logo na saída de Dacar, o navio foi atacado por enfermidade desconhecida, que acometeu todos a bordo, incluindo 1.500 soldados senegaleses embarcados, que lotavam o porão do navio. Quatro membros da Missão Médica e vários soldados senegaleses faleceram a bordo. (SILVA, 2014; BRUM, 2018). Conforme relato em carta enviada ao Brasil por um missionário e publicada no jornal Correio da Manhã, as condições físicas do navio, a precária alimentação e a pouca água para beber seriam responsáveis pelo agravamento do quadro:

foi com effeito horas depois de nossa partida do Senegal, que a epidemia de grippe se declarou a bordo, no peor momento, quando á absoluta falta de hygiene e de commodidade veiu se associar uma alimentação deficiente e pessima. [...] O meio era o mais propicio para que o mal se alastrasse rápido e intenso. E após os primeiros casos fataes entre senegalezes quase todos nós estávamos prostrados não no leito mas... nos bancos, mesas e assoalhos, apertados no uniforme sujo, mal nutridos, expostos ao vento, sem água que se pudesse beber, sem creados que pudessem servir, sem remédios, perambulando em delirio pelo navio [...]. Começa ahi uma historia triste e infernal, momentos cuja lembrança estremece ainda nossas almas.

Das salas repletas de doentes partiam confusos gemidos, indecisas lamentações na escuridão da noite. A razão toldava-se com a atrocidade dos soffrimentos e medicos enchiam o tapete de escarros! Não se podia ali soccorrer ninguem. Naquella promiscuidade não se podia despir pessoa alguma para applicar ventosas, fazer uma lavagem intestinal ás vezes imprescindível, dar-se um purgativo que obrigasse o trôpego doente descer e subir as escadas, cercado de trevas. Era uma scena dantesca. Não tínhamos remédios de especie alguma e os alimentos eram infames, capazes de tornar doente o organismo mais são. Não tínhamos agua susceptível de ser bebida, nem gelo, nem o estimulante de um vinho do porto ou de um cognac, nem uma gota de leite, nem uma única fruta! (MISSÃO, 1919, p. 3)

O *La Plata* foi desviado para Oran, Argélia, onde 16 membros da Missão foram internados, e um médico, Scylla Teixeira, falecido no hospital com o navio passando por desinfecção, para seguir viagem para Marselha, onde chegou em 24 de setembro de 1918, tendo a viagem durado 36 dias para uns e 64 para os que ficaram internados. A notícia da morte dos brasileiros em viagem para a guerra foi o primeiro contato dos brasileiros com a epidemia e causou comoção na população (ALONSO, 2013; BRUM, 2018).

Embora alguns autores, como Bertolli Filho (FILHO, 2003), Bertucci (BERTUCCI, 2004) e Martino (MARTINO, 2017) deem como a contaminação tenha ocorrido em Dacar, tanto para a Missão Médica quanto para o DNOG, é provável que este evento tenha acontecido em Freetown no final de agosto, onde ambas permaneceram por alguns dias, pois documentação oficial do Senegal se refere à doença como “influenza brasileira”, o que pode indicar que a doença no Senegal apareceu primeiro nos brasileiros e depois na população local (ALONSO, 2013; BRUM, 2018).

Após a chegada a Paris, o primeiro passo foi selecionar um local para o hospital brasileiro, sendo escolhido o prédio do extinto colégio jesuíta da Imaculada Conceição, situado na *Rue de Vaugirard*, que era usado pelo governo francês para sediar organizações militares com pouca importância e também para internação, pela Assistência Pública de Paris, de pacientes com gripe espanhola. Como a Missão chegou à França junto com o início da segunda onda da gripe e a escolha do prédio em que pacientes da gripe eram tratados, criou-se um impasse, solucionado pelo compromisso assumido pelos brasileiros em responsabilizar-se por essa assistência além dos feridos de guerra, sendo que após as reformas do prédio, bancadas pelo Governo do Brasil, cerca de 200 pacientes fortemente atacados pela influenza foram encaminhados aos cuidados dos missionários brasileiros. A maior parte da equipe médica, enquanto ocorriam as obras para a instalação do hospital brasileiro, foi utilizada pelas autoridades francesas no enfrentamento à gripe espanhola no interior do país, sendo, então, distribuídos pelas províncias e os que permaneceram em Paris trabalharam de forma acelerada nos

preparativos para a instalação do “Hospital Franco Brasileiro para as Vítimas da Guerra”, o que demorou várias semanas, e fizeram treinamento em hospitais militares franceses sobre medicina de guerra. A missão era cuidar de feridos de guerra, mas a prática no começo, por necessidade, foi cuidar de civis com gripe espanhola. Outros médicos brasileiros que já estavam em Paris foram incorporados à Missão, trabalhando no Hospital Brasileiro (SILVA, 2014; BRUM, 2018).

Com o fim do conflito, o novo governo brasileiro de Delfin Moreira determinou em janeiro, através do Ministro da Guerra, General Alberto Cardoso do Aguiar, o regresso imediato de todos os membros da Missão, o que foi contestado pelo chefe da missão, pois no final da Primeira Guerra ocorreram muitos ataques com feridos em grande quantidade com lesões extensas, que não iriam ficar curados só porque o armistício tinha sido assinado. Então houve um recuo do governo brasileiro, que admitiu que o hospital era importante na recuperação dos feridos. O Hospital Brasileiro no seu período de maior atendimento tornou-se referência de qualidade no atendimento, sendo considerado um hospital de ponta e muitos médicos da Missão receberam a Comenda da Legião de Honra da França pelos serviços prestados. Em outubro de 1919 o governo brasileiro começa o processo de doação das instalações hospitalares para a Faculdade de Medicina de Paris, onde foi montada a melhor clínica cirúrgica da escola, com várias enfermarias levando nome de médicos brasileiros. Em 1968, a Universidade de Paris se retira do hospital, que passa a ser administrado pela Assistência Pública-Hospitais de Paris AP-HP (SILVA, 2014; BRUM, 2018).

Em 21 de junho de 1919 aconteceu na Quinta da Boa Vista, no Rio de Janeiro, uma festa muito animada em honra aos marinheiros brasileiros, uma homenagem aos marinheiros nacionais, onde o Sr. Coelho Neto fez um discurso solene em saudação aos distintos marujos (DIÁRIO da Manhã, 24 jun. 1919).

A gratidão do povo francês à Missão Médica foi eternizada por uma placa nos jardins do hospital em homenagem aos 80 anos da Missão Médica Brasileira (SILVA, 2014).

Considerações Finais

O Brasil teve uma pequena participação na Primeira Guerra Mundial, mas importante para a população francesa durante a pandemia da gripe espanhola e para os feridos de guerra na Europa, montando um serviço hospitalar de qualidade em solo europeu, plenamente reconhecida pelos franceses, mas esse fato é completamente desconhecido da população brasileira, incluindo aí muitos historiadores.

Referências

BERTUCCI, L. M. *Influenza, a medicina enferma: ciências e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2004.

CROSBY, A. B. *A pandemia esquecida da América: a gripe de 1918*. 2 ed. Texas: Cambridge University Press, 2016.

A MISSÃO medica que o Brasil enviou à Europa. O que nos diz um dos seus membros, em cartas que de Paris nos remetteu. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 19 abr. 1919, p. 3.

ALONSO, W. J. [et. al.]. A alta mortalidade da pandemia espanhola na divisão naval em operações de guerra em 1918. *Revista Navigator*, n. 17, p. 11-21, 2013.

DIÁRIO DA MANHÃ de 24 de junho de 1919.

BRUM, C. E. *A (des)mobilização de médicos na grande guerra: o caso da missão médica brasileira na França (1918-1919)*. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MARTINO, J. P. *1918 A gripe espanhola: os dias malditos*. Atibaia, São Paulo: Excalibur Editora, 2017.

MEDEIROS, R. *1918 – Quando a gripe espanhola atacou Natal*. 19 mar. 2011. Disponível em: <https://tokdehistoria.com.br/tag/1918-quando-a-gripe-espanhola-atacou-natal/>. Acesso em: 09 nov. 2019

SILVA, Carlos Edson Martins da. A Missão Médica Especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. *Revista Navigator*, n. 20, p. 94-108, 2014.

SILVEIRA, A. J. T. *A influenza espanhola e a cidade planejada*. Belo Horizonte, 1918. Belo Horizonte: Fino Traço, 2007.

TAUBENBERGER, J. K.; MORENS, D. M. 1918 Influenza: the mother of all

pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, v. 12, n. 1, p. 215-22, 2006.

KOLATA, G. *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Trad. Carlos Humberto Pimentel Duarte da Fonseca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

WESTIN, R. *Brasil enviou navios, soldados e médicos para a Primeira Guerra Mundial*. 30 dez. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/o-senado-e-a-participacao-do-brasil-na-1a-guerra-mundial/pais-enviou-navios-soldados-e-medicos-para-o-conflito#:~:text=Brasil%20enviou%20navios%2C%20soldados%20e%20m%C3%A9dicos%20para%20a%20Primeira%20Guerra%20Mundial,-Ricardo%20Westin%20%7C%2001&text=Em%20outubro%20de%201917%2C%20o,imposto%20pelo%20kaiser%20Guilherme%20II>. Acesso em: 30 jun. 2020.

Doenças e mortes e a questão do branqueamento no município de São Mateus na década de 1870

*Marília Silveira*¹

*Luana Guisso*²

Introdução

Abordando a composição étnica de São Mateus em 1876, havia no município além de indígenas Aimorés, também chamados de botocudos, colonos portugueses, negros, pardos e a presença de imigrantes italianos. A cidade apresentava um crescente processo agrícola, sobretudo da farinha de mandioca, que contribuiu para sua economia e para a formação de uma forte oligarquia local.

O artigo considera o campo da historiografia das doenças e as temáticas ligadas a ela como a morte. O detalhamento das causas das mortes e sua análise são o mote da pesquisa que busca vestígios das relações entre as causas das mortes, sua descrição, as impressões de viajantes sobre a localidade. Abordamos também a teoria do branqueamento e a ideia dos miasmas para melhor compreensão da realidade da época. Inferimos que na causa de uma morte podem existir pistas que contribuam para compreender os sentidos associados ao panorama histórico, essas pistas podem indicar características da assistência à saúde de um grupo populacional ou a ausência dessa assistência. É nesse viés que o artigo aborda como a teoria do branqueamento e a chegada de imigrantes no município

1 Doutoranda em História Social das Relações Políticas – Universidade Federal do Espírito Santo UFES.

2 Pós-Doutoranda em História Social das Relações Políticas e Doutora em História – Universidade Federal do Espírito Santo UFES.

podem estar relacionadas à descrição das causas das mortes de negros, pardos e italianos.

Descreveremos um breve panorama histórico do município, sua condição econômica na época e relataremos as causas das mortes da população, além de citarmos algumas percepções do príncipe Maximiliano e de August de Sant-Hilaire sobre a província do Espírito Santo e de São Mateus quanto às doenças que afetavam a população na época. E ainda apresentaremos um panorama da teoria do branqueamento presente no diálogo científico no recorte temporal da pesquisa, a partir da seguinte problemática: quais as causas das mortes da população de São Mateus/ES em 1876?

Partiremos da abordagem da micro-história para a macro história no tratamento das fontes, assim a pesquisa se sustentará em Ginzburg (GINZBURG, 2007) que faz uma crítica ao desafio cético na construção do texto histórico, definindo que contar e narrar, com base nas pistas e rastros do passado na construção da escritura da história ainda são um dos princípios do ofício do historiador podendo revelar fatos ainda não revelados.

No campo da micro-história partiremos da abordagem micro para além de descrição de mortes locais, investigaremos algumas questões sociopolíticas e raciais que possam estar atreladas a esse cenário, nos trazendo algumas inquietações: a teoria do branqueamento pode ter influenciado no tratamento destinado aos negro e pardos após suas mortes?

Nos embasaremos também em Revel (REVEL, 1998) que procura mapear a recepção da micro-história pela historiografia francesa a partir da tradução em 1989 do livro de Giovanni Levi – “Le pouvoir au village”, cujo prefácio que ficara a cargo do próprio Revel, sugere a escolha da escala como elemento na busca do conhecimento que se pretende investigar, constituindo-se em um dos vários pontos de vista do conhecimento histórico que podem ser declarados. Assim aproximaremos as reflexões da realidade da província do Espírito Santo quanto à teoria do

branqueamento, o contexto de imigrações, as doenças e mortes ocorridas na época com a realidade existente na cidade de São Mateus.

As fontes utilizadas para a realização do artigo foram livros e relatórios que abordam o cenário das doenças na província do Espírito Santo e em São Mateus e o livro de óbito de 1876.

São Mateus/ES em 1876: breve histórico e impressões de viajantes

A região de São Mateus abarcava até o final do século XIX uma delimitação ao sul pelo rio Barra Seca e ao norte pelo rio Mucuri, alcançando geograficamente todo o extremo norte da província do Espírito Santo. Durante esse século foi marcante a presença às margens do rio Cricaré de índios botocudos ou aimorés, denominados de não civilizados e que viviam em constantes guerras com os colonos, havia ainda na localidade os “brancos e gentes de cor”, conforme descrição do relatório Provincial do Espírito Santo de 1871.

Os Tapuias ou Aimorés, também chamados de Botocudos, são citados desde os primeiros anos da colonização do Brasil o nome Botocudo prevaleceu a partir do século XVIII referenciando sua característica, o uso dos botoques no lábio inferior e nas orelhas feitos pelos índios e pelas índias, esses indígenas resistiram à ocupação dos portugueses.

No campo econômico, segundo Almada (ALMADA, 1984, p. 43), mesmo com o fim do tráfico negreiro na província, na década de 70 do século XIX, 40,8% da força de trabalho agrícola consistia em 12.917 escravos, desse quantitativo no norte da província do ES, 14,7% viviam em São Mateus engajados no plantio de mandioca.

Destacamos que o porto de São Mateus era considerado um importante espaço de escoamento da produção do referido produto e também de chegada de mercadorias, para a mão de obra, sendo

que denominavam os africanos como escravos, e italianos como imigrantes.

As regiões do norte foram as menos influenciadas pelo café nessa época e São Mateus permaneceu com sua tradicional produção de farinha de mandioca. A vila foi elevada à categoria de cidade a partir de 1848 se firmando como região portuária com intenso desenvolvimento comercial. Conforme os relatórios descritos por Teixeira (TEIXEIRA, 2008), São Mateus durante o século XIX possuía uma população ativa e engajada, resistente à rotina dos tempos coloniais e que buscava novos empreendimentos para o desenvolvimento da região, fazendo inclusive manifestações em prol dos interesses da população.

A elevação da vila de São Mateus à categoria de cidade ocorreu pela Resolução Provincial n.º 1, de 03-04-1848, na época destacam-se a formação de uma oligarquia agrária mercantil, proprietária de terras e de escravos, mantendo ainda um monopólio no comércio local (RUSSO, 2011, p. 14). “Esta oligarquia mateense foi polarizada pela família do coronel e major Antônio Rodrigues da Cunha, pai e filho respectivamente, sendo este último também mais conhecido como Barão de Aimorés” (RUSSO, 2011, p. 14).

O relatório provincial de 1871 menciona que São Mateus na segunda década do século XIX possuía 2.651 livres e 1.951 escravos, também possuía presença significativa de italianos, no final do século XIX. Às margens do rio Cricaré, (ou Braço Sul do rio São Mateus) formaram: um núcleo denominado de Santa Leocádia e o outro de Nova Venécia, nas proximidades das antigas fazendas escravocratas do município de São Mateus, para onde foram destinados imigrantes italianos (FRANCESCHETTO, 2014 p. 67).

Dois viajantes europeus motivados pelo ideal cientificista e instigados pelas impressões míticas que foram difundidas na Europa no século XIX sobre as terras do Brasil, descreveram elementos sobre São Mateus.

A província do Espírito Santo tornou-se rota de exploração a partir de 1816 sendo cenário de observações do Príncipe Maximiliano de Wied – Newied. Um dos maiores naturalistas da época que estiveram no Brasil foi francês August de Saint – Hilaire em 1817, que com base na história natural, botânica, etnografia, zoologia e artes, compôs relatos sobre a província e sobre São Mateus.

Chegaram às margens do rio São Mateus na tarde de 2 de janeiro de 1816, o que totalizou quatro dias de viagem desde sua partida de Regência. (NASCIMENTO, 2018, p. 82).

O príncipe Maximiliano percorreu a capitania do Espírito Santo descrevendo características dos botocudos, questionando inclusive a prática da antropofagia que fora relatada sobre esse povo. Descreveu elementos da fauna, da flora e fomentou futuras visitas à capitania. Sobre São Mateus, relatou Maximiliano que a população indígena era muito afetada por varíola, e que provavelmente antes de sua visita estavam muito doentes pois estavam muito magros e cobertos de cicatrizes e crostas (NASCIMENTO, 2018, p. 87).

Nascimento (NASCIMENTO, 2018) relata ainda, “em uma viagem que durou cerca de 18 meses - entre julho de 1815 e janeiro de 1817 - Maximiliano coletou diversos elementos da fauna e flora brasileira, descreveu e desenhou os aspectos do elemento indígena nativo do Brasil” (NASCIMENTO, 2018, p. 27). O viajante descrevia a solidão e a melancolia como características de toda a região de São Mateus que provavelmente não era salubre devido os pântanos vizinhos e as guerras constantes entre indígenas e brancos os colonos cultivam mandioca. Sobre a produção de farinha, a cidade exportava anualmente uma média de 60.000 alqueires além de muitas toras de madeira.

Descrevendo elementos das doenças no século XIX, Nascimento (NASCIMENTO, 2018) citamos as observações de August de Saint-Hilaire que provavelmente foi o que mais permaneceu no Brasil, viajou de 1817 até 1818 e visitou o Espírito Santo. Saint –Hilaire relatou elementos da vida cotidiana dos

indígenas e registrou a presença de brancos na província, além do pavor das doenças e do pavor aos índios botocudos.

A realidade do século XIX foi marcada pela falta de assistência no campo da saúde, ou seja, aqui descrevemos assistência como saneamento básico e estrutura médica. Nesse período os viajantes percorreram o Brasil investigando e analisando essa realidade, acreditavam que o responsável pelas doenças que afetavam a população era a insalubridade.

Os infeccionistas entendiam, diferentemente dos contagionistas, que as doenças ocorriam pelo contato direto entre pessoas sãs com as pessoas contaminadas. A ação de substâncias animais ou vegetais em estado de putrefação no meio ambiente provocava o surgimento de miasmas morbíficos que davam origem à infecção, que se transmitia de um indivíduo doente a outro são, mas não por contágio e, sim, pela alteração atmosférica produzida pelo doente, atuando sobre o ser são. (FRANCO, 2015, p. 43).

Os miasmas traziam as doenças que contaminavam as pessoas, ainda segundo Franco (2015), as condições locais, seu clima, os pântanos, os dejetos e os ares fétidos da falta de saneamento seriam responsáveis pelo surgimento e proliferação dos surtos epidêmicos.

Doenças e morte em São Mateus/ES em 1876

As doenças podem revelar elementos não percebidos na História, sujeitos e suas atuações, condições de acesso à assistência à saúde, bem como podem permitir uma melhor compreensão de uma realidade no campo teórico e metodológico. No século XVI por exemplo, os viajantes europeus descreviam elementos da saúde no Brasil.

Já no cenário de imigrações, no município, percebemos as principais foram as doenças e causas das mortes que afetavam brancos, pardos e negros em 1876. Face a historiografia das doenças, Franco e Marlow afirmam que

neste sentido, e dentro das possibilidades de estudos historiográficos nas áreas da saúde e das doenças, os registros

dos viajantes estrangeiros que visitaram o Brasil desde o período colonial oferecem uma possibilidade ímpar de tentar compreender a situação que tanto brasileiros nativos, como também estrangeiros estabelecidos no país, enfrentavam em relação à saúde e às doenças da época. (FRANCO; MARLOW, 2018, p. 1).

Ao abordarmos a morte, considerando Reis (REIS, 1991) que analisou o fato de uma multidão que destruiu o cemitério do Campo Santo em Salvador, elemento que motivou o início de sua pesquisa investigando a história das atitudes diante da morte e dos mortos no Brasil durante o século XIX. A revolta de 1836, é marcada quando uma multidão destruiu o cemitério do Campo Santo, em Salvador, o fato ocorreu pois os valores higienistas, se contrapunham aos valores religiosos e tradicionais de que os mortos estariam próximos sendo enterrados nas igrejas para eles era necessário destinar um local distante para enterrar os mortos. Já os higienistas pregavam que os “miasmas mefíticos” produzidos pela decomposição cadavérica, prejudicavam e contaminavam os vivos.

Para o autor Reis (REIS, 1991), a morte pode revelar sentimentos, rejeições e sensibilidades da perda do ente querido, o que vai ao encontro do diálogo proposto nesse artigo, pois entre outros sentimentos como a perda de bens ou mercadorias, existem indícios das relações sociais, igualdades e desigualdades no campo moral e econômico que influenciavam como os homens e mulheres eram tratados após a sua morte.

Face as doenças e mortes que afetavam a população de São Mateus/ES, citamos Franco (FRANCO, 2015, p. 219), ao afirmar que na segunda metade do século XIX o município foi afetado por surtos epidêmicos. No período de surtos epidêmicos, era comum o medo dos hospitais, as pessoas tinham receio de como seria o processo no hospital e o distanciamento das famílias, e outras pessoas dispunham de poucas condições financeiras para se cuidar das doenças a maioria da população recorria à uma assistência local de cura, mesmo as pessoas que possuíam melhores condições financeiras preferiram buscar a cura ou a morte em casa, acompanhados por parentes ou algum cuidador.

E mais:

a população tinha nessa época medo do hospital e, dessa forma, preferia buscar a cura em casa, onde escravos, familiares ou amigos cuidavam dos doentes. Pesquisadores da história da escravidão são unânimes em mostrar senhores concedendo alforrias aos seus escravos pelos relevantes cuidados que eles tiverem com algum familiar. (FRANCO, 2015 p. 78).

Com o objetivo de compreender a realidade histórica de São Mateus quanto às causas das mortes da população e conseqüentemente tentar descrever um pouco da conjuntura da assistência à saúde que era destinada aos doentes na época, apresentamos as causas *mortis* no ano de 1876, tendo como fonte o livro de óbito do Cartório de Registro Civil e Tabelionato de São Mateus do livro aberto em 1875 onde constam os dados de 1876. Conforme Censo Provincial em sua totalidade, a cidade possuía em média 8.500 pessoas, na década de 70 do século XIX. (RUSSO, 2011) De modo geral as febres se faziam presentes tanto oriunda de cólera quanto de febre amarela.

As chamadas febres intermitentes que preocupavam a cidade já eram presentes em São Mateus desde 1840 conforme define Franco (FRANCO, 2015), essas foram causadas pela cólera. As duas três últimas décadas do século XIX foram também marcadas pela presença da febre amarela, o município estava infestado. A doenças comuns na época também eram malária, catarros respiratórios e bronquites.

O Quadro1 apresenta as causas das mortes de 1876, em razão da datação do livro de Causas *Mortis*, e da conseqüente qualidade da fonte, algumas causas de mortes não foram possíveis de serem descritas. Já em alguns falecidos, foi possível a leitura, mas a causa da morte não foi declarada. Os nomes dos falecidos não foram revelados, apenas numerados mantendo a ética da pesquisa.

Quadro 1: Causa Mortis

Livro aberto em 1875, dados das mortes de 1876 – Lourenço Vieira – Oficial da
Província do ES, termo do Cartório Cabeça da comarca.

Nome	Causa mortis	Observações do livro	Nome	Causa mortis	Observações do livro
1	Não declarada	Mulher indigna de nome	22	Ataque de sangue	Homem preto escravo
2	Não declarada	Mulher indigna de nome	23	Não descrita	Mulher pobre
3	Não identificada	-	24	Ataque de sangue	Criança
4	Morte atestada pelo Parocho Francisco Adão Rodrigues	-	25	Febres	Mulher, branca
5	Não identificada	Criança	26	Não foi possível descrever	Menino, branco
6	Não foi possível descrever	-	27	Moléstia de lázaro	Mulher
7	Ataque de asma	-	28	Febres	Mulher, branca
8	Não foi possível descrever		29	Moléstia não detalhada	Menino, branco, mãe falecida
9	Causa natural		30	Acidente	Mulher, preta, escrava, casada, acidente na propriedade de seu pai.
10	Febres		31	Não foi possível descrever	Homem, pobre indigno de nome.
11	Febres		32	Não foi possível descrever	Criança, branca.
12	Febres		33	Natimorto	Mulher

13	Ataque de sangue		34	Beribéri	Homem, branco.
14	Não foi possível descrever		35	Não foi possível descrever	Mulher, parda.
15	Não foi possível descrever		36	Sem descrição	Homem, já foi enterrado
16	Sem causa	Indigna de nome, pobre	37	Inchação	Homem, pobre.
17	Não foi possível descrever	Mulher	38	Pneumonia	Homem, branco
18	Sem causa	De cor preta, indigna de nome	39	Não foi possível descrever	Mulher, parda
19	Não descrita	Criança, parda	40	Não foi descrita.	Homem, pobre
20	Falecido	Homem, escravo	41	Não foi possível descrever	Mulher, branca
21	Não foi descrita	Mulher pobre			

Fonte: da autora, dados do livro de óbitos do cartório de Lourenço Vieira – Oficial da Província do ES, termo do Cartório Cabeça da comarca.

No ano de 1876 a causa da morte era registrada pelo padre local, ou atestada pelo delegado da justiça, ou seja, pelo chefe da polícia da cidade. A família, ou proprietário do morto, relatava o ocorrido que era descrito no atestado. Em 1876 registraram-se 41 mortes sendo 12 de causa não declarada onde se inserem as mortes dos indignos de nome, três de ataque de sangue, cinco de febres, um de pneumonia, um de inchação, dois enterrados sem declaração da causa da morte, um natimorto, um de acidente, um de beribéri, um de moléstia (doença) não detalhada e uma morte foi declarada pelo padre sem o mesmo identificar a causa, um de moléstia de Lázaro, uma criança sem descrição, um de causa natural e as causas das mortes dos demais em decorrência da qualidade do livro, dada sua datação não foi possível descrever. Não foi possível em decorrência da qualidade atual das páginas, advinda de sua datação.

Inferimos com base na fonte que algumas doenças chamadas de moléstias ignoradas eram desconhecidas da população local, e ainda é possível perceber que o detalhamento das causas das mortes no recorte da pesquisa revela além das doenças que afetavam a população, insinuam diferenças raciais e econômicas no tratamento do morto, pois negros ou pardos nem sempre tinham a causa de sua morte declarada.

A situação sanitária da cidade de São Mateus era acompanhada pela capital da província, na década de 1870.

Na Capital existem além dos dois médicos do Corpo da guarnição mais dois, um que exerce o cargo de Secretário do Governo e outro o de médico da Província. É este subvencionado pelos cofres provinciais com 1:200\$ rs. por ano e tem por obrigação as mesmas do médico de São Mateus. (OLIVEIRA, 2008, p. 447).

Ainda segundo Oliveira (OLIVEIRA, 2008, p. 445) um ofício do presidente da província, de vinte e cinco de março de 1854, ao ministro do Império, in Pres ES, VIII, 248-8v descreve que o estado sanitário durante o ano que se termina, foi em geral satisfatório, observando apenas em diversas localidades onde febres intermitentes ainda eram presentes, em decorrência dos pântanos que nelas existem. Alguns casos de varíola afetaram a Cidade de São Mateus, que parece endêmica.

De modo geral a realidade é que faltavam médicos e boticas na região, o senhor Eugênio de Assis quando menciona no final do século XIX e sua condição econômica e sanitária da cidade descreve: “Um dos grandes incentivadores do plantio do café foi o Barão de Aimorés, com instalações completamente modelares”. Ainda em seu relato, faz menção à um hospital que o barão em 1850 conseguiu manter, o hospital foi auxiliado pelo Dr. Júlio César Berenger Bitencourt e Francisco Caetano Simões. O quadro sanitário de uma região insalubre, febres intermitentes, malária, e outras doenças, apesar do grande surto de cólera, manteve-se sem grandes alterações até 1876, sendo marcado apenas pela chegada de uma quantidade maior de imigrantes e pela consequentemente chegada de novas doenças (OLIVEIRA, 2008).

Fazendo um paralelo da presença de negros, pardos e brancos no município, discutiremos a seguir a questão da teoria do branqueamento. Essa abordagem pode ter relação com o tratamento que era destinado ao registro de causa da morte de negros e pardos ao mencionarem, indignos de nome, moléstia ignorada ou até mesmo não descrever a causa das suas mortes.

A teoria do braqueamento no contexto das imigrações: algumas reflexões sobre São Mateus

No campo dos estudos migratórios é relevante a concepção interdisciplinar, pois é um campo de múltiplas áreas do conhecimento, dinâmico e que requer análises qualitativas, mas também quantitativas. É indispensável a percepção atenta para estudar imigrações, pois segundo Lussi,

o olho clínico do médico, a suspeita do detetive, o olhar do artilheiro, a olhada experimentada do garimpeiro, a conjectura do filósofo, são maneiras de pensar que requerem experiência em áreas específicas do conhecimento; são parte da profissão que permitem abordar a realidade a partir de uma ótica que já está treinada para ver, descobrir, revelar, fazer conexões, imaginar, conjecturar. (DURAND; LUSSI, 2015, p. 35).

No campo das mobilidades humanas, esse detalhamento sensível permite compreender as realidades de cada sujeito e suas culturas nos recortes das pesquisas desenvolvidas. Considerando esse viés teórico e metodológico, entende-se que a mobilidade humana ao longo da história esteve relacionada às questões econômicas e sociais e ao trabalho que podem estar carregadas de sentidos e valores. Os estudos sobre as imigrações sugerem que esse movimento muito contribuiu para a diversidade étnica, mas considera algumas inquietações que permitem levantar outros temas como a saúde e as mortes no contexto de imigrações.

As principais teorias utilizadas nas últimas décadas foram funcionais para a busca de respostas às três grandes interrogações que as migrações internacionais apresentam ainda hoje: o que motiva um povo a migrar para o exterior, apesar dos custos psicológicos e financeiros da migração? Como se transformam ao chegar em terra estrangeira? Qual o impacto que a imigração

produz na sociedade de chegada (no caso, na American life e em suas instituições econômicas, socioculturais e políticas)? (DURAND; LUSSI, 2015, p. 73).

Essas indagações nos permitem pensar sobre todo o panorama da imigração no Brasil, e dão subsídios para a reflexão no campo das causas das mortes e condições de saúde no Brasil na segunda metade do século XIX, levantando ainda outros questionamentos, que estrutura de saúde pública foi delegada aos imigrantes em 1876 no município de São Mateus, do que essas pessoas mais morriam? Quais teorias imperavam nessa época? Assim, apresentamos um pouco dessas relações e inquietações sociais e políticas com o viés da teoria do branqueamento.

Considerando que o presente artigo parte de uma análise das doenças que levaram a morte de negros, pardos e italianos em 1876 no município de São Mateus localizado na província do Espírito Santo, procuraremos traçar um breve panorama da teoria do branqueamento existente na época. Discutir a questão do branqueamento na segunda metade do século XIX pode possibilitar uma melhor compreensão das relações sociais entre os povos que compuseram a província e o município ora estudado.

A teoria do branqueamento no Brasil foi uma tentativa de ajustar um modelo ideal para um grupo de intelectuais que acreditava e difundia a ideia de que a civilização brasileira precisava, deveria e poderia evoluir. Admitiam que a faculdade do homem poderia melhorar seu genoma e tornar-se branco, assim difundiam a ideia do branqueamento para o mundo como uma sociedade que tenderia a se desenvolver.

Conforme Schwarcz:

Falar da adoção das teorias raciais no Brasil implica pensar sobre um modelo que incorporou o que serviu e esqueceu o que não se ajustava. No Brasil, evolucionismo combina com darwinismo social, como se fosse possível falar em 'evolução humana', porém diferenciando as raças; negar a civilização aos negros e mestiços, sem citar os efeitos da miscigenação já avançada. Expulsar "a parte gangrenada" e garantir que o futuro da nação era 'branco e ocidental'. (SCHWARCZ, 1993, p. 178).

O discurso defendido era de que os imigrantes brancos contribuiriam com a tese em decorrência do fluxo migratório intenso nas últimas décadas do século XIX. O que nos permite indagar: qual o papel do imigrante na província do Espírito Santo e no município de São Mateus? Concorrer para a formação do típico brasileiro, clarear a pele. Quem seria o brasileiro do futuro? Responderemos essas inquietações em Silvio Romero, um defensor da ideologia do branqueamento. Romero sempre inferiorizava o brasileiro e pregava que o brasileiro ideal seria um latino e branco:

povo que descendemos de um estragado e corrupto ramo da velha raça latina, a que juntaram-se o concurso de duas das raças mais degradadas do globo, os negros da costa e os peles vermelhas da América [...] [de que] resultaram o servilismo do negro, a preguiça do índio e o gênio autoritário e tacanho do português [que] produziram uma nação informe e sem qualidades fecundas e originais. (SEYFERT *Apud* SKIDMORE, 1976, p. 52).

O que se afirmava era que o atraso brasileiro em relação às outras nações mais desenvolvidas economicamente devia-se à inferioridade dos negros tratados com desprezo. Essa é uma afirmação que sugere um dos possíveis entendimentos para o motivo pelo qual quando um negro ou pardo morriam em São Mateus, seu atestado era resumido e dizia “indigno de nome”, ou nem mesmo se descrevia a causa de sua morte, mas destacamos que essa descrição pode estar relacionada às questões ou conflitos familiares e ao decreto 5604 que regulamentou o registro civil de nascimentos, casamentos e óbitos.

Para os debates da época existiriam três grandes raças: a branca, a negra e a amarela, diferentes quanto à origem e desenvolvimento. Schwarcz (SCHWARCZ *Apud* RENAN, 1872/1961) detalha que “os grupos negros, amarelos e miscigenados [...] seriam povos inferiores não por serem incivilizados, mas por serem incivilizáveis, não perfectíveis e não suscetíveis ao progresso”.

O pensamento que se manteve sobre os negros era da impossibilidade de adaptação e que de fato a compreensão das

raças no Brasil se dava pela classificação. Para essa vertente do branqueamento foram os negros os primeiros a chegarem na terra, logo seriam os primeiros a desaparecerem, isso seria possível graças ao imigrante europeu, assim a imigração além de contribuir para o desenvolvimento agrícola, seria um instrumento de civilização e branqueamento da população brasileira.

Destacamos que existiam correntes contrárias desde essa época, inclusive teorias que defendiam a impossibilidade de um pseudo branqueamento, já que sempre iria prevalecer o gene ruim do negro sobre o do branco. Mas na discussão refletimos como a ideia de superioridade dos brancos pode estar enraizada na mentalidade dos sujeitos da época e interferir no tratamento destinado as pessoas após sua morte.

Mediante essa reflexão citamos o *site* (Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, [s. d.]) que detalha que chegaram ao Espírito Santo em 1876, 2.665 italianos, e refletindo nesse quantitativo citamos Saletto (SALETTTO, 2000, p. 2) que descreve que quanto a composição étnica do Espírito Santo não ocorre o branqueamento, mas sim uma miscigenação de índios, negros e brancos. Todos os povos muito contribuíram para a composição étnica.

Ainda segundo a autora, na região de São Mateus, geralmente citada pela concentração de negros, os não brancos referiam-se a 66,7% da população, mas como essa população era pequena eles representavam apenas 6% dos pretos e pardos de todo o estado o que possibilita inferir um quantitativo ainda menor no final do século XIX, ao mesmo tempo constatamos que a cidade alcançou prosperidade e desenvolvimento econômico graças à atuação de todos os sujeitos históricos, negros, brancos e pardos, mas a concepção racial da época não cooperava para essa valorização das diversidades, a sociedade era racista e oligarquizada, uma temática que na atualidade ainda demanda atenção.

Considerações finais

Em 1876 a cidade de São Mateus/ES tinha sua população composta por negros, os imigrantes italianos e pardos. De modo geral a economia estava em desenvolvimento advindo da cultura agrícola da farinha de mandioca, atividade que delegou à cidade baixa, o porto de São Mateus, e que apesar da cidade receber uma leva maior de imigrantes italianos a partir de 1888, 1876 já registrava a presença destes na cidade.

Os viajantes europeus Maximiliano e August de Saint-Hilaire, dentre outras contribuições, proferiram suas impressões sobre São Mateus no século XIX e alertaram para as doenças que afetavam a população local afetada por febres, varíola e pelo ambiente não salubre.

Quanto às doenças e morte no município, identificamos que 41 pessoas morreram no referido ano de febres intermitentes, ataques de sangue, asma, pneumonia. Infelizmente algumas causas das mortes não foram identificadas, devido à qualidade do documento e seu estado de conservação, já que sua datação é de 1876, como também o fato de que a maioria de negros e pardos não tiveram suas causas das mortes reveladas, tendo sido tratados no livro como indignos de nome.

Nesse recorte temporal da pesquisa era difundida no Brasil a teoria do branqueamento, que pregava a superioridade do homem branco em relação aos negros e pardos. Esse também foi um período da chegada de imigrantes italianos na província do Espírito Santo. Infere-se, inclusive, que essa vertente racial e de superioridade do homem branco possa ter influenciado em como os negros eram tratados mesmo após sua morte, tema que merece destaque no campo da pesquisa pois suscitou algumas outras inquietudes: como em 1876, os negros eram enterrados no cemitério do centro da cidade de São Mateus?

Nas comunidades quilombolas da cidade, existiam cemitérios locais? A saúde e a morte possibilitam refletir que muitas questões históricas do município ainda precisam ser investigadas e analisadas

para que algumas lacunas e os vestígios de sua história sejam compreendidos.

Referências

ALMADA, Vilma Paraíso Ferreira de. *Escravidão e Transição: o Espírito Santo 1850/1888*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

DURAND, Jorge; LUSSI, Carmem. *Metodologia e teorias no estudo das migrações*. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

EHRENREICH, PAUL. *Índios Botocudos do Espírito Santo no século XIX*. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2014.

FRANCESCHETTO, Cilmar; LAZZARO, Agostino. (org.). *Italianos: base de dados da imigração estrangeira no Espírito Santo nos séculos XIX e XX*. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2014.

FRANCO, S. P. *O terrívelíssimo mal do Oriente: o cólera na província do Espírito Santo (1855-1856)*. Vitória: EDUFES, 2015.

FRANCO, Sebastião P.; MARLOW, Sergio L. “Males nos trópicos”: relatos do viajante Johann Jakob Von Tschudi sobre as doenças entre os primeiros imigrantes alemães na província do Espírito Santo. *Revista del Cesla International Latin American Studies Review*, v. 22, 2018.

GINZBURG, C. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Cia das Letras, 2007.

NASCIMENTO. Bruno César. *Viagens à Capitania do Espírito Santo: 200 anos das expedições científicas de Maximiliano de Wied-Neuwied e Auguste Saint-Hilaire*. Serra: Editora Milfontes, 2018.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1991.

REVEL, Jacques (org.). *Jogos de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

RUSSO, Maria do Carmo de Oliveira. *A escravidão em São Mateus: Economia e demografia (1848-1888)*. 2011. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SALETTTO, Nara. Sobre a composição étnica da população capixaba. *Revista Dimensões*, v. 11, 2000.

SEYFERTH, Giralda. Construindo a nação: hierarquia racial e o papel do racismo

na política de imigração e colonização. In: MAIO, Marcos C. (org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SKIDMORE, T. E. *Preto no branco: Raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

OLIVEIRA, José Teixeira de. *História do Estado do Espírito Santo*. 3 ed. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo/ Secretaria de Estado da Cultura, 2008.

Apontamentos sobre o cólera morbus na Paraíba (1856 e 1862)

Milena de Farias Dóso¹

Introdução

O presente artigo objetiva tratar dos processos que cercam o cotidiano da morte na Província da Paraíba do Norte, em meados do século XIX, relacionadas à epidemia do cólera, que assolou a região nos anos de 1856 e 1862. Assim, adentraremos na discussão acerca das práticas de sepultamento e suas mudanças ocasionadas pelo decorrer da moléstia.

Em linhas gerais, essa pesquisa se insere nos estudos de História da Saúde e das Doença e da Morte, campo em constante expansão dentro da historiografia. As novas abordagens de pesquisa na História andam de mãos dadas com a renovação historiográfica que começa a ganhar espaço dentro das universidades e se torna objeto de escrita acadêmica a partir da década de 1960, com a influência da terceira geração da escola dos *Annales*.(REIS, 2006)

Na historiografia, a abordagem da doença como fator social problematizada, está relacionada a renovação temática advinda da História Cultural, que passa a considerar não somente os fatores econômicos, mas incluem em suas pesquisas 'o inconsciente, o mito, as mentalidades, as práticas culinárias, o corpo, as festas, os filmes, os jovens e as crianças, as mulheres, aspectos do cotidiano, enfim uma miríade de questões antes ausentes do território da História'. (LUCCA, 2005, p. 113 *Apud* MARIANO; TARGINO, 2016, p. 861).

A Nova História Cultural, expressão que entra em uso no final dos anos de 1980, traz, portanto, essa abordagem multidisciplinar,

¹ Universidade Federal da Paraíba (PPGH). E-mail: milenadoso2@gmail.com

dialogando com a sociologia, a antropologia, a geografia e, no caso dessa pesquisa, com a medicina. Assim, os modos de viver, as atitudes, as formas de convivência, os jornais, os produtos de cultura, viram objeto de pesquisa.

Estudar o cotidiano da morte, é, em última instância, uma questão que concerne dentro também do social, visto que permeia a vida e a realidade de qualquer pessoa, em detrimento de classe, raça, gênero, idade etc; torna-se, portanto, um fator de ligação em qualquer parte do globo, como acontecimento intransponível que é.

Preparando a “Boa Morte”

As práticas de preparo para os ritos fúnebres são grandes influenciadores nas práticas da mentalidade local, sobretudo em meio a uma sucessão de mortes por doença, como aconteceu na Paraíba durante a epidemia do cólera. Prepara-se para uma “boa morte”, ou seja, aquela preparada, esperada e tida de forma tranquila, era um dos norteadores dos costumes fúnebres. E essa preocupação com a alma era deixada muito bem recomendada aos vivos, em formato de testamentos.

Ao analisar alguns desses documentos datados da segunda metade do século XVIII na Paraíba, Monteiro (MONTEIRO, 2017, p. 274) destaca que “os testamentos dos paraibanos setecentistas revelam que a preocupação maior desses homens e mulheres, mais do que os aspectos práticos da vida civil, era com a salvação de suas almas”.

A salvação da alma era o objetivo maior para aqueles que passavam a vida dentro dos ritos majoritariamente católicos, dada a localidade que estudamos, onde a liturgia conduz ao objetivo maior: partilhar da eternidade nos céus, já que a morte seria apenas uma passagem. Assim, os rituais e a simbologia garantiam uma boa passagem para o outro plano. Monteiro (MONTEIRO, 2017) ainda afirma que:

na Paraíba setecentista encontramos, nos inventários e testamentos, variados exemplos de instruções nesse sentido, tais

como confecção de mortalha que cobriria o cadáver, os padres e irmandades que deveriam acompanhar os funerais, o local do sepultamento, o número de missas e ofícios a serem rezados. A súplica e a intercessão dos santos, a distribuição dos bens de forma caritativa e a doação para os religiosos [...] emergem na leitura de inventários reafirmam a existência do rito fúnebre como providência para morrer em paz. (MONTEIRO, 2017, p. 272).

Era comum nos costumes fúnebres antigos os sepultamentos dentro das igrejas, principalmente para os grupos mais abastados. Era intrínseco ao momento da morte, manter o local santo como prioridade no descanso eterno do corpo. Acreditava-se que quanto mais perto do altar fosse enterrado o morto, mais próximo do céu estaria. Em quase todas as vezes, somente as elites conseguiam tal feito, restando aos pobres e escravizados, a calçada dos templos ou os matos ao redor. (REIS, 1997, p. 95-141).

Ser enterrado em solo sagrado era uma das coisas que traziam ao morto a paz necessária ao descanso eterno. Compreender as mudanças nos sepultamentos é inerente ao estudo das epidemias que assolaram a Paraíba em meados do século XIX. A chegada dos cursos de medicina no Brasil e a formação de profissionais da área, acarretaram em uma mudança dos costumes, mesmo que de forma gradual. A esse respeito, de acordo como Mariano e Mariano (MARIANO; MARIANO, 2012), durante a década de 1850, a Paraíba só contava com quatro médicos, sendo três na Capital e um na Vila do brejo de Areia.

Nesse período, circulavam pelo Brasil algumas teorias médicas sobre as doenças epidêmicas. A teoria contagionista e a teoria miasmática eram as mais aceitas e disseminadas nesse momento. A primeira versava sobre o contágio através do contato direto com o doente ou com o ar, que permitia a passagem da doença de um sujeito para o outro, sendo proposto quarentenas para impedir esse avanço.

Na segunda teoria, a da transmissão das epidemias pelos miasmas, se falava sobre os resíduos presentes em água parada ou matéria orgânica em decomposição, que, através dos fatores atmosféricos, se dissipavam no ar, causando novos doentes. A

concentração de pessoas em um local também era responsável pela produção dos miasmas, fosse no contato direto ou indireto com os doentes. Principalmente a concentração de pessoas moribundas entre os vivos.

Essas circulantes teorias de higienização dos espaços públicos e privados começaram a ganhar força e a disseminar suas ideias no âmbito médico. Um dos alvos recorrentes para a medicina nesse período eram os sepultamentos que ocorriam nas igrejas, considerados locais santos de descanso eterno que garantiam a aproximação com o céu. Reis (REIS, 1991, p. 214) aponta que “as igrejas eram a Casa de Deus, sob cujo teto, entre imagens de santos e anjos, deviam também se abrigar os mortos até a ressurreição prometida para o fim dos tempos”.

Foi com a teoria dos miasmas que se fortaleceu o pensamento contra esses enterros, pois o contato dos mortos com os vivos possibilitava inúmeras doenças. Ainda de acordo com Reis (REIS, 1991), os médicos analisavam de forma bastante crítica esses sepultamentos:

para eles a decomposição de cadáveres produzia gases que poluíam o ar, contaminam os vivos, causavam doenças e epidemias [...] uma organização civilizada do espaço urbano requeria que a morte fosse higienizada, sobretudo que os mortos fossem expulsos de entre os vivos e segregados em cemitérios extramuros. (REIS, 1991, p. 307).

A epidemia do cólera, tema central desse trabalho, foi um grande catalisador para a criação dos cemitérios na Paraíba. Os primeiros cemitérios da Província, começaram a ser construídos entre 1855 e 1856, em decorrência do avançado número de mortos pela doença. Em 1855, foi edificado o cemitério da vila de Piancó, sendo que desde 1850 já havia aprovação na Assembleia para sua construção. O cemitério da vila de Cabaceiras, por exemplo, foi erguido somente em 1856, afastado da Igreja Matriz, antes mesmo de algumas outras vilas da Província no mesmo ano. (DÔSO, 2020, p. 22).

A epidemia do cólera na Paraíba

Em meados do século XIX, a Paraíba, assim como várias outras Províncias do Brasil, vivenciou dois grandes males endêmicos: a febre amarela e o cólera. O cólera, em termos gerais, se caracteriza por uma grave infecção bacteriana no intestino, causando fortes diarreias e vômitos, levando a um intenso quadro de desidratação, que desencadeia outros sintomas, como baixa pressão arterial, ausência de urina, pele ressecada, entre outros. Todos esses fenômenos, na maior parte das vezes, levavam à morte.

Ambas as doenças causaram um assombro geral na população e deixaram impactantes números de mortos. Mas enquanto a febre amarela tornou-se mais presente na capital da Província paraibana do que no interior, o cólera espalhou-se para muitas das vilas locais e seus registros de óbitos se tornaram mais latentes. Várias vilas da Província foram afetadas, sendo, de acordo Mariano e Mariano (2012), as principais: Sousa, Patos, Pombal, Catolé do Rocha, Alagoa Nova, Pilar, Bananeiras, Cabaceiras e Santa Rita.

Sobretudo no Norte e Nordeste, o cólera foi um grande problema sanitário. Seu percurso inicia-se a partir do Pará, seguindo para o Amazonas e Maranhão, desce para a Bahia e para o Rio de Janeiro, chega ao Rio Grande do Sul. Nos últimos meses do ano de 1855 acomete Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba, chegando no Rio Grande do Norte já em 1856. (DÔSO, 2020, p. 13-14)

Assim que a doença foi confirmada no Pará, muitas Províncias começaram a tomar medidas profiláticas. Na Paraíba, por exemplo, a capital recebeu atenção dobrada. O matadouro público foi transferido para um prédio mais salubre, medidas de quarentena foram estabelecidas para embarcações vindas de lugares que poderiam oferecer riscos, criou-se um estabelecimento na Ilha da Restinga para tratamento de pessoas vindas em tais embarcações. (DÔSO, 2020, p. 14)

Muitos acreditavam que o cólera teria o mesmo efeito que a febre amarela demonstrou: uma taxa de morte não era tão devastadora. Mas, segundo Mariano e Mariano (MARIANO; MARIANO, 2012),

a doença chegou como um furacão, ceifando a vida de quase vinte e seis mil pessoas, numa população que não chegava aos trezentos mil habitantes. Os dois principais surtos do cólera aconteceram nos anos de 1856 e 1862, esse último em menor intensidade.

Quando a doença se anunciou na Paraíba, o governo tomou novas medidas de quarentena, sobretudo para a capital. Muito embora os paraibanos já estivessem bastante familiarizados com a febre amarela que assolou a região no mesmo período da década de 1850, o cólera dizimou muitas vidas em um curto espaço de tempo, causando alarme generalizado.

Ambientes com baixas condições de salubridade e higiene são perfeitos para a proliferação da doença, visto que seu contágio é feito através do contato com água ou alimentos contaminados. Mariano e Mariano (MARIANO; MARIANO, 2012, p. 12) apontam outra questão importante para a construção do medo ao redor da doença, como a aparência dos doentes: “olhos fundos, unhas roxas, pele ressecada e em tom azulado, lábios pálidos em um corpo contraído, criando imagens e gerando padrões de julgamento que orientavam as práticas sociais.”

Porque a doença foi tão avassaladora na Paraíba, ela acabou por estampar muitas das matérias dos jornais circulantes da época. Fosse para alertar, prevenir ou tratar, o cólera se fazia presente nas páginas dos semanários:

deve a pessoa assim acometida de qualquer desses incommodos: abster-se de comer - agasalhara-se bem - tomar um escaldapés até os joelhos, com cinza, sal ou mustarda, pondo depois sinapismos nas pernas - tomar de quarto em quarto, da meia em meia hora, ou de hora em hora, conforme a intensidade do mal, uma chicara de infusão de macella, hortelã-pimenta, grelos de lorangeira ou outra qualquer, bem quente, e branda juntando a essa infusão alguns pingos ou gottas de elixir paragorico americano, de seis a vinte gotas para cada infusão, conforme a susceptibilidade da pessoa que as tomar, conforme for a diarrhéa mais ou menos pertinaz ou renitente; porque, se esta ceder logo, e pararem os vômitos, havendo-os, é preciso parar com o elixir, continuando apenas com as infusões e agasalho, afim de entreter a transpiração livre. (A REGENERAÇÃO, 22/02/1862, n. 77).

Os estudos das doenças e seus contextos de morte por muito tempo foram observados majoritariamente com o olhar patológico e com fontes puramente médicas. Passar a problematizar as enfermidades enquanto produtos socioculturais abre um amplo panorama de pesquisas e de referências, olhando as moléstias através de jornais, crônicas, imagens, reportagens etc

Assim, estudar o cólera, a saúde e as formas como a morte eram tratadas, relacionadas com as transformações de uma sociedade, nos permite entender como a história de um local é construída, quais as suas devoções, suas origens de crenças e mitos. Nos permite remontar quais os costumes que uniam – ou não – o povo e, ainda, quais usos permitiam a disseminação de moléstias e afins.

Portanto, esse trabalho visou contribuir para o entendimento e compreensão da epidemia do cólera e seus impactos na Província da Paraíba durante a segunda metade do século XIX. Em dias corridos ou mesmo em poucas semanas, amigos e familiares eram enterrados em sequências e, por esse motivo, buscamos, assim, enxergar como a morte causava impacto nas vidas das pessoas, física e espiritualmente.

Referências

Fontes

A REGENERAÇÃO, a. 2, n. 77, Paraíba do Norte, 22 de Fevereiro de 1862. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 05 mai. 2021.

Bibliografia

AGRA DO Ó, Alarcon. Relatos de Males: notas acerca dos modos de adoecer na Paraíba imperial. In: AGRA DO Ó, Alarcon. *Paraíba no Império e na República, estudos de História Social e Cultural*. João Pessoa: Ideia, 2005.

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. *Quando o 'Anjo do Extermínio' se Aproxima de Nós: Representações Sobre o Cólera no Semanário Cratense o Araripe (1855-1860)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ARIÈS, Philippe. *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Trad. Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ARIÈS, Philippe. *O Homem Diante da Morte*. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

BARBOSA, Socorro de Fátima Pacífico. *Jornal e Literatura: a imprensa brasileira no século XIX*. Porto Alegre: Nova Prova, 2007.

BARROS, José D'Assunção. *O projeto de pesquisa em história*. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

BERTO, João Paulo. *Liturgias da Boa Morte e do Bem Morrer: práticas e representações fúnebres na Campinas oitocentista (1760-1880)*. Dissertação (Mestrado em História Cultural). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014.

CASTRO, Maria Isabel Pimentel de. *Laços de Famílias e Costumes de Fé nas Terras de Cabaceiras (1735-1785)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Campina Grande, São Paulo, 2009.

CASTRO, Oscar Oliveira. *Medicina na Paraíba: flagrantes de sua evolução*. João Pessoa: A União, 1945.

CAVALCANTE, Eduardo Queiroz. *Tecendo redes, construindo laços de solidariedade: a formação de famílias negras, a prática do compadrio e a morte de escravizados e libertos no cariri paraibano (São João do Cariri/1850-1872)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

CHARTIER, Roger. *A História Cultural entre práticas e representações*. São Paulo: Difel, 2002.

DELEMEAU, Jean. *História do Medo no Ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DÔSO, Milena de Farias. *O Cholera Morbus em Cabaceiras e as mudanças higienistas no trato da morte (1856)*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2020.

ELIAS, Nobert. *A Solidão dos Moribundos, seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

KODAMA, Kaori. *Epidemias e tráfico: os discursos médicos e debates na imprensa sobre a febre amarela (1849-1850)*. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MACIEL, Ethel Leonor Noia. (org.). *Uma história brasileira das doenças*. 1 ed. v. 4. Belo Horizonte: Fino Traço, 2013, p. 35-49.

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira, André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

LUCA, Tania Regia. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). *Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2005.

MARIANO, Nayana Rodrigues Cordeiro. *Educação Pela Higiene, a invenção de um modelo hígido de educação escolar primária na Paraíba do Norte (1849 – 1886)*. João Pessoa: Idea, 2015.

MARIANO, Serioja Rodrigues Cordeiro; MARIANO, Nayana Rodrigues Cordeiro. O Medo Anunciado: a febre amarela e a cólera na província da Paraíba (1850-1860). *Fênix*, v. 9, p. 1-20, 2012.

MARIANO, Serioja Rodrigues Cordeiro; TARGINO, Elyonara de Brito Lira. As Doenças Virando Notícias: os discursos sobre doenças na imprensa na Paraíba (1850-1860). In: XVII Encontro Estadual de História. ANPUH-PB, 2016, Guarabira. XVII Encontro Estadual de História. ANPUH-PB História: Conhecimento e Profissão... *Anais*, v. 01, p. 1-11, 2016.

MEDEIROS, João Rodrigues Coriolano de. *Dicionário Corográfico do Estado da Paraíba*. 4 ed. João Pessoa: IFPB, 1875.

MEDEIROS, Tarcizio Dinoa; MEDEIROS, Martinho Dinoa. *Ramificações geneológicas do cariri paraibano*. Brasília: CEGRAF, 1989.

MONTEIRO, Luíra Freire. Preparações Para o Encontro com Deus: experiências da “boa morte” na Paraíba oitocentista. In: MONTEIRO, Luíra Freire; SANTANA, Flávio Carreiro de (org.) *História: tramas do tempo, impressões do vivido*. João Pessoa: Ideia, 2017, p. 269-283.

PINTO, Irineu Ferreira. *Datas e notas para a história da Paraíba*. João Pessoa: UFPB, v. II, 1977.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REIS, João José. O cotidiano da morte no Brasil oitocentista. In: ALENCASTRO, Luiz Felipe de. (org.). *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p. 95-141.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. *História: novos objetos*. 4 ed. Trad. Teresinha Marinho. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

ROCHA, Solange Pereira da. *Gente Negra na Paraíba Oitocentista: população, família e parentesco espiritual*. São Paulo: Unesp, 2009.

RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos Mortos na Cidade dos Vivos*. Rio de Janeiro, Biblioteca Carioca, 1997.

RODRIGUES, Cláudia. *A Cidade e a Morte: a febre amarela e seu impacto*

sobre os trajes fúnebres no rio de janeiro (1849-50). *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, VI, p. 53-80, 1999.

RODRIGUES, Cláudia. *Nas Fronteiras do Além: a secularização da morte no Rio de Janeiro (Séculos XVIII e XIX)*. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional, 2005.

SAINT-ADOLPHE, J. C. R. Milliet de. *Diccionario Geographico Historico e Discriptivo do Imperio do Brazil*. [s. l.]: Pariz, 1845.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. Um século de cólera: itinerário do medo. *Physis*, v. 4, n. 1, 1994.

SOUSA JÚNIOR, Laércio de Araújo. *Os mortos, a morte e o morrer em tempos de epidemia: o caso da província da Parahyba do Norte (1850-1860)*. Monografia (Graduação em História). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

TEIXEIRA, Vanessa Cerqueira. *Obem morrer e as últimas vontades: as representações da morte, os ritos fúnebres e as práticas piedosas a partir da Irmandade de Nossa Senhora das Mercês de Mariana (Minas Gerais, Brasil, séculos XVIII e XIX)*. *Revista de História da UEG, Goiás*, v. 6, n. 1, p. 50-74, 2017.

VOVELLE, Michel. A História dos homens no espelho da morte. In: BRAET, Herman; VERBEKE, Werner. *A Morte na Idade Média*. Trad. Heitor Megale, Yara Vieira, Maria Clara Chescato. São Paulo: Editora da USP, 1996, p. 11-26.

“Um monumento que revela a piedade de nossos maiores”: o hospital São Christovão dos Lázaros (1850-1876)

Muller Sampaio¹

A estrutura institucional do Hospital São Christovão dos Lázaros, na Bahia, passou por um longo processo de reformas e obras durante a segunda metade do século XIX. Entretanto, a morosidade na conclusão desses empreendimentos – uma vez que parte das obras só foi concluída, aproximadamente, 20 anos depois – pode ser vinculada às dificuldades financeiras e aos diferentes interesses por parte do governo provincial, entre as décadas de 1850 e 1870. Neste texto, buscamos abordar alguns indícios relacionados a esse processo e dar visibilidade a uma parte da trajetória dessa instituição baiana, responsável pela reclusão de leprosos desde 1787.

O hospital dos Lázaros na Bahia

Criado em 1787 para isolar os doentes considerados leprosos, o local, cede do Hospital São Christovão dos Lázaros,² seguiu como o único espaço de isolamento e assistência dos doentes de lepra na Bahia, até meados de 1949 (SAMPAIO, 2018). Neste estudo, o recorte cronológico está estabelecido na segunda metade do século XIX, período em que se intensificaram as justificativas sobre a incapacidade do governo provincial em manter a administração do referido Hospital, ao mesmo tempo

1 Universidade do Estado da Bahia (UNEB). E-mail: mullersampaio@gmail.com

2 Além da denominação Hospital São Christovão dos Lázaros algumas fontes se referem à instituição como Hospital dos Lázaros. As duas nomenclaturas serão aqui utilizadas para se referir à mesma instituição.

em que se tentou empreender obras que visavam melhorar as suas condições de infraestrutura.

Nesse mesmo contexto, o espaço urbano da cidade de Salvador passava por reformas na sua estrutura física, muitas delas sob influência de médicos higienistas que se diziam preocupados em melhorar as “péssimas” condições sanitárias e eliminar os espaços considerados como foco de doenças. Os surtos epidêmicos e o aparecimento de diferentes enfermidades, nesse período, eram recorrentes na capital baiana (SANTOS, 2005, p. 54-56).

Sobre os espaços de saúde como os hospitais, durante o século XIX, é importante ressaltar que estes passaram por significativas mudanças ao longo do tempo. Ao tratar sobre o assunto, Gisele Sanglard (SANGLARD, 2008, p. 26) afirma que: “aos poucos, o hospital foi se transformando do espaço de encarceramento das misérias humanas em um espaço de cura, onde o desenvolvimento da prática médica teve papel importante”. Em relação a isto, também é preciso considerar o surgimento da Higiene, que, segundo Venétia Rios (RIOS, 2001, p. 28), surgiu como uma disciplina da modernidade e passou a empregar concepções que redefiniriam os conceitos de limpo, saudável, puro, moderno, civilizado e urbanizado.

Em 1857, o Hospital São Christovão dos Lázaros, na Bahia, foi considerado pelo seu administrador, Thomaz Gomes de Azevedo, como uma instituição que exercia fins “muito diversos” dos outros “hospitais de caridade”. Segundo ele, isto era em função dos interesses que moviam os leprosos a buscarem, por vontade própria, o Hospital. Em suas palavras:

recolhem-se os enfermos que os procuram, seem que a caridade ou medidas policiaes os vão buscar, na esperança de obterem inteiro restabelecimento, para de novo entrarem nas suas profissões, ou misteres, senão uma sepultura com a administração dos socorros espitituaes. (AZEVEDO, 1857, p. 2. [Grifo meu]).

Além das manifestações dermatológicas e a perda da sensibilidade, a lepra, hoje conhecida como hanseníase, também causava/causa perda da força muscular, principalmente em mãos,

braços, pés e pernas, podendo gerar incapacidades permanentes. Nos períodos em que não havia possibilidade de cura, como no século XIX, a evolução para quadros mais graves da doença acabava por ser mais recorrente e, conseqüentemente, os enfermos se tornavam inúteis ao trabalho ou impossibilitados de exercer algum meio de subsistência, tendo que recorrer à mendicância ou ao Hospital.

Entretanto, o recolhimento em Hospitais era uma questão complexa, principalmente em relação ao tempo de permanência dos enfermos na instituição. De acordo com o então administrador do Hospital São Christovão dos Lázaros, em 1857, a instituição acabava por se tornar residência “quasi sempre perpetua” e forçada para os doentes acometidos pela lepra, moléstia, segundo ele: “superior às conquistas da sciencia medica”. Como forma de exemplificar a longa estadia desses doentes, o administrador apresentou o caso de Francisco Borges, com 62 anos de Hospital, tendo sido recolhido em 18 de Setembro de 1792, e que calculava-se ter entrado já doente com 34 anos de idade, tendo aproximadamente, naquele ano de 1857, entre 99 a 100 anos de idade (AZEVEDO, 1857, p. 2).

Em fevereiro de 1859 o mesmo administrador, desta vez em relatório do Hospital correspondente as ações do ano de 1858, retomou o assunto relacionado à longa estadia dos doentes e, novamente, citou o caso de Francisco Borges, com 101 anos de idade e ainda recolhido na instituição. De acordo com o registro, o quadro da doença estacionou e manteve o enfermo em “perfeito conhecimento de tudo”. Além dos passeios, ele frequentava os banhos e nada sofreu “à excepção da surdez” (AZEVEDO, 1859, p. 1).

O então administrador, Thomaz Gomes de Azevedo, era contrário à noção de possibilidade de cura para a lepra. Sobre os “morpheticos” que “supostamente” alcançavam a cura no Hospital São Christovão dos Lázaros e retomavam as suas vidas, ele afirmou que estes não eram “verdadeiramente” acometidos pela enfermidade. Conforme seus argumentos, a lepra era uma doença incurável e os tratamentos existentes não produziam “efeito real”, haja vista as experiências de tratamento mal sucedidas, realizadas

no próprio Hospital: com “tudo” que era “anunciado e publicado como infalível à cura d’esta molestia” (AZEVEDO, 1859, p. 1-2).

Nesse sentido, a hipótese de incurabilidade também reforçava seus argumentos sobre a longa estadia dos enfermos na instituição. Relacionado a isto, outra questão que preocupou Thomaz Gomes de Azevedo, enquanto administrador, dizia respeito aos internamentos prolongados e o possível aumento de enfermos dependentes do Hospital, uma vez que a cura não era possível e novos casos iam surgindo ao longo do tempo. Desse modo, as exigências e a necessidade de atenção às questões econômicas, em virtude do aumento nos gastos básicos com a alimentação, roupas, materiais diversos e a necessidade de investimento em reformas e ampliação dos cômodos, reforçavam o caráter específico da instituição.

No contexto geral, a assistência médico-sanitária da época era quase sempre de responsabilidade exclusiva das Câmaras Municipais e, raramente, era desempenhada com eficácia. O cuidado e a assistência aos enfermos ficavam a cargo, principalmente, das Santas Casas de Misericórdia, hospícios e alojamentos de irmandades (SANTOS FILHO, 1977, p. 63 *Apud* CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 21). O que não foi diferente na cidade de Salvador, de acordo com Venétia Rios (RIOS, 2001, p. 61-62): “embora, contando com o Instituto Vacínico, o Hospital do Mont-Serrat [...], era o Hospital da Caridade da Santa Casa da Misericórdia o lugar para onde se dirigia o maior número dos enfermos da cidade”.

Acerca das ações de assistência e de saúde pública, tanto no Império quanto na Primeira República, Christiane Souza e Gisele Sanglard (SANGLARD, 2011) afirmam que o papel do estado correspondia ao “modelo liberal”. Deste modo, sua atuação era apenas em determinados momentos, como os de calamidade resultantes de cataclismos naturais, epidemias, entre outros. Segundo as autoras, no que se referia às necessidades cotidianas, era a própria sociedade responsável por se organizar e buscar atender as suas necessidades: “Nesse arranjo de direitos e deveres, a sociedade organizava-se por meio das ações das irmandades, notadamente

a Irmandade da Misericórdia, e das sociedades de auxílio mútuo” (SOUZA; SANGLARD, 2011, p. 27-28).

Na Bahia do século XIX, a criação e a administração de hospitais voltados à assistência aos doentes, conforme análise de Renilda Barreto (BARRETO, 2011), foram ações concomitantes à fundação das Santas Casas. Segundo ela, “durante todo o século XIX, a sociedade e o Poder Público continuaram pautando as ações de assistência aos doentes, em conformidade com o paradigma assistencialista das Misericórdias” (BARRETO, 2011, p. 8). Ao problematizar as práticas de “caridade” como intrínseca ao movimento de criação dos Hospitais das Santas Casas de Misericórdia no século XIX, a autora também enfatiza que seus diversos campos de atuação foram atravessados pelas representações, noções e práticas de benemerência católica cristã, forjadas no seio dos interesses de grupos sociais a ela articuladas (BARRETO, 2011, p. 15).

Em texto sobre a assistência aos doentes no século XIX, Laurinda R. Maciel (MACIEL, 2007) considera que as ações assistenciais foram promovidas, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia e instituições ligadas à Igreja, responsáveis pelo atendimento aos doentes de toda a natureza no Brasil, incluído os de lepra. A autora também afirma que até o início do século XX, todos os hospitais de lázaros e asilos existentes no país eram de manutenção particular, inexistindo instituição para leprosos que fosse de responsabilidade do Estado. Situação que se modificou, segundo sua observação, apenas a partir da reorganização da assistência, no período republicano (MACIEL, 2007, p. 35).

Porém, diferente dessa afirmação, nesta pesquisa que apresento sobre o Hospital São Christovão dos Lázaros, na Bahia, as fontes evidenciam que a sua administração era gerenciada pelo governo provincial e não por uma instituição caritativa, ainda que capelães católicos lá residissem. Além disto, sua fundação foi resultado da iniciativa governamental e que respondia pelo abastecimento de suprimentos de primeira necessidade, através do Celeiro Público,

inaugurado em 1785, pelo Governador Provincial, Dom Rodrigo José de Menezes (SIMÕES FILHO, 2011).

Responsável por regular e controlar a venda da farinha na cidade, a fim de garantir o acesso da população urbana mais pobre, principalmente em contextos de crise e desabastecimento, o Celeiro Público também manteve outra importante atribuição, a cobrança de uma taxa aos condutores das embarcações que comercializavam a farinha. Essa taxa era destinada às despesas e a conservação das instalações do próprio Celeiro e para a manutenção do Hospital dos Lázaros (SIMÕES FILHO, 2011, p. 71-85).

Em consequência, os rendimentos do Celeiro Público formavam a principal receita do Hospital São Christovão dos Lázaros. Contudo, isso era motivo de diversas críticas por parte dos administradores, uma vez que as verbas eram insuficientes para arcar com todas as despesas. Em protesto, o presidente da província, Francisco Gonçalves Martins, em fala apresentada à Assembleia Legislativa da Bahia, no ano de 1850, informou que o Governo Provincial, em meio aos trabalhos que estaria efetuando, não teria condições de manter a direção do Hospital dos Lázaros (BAHIA, 1850, p. 9).

Segundo ele, seria conveniente apelar à devoção e à “caridade cristã”, que, como aconteceu com a Casa Pia das Órfãs do Coração de Jesus, deveria receber a autorização para nomear uma Mesa Administrativa e, assim, desobrigar o governo de tal responsabilidade (BAHIA, 1850). Em suas palavras:

sendo conveniente invocar em beneficio do Estabelecimento dos Lazaros a devoção e a caridade christã, insisto em pedir-vos uma autorização semelhante á que foi decretada para a Casa Pia das Orfãs do Coração de Jesus, isto he, para nomear uma Mesa que tome á si dirigir e melhorar aquella Pia Instituição, que não pôde com o mesmo proveito ser administrada pelo Governo no meio dos trabalhos que cercão, e tendo neste caso os cofres Publicos de carregar com todas as despesas. (BAHIA, 1850, p. 9).

Não sendo o único episódio sobre esse tema, outros presidentes da província também trataram sobre a situação financeira da

instituição, naquele período de 1850. O então presidente de província, João Mauricio Wanderley (1852-55), em fala proferida no ano de 1854, criticou as últimas administrações e explicou que estas teriam deixado o Hospital dos Lázaros em tamanha decadência, que “o zelo da actual não tem sido bastante para pol-o no pé, em que deve estar uma instituição desta ordem”. Ademais, acrescentou que caberia habilitar o referido Hospital com mais meios de subvenção e que, desde a sua criação, a instituição não teria recebido auxílio por parte da caridade (BAHIA, 1854, p. 10).

As condições dos leprosários nas províncias do Rio de Janeiro, Maranhão, Pará, Mato Grosso e São Paulo não eram muito diferentes nesse mesmo período. Segundo Leicy Silva (SILVA, 2016, p. 53-54), eram constantes as reclamações sobre a estrutura, a administração, a capacidade de atendimento e do quadro médico existente. Na Bahia, outras instituições hospitalares também enfrentaram dificuldades administrativas e financeiras. De acordo com Onildo David (DAVID, 1993, p. 68-69), as condições de higiene dos hospitais de Salvador foi alvo de muitas críticas por dos médicos da época e elas correspondiam tanto à alimentação quanto a falta de leitos, lençóis e roupas dos enfermos que não eram trocados com regularidade. Não bastasse essa situação, um surto epidêmico de cólera nos anos de 1855-56, na Bahia, contribuiu para a piora dos serviços de cura e assistência ofertados nos hospitais.

Retomando sobre a questão financeira do Hospital São Christovão dos Lázaros, ao longo da segunda metade do século XIX, é possível afirmar que o auxílio por parte da caridade filantrópica, destinada aos “morphicos” que viviam no Hospital, praticamente inexistiu. A criação de uma Mesa Administradora, como solicitou o presidente da província, Francisco Gonçalves Martins, nos anos de 1849 e 1850, só aconteceu em 1861, nomeada pelo próprio Governo da Província. Porém, o quadro de financiamento não foi alterado e o governo provincial continuou responsável pela maior parte da receita do Hospital (BAHIA, 1861, p. 9).

Conforme as informações no recorte das fontes acessadas para esta pesquisa, é provável que a caridade e a filantropia³ só tenham tido maior destaque no auxílio ao Hospital dos Lázaros no final do século XIX, mais precisamente, em 1895, quando a Santa Casa de Misericórdia da Bahia assumiu a sua administração. Contudo, segundo Márcia Elizabeth Santos (SANTOS, 2005, p. 85), a instituição foi devolvida para o estado em 1912.

As leituras dos relatórios dos presidentes provinciais indicam que o Hospital São Christovão dos Lázaros sofreu em diferentes momentos com a falta de verbas. Reclamações e solicitações de novos meios para prover a instituição eram recorrentes durante a segunda metade do século XIX. Em resultado das dificuldades financeiras, o administrador, em 1857, expôs que a diferença entre a receita e a despesa nos sete meses decorridos da sua administração não satisfaz às exigências. O que provocou uma situação de “embarço” para “cumprir as necessidades mais indispensáveis da instituição” (AZEVEDO, 1857, p. 1).

Além dos gastos com a alimentação, era de responsabilidade da administração pública, oferecer vestuário e calçados para os enfermos, roupas de cama, medicamentos, utensílios e outros objetos que anualmente ou em determinados períodos precisavam ser substituídos. Segundo as descrições no relatório do administrador, tal dispêndio gerou problemas em relação às despesas nos primeiros sete meses do ano de 1857 (AZEVEDO, 1857, p. 1).

As dívidas subsequentes acumularam-se àquelas já existentes em 1857. A exemplo, em relatório enviado ao presidente da província em de fevereiro de 1859, pelo administrador Thomaz Gomes de Azevedo, sobre o saldo devedor referente ao ano de 1857, no valor de 3:214\$476, ele afirmou que o valor ainda não havia sido pago. Somado ao déficit do ano de 1858, cerca de 4:932\$998, o

3 Tanto a caridade quanto a filantropia estão relacionadas à questão das doações e assistência aos pobres, porém, a caridade está ligada a cultura cristã, ao temor a Deus e uma atitude de resignação ante a pobreza. Já a filantropia, enquanto uma virtude laicizada, busca reforçar princípios humanistas de proposições sociais voltadas à suavização da pobreza ou da doença. Sanglard; Ferreira, (2018, p. 149).

valor total do saldo negativo ficou em 8:167\$479, no início de 1859 (AZEVEDO, 1859, p. 1).

Retornando ao relatório de 1857, o administrador afirmou que a receita no período foi de 7:708\$807, enquanto a despesa ficou em torno de 9:001\$851 – valor que ultrapassou em 1:293\$044 a quantia disponível para os gastos. Em relação ao valor total da receita, Thomaz Gomes de Azevedo acrescentou que a quantia de 2:422\$960 era fruto de trabalhos desenvolvidos pela própria instituição, como pode ser observado abaixo, no Quadro 1 (AZEVEDO, 1857, p. 1).

Quadro 1: Demonstrativo da receita do hospital dos Lázaros, de janeiro a julho de 1857								
1857	Consignação recebida da tesouraria provincial para ocorrer as despesas	Foros de terras	Lavagem de roupa da Santa Casa	Ortaliça, fonte, Etc.	Pedra vendida	Jornaes de Escravos	Esmolla que derão	Total
Janeiro	755\$121	.....	55\$980	25\$240	115\$500	33\$080	.....	984\$921
Fevereiro	755\$121	113\$000	61\$240	31\$000	165\$000	29\$340	.....	1:154\$701
Março	755\$121	91\$000	55\$000	51\$300	88\$000	28\$240	50\$000	1:118\$661
Abril	755\$121	313\$000	57\$130	37\$580	126\$000	24\$240	.....	1:313\$071
Maiο	755\$121	209\$000	63\$740	29\$020	180\$000	36\$400	.....	1:273\$281
Junho	755\$121	17\$000	42\$370	15\$120	79\$500	24\$800	.....	933\$911
Julho	755\$121	59\$000	75\$340	16\$120	.....	24\$680	.....	930\$261
Somma	5:285\$847	802\$000	410\$8000	205\$380	754\$000	200\$780	50\$000	7:708\$807

Fonte: AZEVEDO, 1857.

A partir do quadro 1 é possível observar que a arrecadação de verbas para a manutenção e gestão do Hospital aconteceu de diferentes formas. Entretanto, a renda mensal mais alta foi o valor fixo de 755\$121, resultado da consignação recebida pela tesouraria provincial. O restante provinha da lavagem de roupas da Santa Casa, da venda de jornais ou recebimento das jornadas de ganho de escravos e da venda de pedra e hortaliças, serviços gerados a partir da força de trabalho dos escravizados pertencentes à instituição e dos africanos livres.⁴

4 Com a proibição do tráfico transatlântico de escravizados, a partir da lei de 7 de novembro de 1831, todos aqueles que estivessem em embarcações apreendidas pelas autoridades brasileiras eram considerados libertos. Porém, já em território brasileiro e com destino incerto, estes sujeitos eram submetidos a diferentes situações de trabalho forçado.

No que se refere ao quadro de despesas, além do que já foi citado anteriormente, este também era composto por empregados. Sobre eles, em fala à Assembleia Legislativa, em 1860, o presidente da província, Herculano Ferreira Penna, apresentou os valores despendidos em 1859, período em que o déficit das despesas anual resultou na soma de 10:486\$707.⁵ Conforme o presidente, eram sete os cargos que formavam o quadro de empregados no Hospital e a estes foram pagos os respectivos valores: 200\$000 referente ao ordenado anual do cirurgião; 300\$000 ao boticário; 120\$000 ao capelão, além de uma ração e o “ônus” de residir no hospital; 200\$000 ao escriturário, ração e o mesmo “ônus” de residir; 120\$000 ao feitor, além de ração e residência; 24\$000 a cada um dos enfermeiros, selecionados dentre os próprios enfermos; e morada e sustento ao administrador. Em relação ao médico, seus vencimentos ficavam a cargo da Tesouraria Provincial (BAHIA, 1860, 37).

Somados a esses empregados, em fevereiro de 1860, o pessoal que vivia e trabalhava no hospital eram cerca de 140 indivíduos, números que também explicam os elevados valores das despesas. Segundo a descrição do referido presidente da província naquele ano, o grupo de indivíduos era formado por: 35 escravos de ambos os sexos, incluindo 13 “crias menores”; 19 africanos livres, mais 5 menores filhos destes; 5 do serviço privativo de enterramentos no Cemitério da Quinta dos Lázaros; 13 de diferentes serviços; e 56 enfermos de ambos os sexos (BAHIA, 1860, p. 37).

Abrigar essa quantidade de pessoas exigiu investimento no edifício e nas casas que serviam de moradia para alguns dos empregados. Em fala à Assembleia Legislativa, o presidente de província em 1853, João Mauricio Wanderley, apresentou dados sobre o início de uma obra que visava oferecer “todas as vantagens” e “bens” que se esperavam do Hospital dos Lázaros. Entre os objetivos: a remoção das “casas de banho” para o lado esquerdo do edifício, que ficaria debaixo de abóbadas de alvenaria e em cima dessa construção se instalaria a sala destinada às conferências do

⁵ A receita do Hospital dos Lázaros no ano de 1859 foi de 9:771\$503, mas os gastos relacionados as despesas excederam esse valor e a quantia ficou em 20:258\$10 Bahia (1860, p. 37).

médico e cirurgião, e a botica. Além dessas obras, na continuação desse mesmo lado, onde havia um tanque e casas para lavagem de roupa, seria construído um muro na frente do hospital com grade de ferro sobre colunas (BAHIA, 1853, p. 26).

Consideradas como indispensáveis, as obras aconteciam após a demolição dos armazéns e parte das casas que o estabelecimento possuía – como a residência do capelão e demais pessoas, além das acomodações para o gado e outros animais. Na continuidade da sua fala, o presidente da província considerou que essas obras e reparos garantiriam a possibilidade do estabelecimento receber mais de 150 enfermos, enquanto que naquele período, 1853, a capacidade máxima era de 70 (BAHIA, 1853, p. 25).

O governo provincial e a administração do hospital

As obras e modificações, mencionadas anteriormente, também eram fruto de outro empreendimento: a construção de um cemitério público aprovado no governo de Francisco Gonçalves Martins, em meados de 1850, quando do primeiro surto da epidemia de Cólera. Considerado como “vantajoso”, o local escolhido para a construção do cemitério foi no mesmo terreno do Hospital dos Lázaros e o empreendimento substituiria a Capela da Quinta dos Lázaros (Imagem 1), cujo projeto aprovado pelo Conselho de Salubridade do período seria executado pelo Governo Provincial (BAHIA, 1850, p. 19). Em consequência dessa decisão, foi dado início às obras nas estradas que ligavam a cidade e o subúrbio à Quinta dos Lázaros. Além de facilitar a conexão com outras regiões, o propósito era abrir e consertar as estradas a fim de possibilitar o fluxo de carros (BAHIA, 1853, p. 25-26).

Na Imagem 1, um recorte do mapa topográfico da cidade de Salvador e seus subúrbios no ano de, aproximadamente, 1851, é possível identificar tanto a Capela da Quinta dos Lázaros quanto o próprio Hospital dos Lázaros, ambos localizados dentro de uma marcação em círculo na cor vermelha. Já o que está marcado dentro do círculo azul representa o centro urbano de Salvador,

dividido entre a cidade baixa – onde se concentrava a maior parte do comércio – e a cidade alta – local destinado aos setores administrativos.

Os quadrinhos na cor preta indicam áreas de ocupação residencial/povoamento dispersas na região, evidenciando que o Hospital dos Lázaros se situava distante do centro. Entretanto, Ana Amélia Nascimento (NASCIMENTO, 2007, p. 61-62) confirmou mudanças na delimitação urbana em 1857, na qual houve o alargamento e a consequente incorporação da região da Quinta dos Lázaros. Isto significa, provavelmente, um resultado da expansão da cidade e das reformas e melhorias nas estradas que davam acesso a região.



*Imagem 1: LOCALIZAÇÃO DA QUINTA DOS LÁZAROS / CAPELA E HOSPITAL.
Fonte: Adaptado pelo autor a partir do ACERVO BIBLIOTECA NACIONAL, ca. 1851.*

A administração das duas instituições, hospital e cemitério, ficaram a cargo do mesmo administrador, mas, embora houvesse a expectativa de que a construção do cemitério pudesse oferecer benesses ao hospital, como, por exemplo, a cobrança de uma taxa

para cada enterro e serviços de exumação, isto não aconteceu de imediato. Conforme foi apresentado, posteriormente, em relatório de Antonio Coelho de Sá e Albuquerque, ao passar a administração da província para o vice-presidente, Manuel Maria do Amaral, em dezembro de 1863, o cemitério teria sepultado cerca de 15.275 cadáveres desde o ano de 1850 até 27 de novembro de 1863, mas não recebeu “um só real”.⁶ Ao contrário, a administração ficou sobrecarregada com as despesas relativas ao coveiro e outros “tão pesados serviços” (BAHIA, 1863, p. 35).

As dificuldades financeiras, acirradas com o início das obras voltadas ao cemitério, fizeram com que o Hospital São Christovão dos Lázaros passasse por um longo período de “decadência”, como está descrito nos documentos do período. Resultado do impacto negativo no orçamento financeiro, as obras iniciadas no Hospital e nas casas dos empregados e capelão, em 1853, só foram concluídas quase 20 anos depois, sendo suspensas em alguns períodos pela falta de verbas.

Entre idas e vindas, as obras no Hospital, aparentemente, só passaram a ocorrer com maior regularidade após a nomeação de uma Mesa Administrativa, em 1861. Com a justificativa de que a situação “retrograda” em que estava o Hospital dos Lázaros, até então, era o resultado do “desleixo” das administrações anteriores, o então presidente da província, no ano de 1861, nomeou uma Mesa como responsável pelo estabelecimento e suas dependências. Esta se organizaria de forma semelhante às que dirigiam outras Casas e Hospitais de Caridade, tendo entre suas funções: apresentar um plano de reforma conveniente para o Hospital, acompanhar as ações do administrador, se responsabilizar pela demissão e nomeação de empregados e informar tudo à presidência da província (BAHIA, 1861, p. 9).

⁶ Conforme Onildo David (1993, p. 138), em um levantamento sobre todos os mortos por cólera entre os anos de 1855-56, nas três freguesias centrais de Salvador, os locais de maior ocorrência de enterros foram o Cemitério do Campo Santo, com 321, e a Quinta dos Lázaros, com 267.

Para compor a Mesa, foram nomeados os seguintes “Cidadãos”: provedor, dr. Quirino José Gomes; escrivão, dr. Manuel Pedro Moreira de Vasconcellos; tesoureiro, João Gabriel de Gouveia, Tenente-Coronel Theodoro Teixeira Gomes, Tenente-Coronel José Lopes Pereira de Carvalho, Coronel Justino Nunes de Sento-Sé, Antonio Alves Ribeiro, dr. José de Góes Siqueira, dr. Demetrio Cyriaco Tourinho, dr. Francisco Rodrigues da Silva, dr. Pedro da Silva Rego, Gonçalo Alves Guimarães e Comendador Francisco Rodrigues Ezequiel Meira (BAHIA, 1861, p. 9). Destaca-se o número de médicos na sua composição – 06 dentre 13 “cidadãos” – apontando a uma profissionalização da assistência médica, que teve continuidade nos anos seguintes.

Fora a mudança de provedor em 1863, com a nomeação do dr. José de Góes Siqueira à função, a administração seguiu sob a responsabilidade destes indicados até o final de 1868, quando houve a eleição e nomeação de uma nova Mesa Administrativa.

Ao escrever sobre a época em que a administração do Hospital São Christovão dos Lázaros foi entregue a primeira Mesa nomeada em 1861, o dr. José de Góes Siqueira, em relatório de 20 de dezembro de 1868, definiu que o estabelecimento estava “reduzido às mais deploráveis condições: sem ordem, sem os meios necessários para minorar e suavizar os sofrimentos dos infelizes” e com o edifício ameaçando desmoronar (SIQUEIRA, 1868, p. 3). Tais condições, segundo o próprio provedor, resultaram em irregularidades conforme o regime interno do Hospital. Além dos doentes mal acomodados, as mulheres ocupavam a casa do administrador, que por sua vez residia na do capelão.

Nas palavras do provedor, dr. José de Góes Siqueira, em 1868, a conclusão das obras era urgente para que pudesse: “ser o hospital organizado e montado, áfim de que o serviço medico, a disciplina, o aceio e as demais condições indispensaveis e essenciaes a regularidade de estabelecimentos de tal natureza” se traduzissem em fatos e se tornassem a realidade do Hospital dos Lázaros da Bahia (SIQUEIRA, 1868, p. 4). Tal consideração em que, ao mesmo tempo, era realizada pelo provedor e, também, médico de profissão,

sugere o possível interesse tanto na medicalização do espaço quanto na impossibilidade da oferta de serviços considerados como essenciais para o cuidado com os enfermos naquele contexto.

Por sua vez, a leitura dos relatórios dos presidentes de província durante os vinte anos de obras permitiu destacar que isto impossibilitou o objetivo de efetuar a internação de pessoas dos segmentos médios da população. Em fala à Assembleia Legislativa apresentada em 1860, pelo presidente da província, Herculano Ferreira Penna, a respeito das obras que ocorreram no Hospital dos Lázaros em 1859, ele explicou que uma parte do edifício em construção seria destinada para a enfermaria dos doentes: “que por sua posição social mereça uma residência separada” (BAHIA, 1860, p. 38). Esse discurso, por sua vez, indica um projeto em que o isolamento deveria ocorrer como uma prática que não isentaria nenhum sujeito, nem mesmo para alguém com destaque ou distinção social.

No entanto, esse projeto, provavelmente, não se concretizou, uma vez que as próprias descrições sobre as dificuldades de manutenção da instituição, durante a maior parte da segunda metade do século XIX, possibilitam suposições sobre as precárias e descontinuas ofertas de assistência, de cura e de cuidado. O que limitou, possivelmente, os possíveis perfis de enfermos que se sujeitavam a um recolhimento em situações tão insatisfatórias, ainda que o Hospital fosse considerado como “um monumento que revela a piedade de nossos maiores” (BAHIA, 1863, p. 34).

O aparente interesse em isolar todos os doentes, sob uma perspectiva de indiferença às hierarquias sociais quanto à incidência de casos de lepra, não modificou as representações e relações entre os sujeitos de diferentes grupos sociais diagnosticados com a enfermidade. Nesse sentido, a necessidade de construção de um pavilhão específico que diferenciava e separava socialmente os indivíduos reproduzia as relações de poder que caracterizavam a sociedade do período imperial, presentes mesmo em um local marcado pelo estigma, identificado como um Hospital dos Lázaros.

Como afirmado anteriormente, as obras que visavam melhorar as instalações do Hospital dos Lázaros atravessaram quase duas décadas sem conclusão. Isto, provavelmente, foi um entre outros fatores que influenciou na redução do número de “morphicos” reclusos na instituição. Com base na análise dos relatórios e *fallas dos presidentes de província* foi possível perceber que o número de internos foi reduzindo gradualmente. No início de 1853 eram 50 enfermos, enquanto em janeiro de 1873, existiam apenas 12 (AZEVEDO, 1857; LIMA, 1873, p. 5).

Nesse mesmo período em que se manteve reduzido o número de doentes internos no Hospital, foi dado como concluída a maior parte das obras que vinham sendo empreendidas desde a década de 1850 (LIMA, 1873, p. 5-13). Posteriormente, em 1876, parte da obra entregue serviu para abrigar um Asilo de Mendicidade, transformando, assim, o caráter da instituição que até então era destinada para leprosos.

Conclusão

Os acontecimentos, como a construção de um Cemitério Público e, muito depois, a inauguração do Asilo de Mendicidade, acrescentaram novas demandas para a administração do Hospital que já enfrentava dificuldades no desenvolvimento das práticas assistenciais. Segundo Márcia Elizabeth Santos (SANTOS, 2005, p. 83-84), a junção das duas práticas de assistência – votadas aos lázaros e aos mendigos – culminou em um acontecimento bastante relevante para a trajetória do Hospital São Christovão dos Lázaros, haja vista o reforço da sua função social como um espaço de segregação e de isolamento dos sujeitos socialmente indesejados. Desse modo, a administração da instituição destinada aos leprosos, desde 1787, passou, em 1876, a ser também responsável pelos mendigos, os quais lá permaneceram até 1887.

Conforme foi apresentado neste texto, a trajetória do Hospital São Christovão dos Lázaros foi bastante complexa. Nesse sentido, buscou-se identificar como os diferentes interesses por parte do

governo provincial resultaram em ações de progressos, mas também de descontinuidade no processo que buscou melhorar as instalações da instituição responsável pela assistência aos lázaros na Bahia. Apesar do Hospital ser administrado pelo governo provincial, a análise das fontes possibilitou identificar as insistentes justificativas, por parte dos governantes, em abrir mão desse encargo.

Nesse mesmo contexto, a administração do Hospital passava por dificuldades com a falta de investimento, piorada com a incorporação de outras instituições com fins distintos – o Cemitério Público e o Asilo de Mendicidade. Isto acentuou o processo de “decadência” da instituição. Assim, o Hospital, apresentado como uma instituição que materializava a preocupação caritativa do período, na verdade, enfrentou momentos difíceis tanto pelo acúmulo de funções quanto pela falta de verbas e o aumento das dívidas.

Referências

Fontes

ACERVO DA BIBLIOTECA NACIONAL. *Mappa topographica da cidade de S. Salvador e seus suburbios* [Cartográfico]. Disponível em: http://acervo.bndigital.bn.br/sophia/index.asp?codigo_sophia=23599. Acesso em: 24 de Ago 2021.

AZEVEDO, Thomaz Gomes de. *Quinta e Hospital dos Lázaros, 17 de agosto de 1857*. In: BAHIA. *Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo Presidente da Província*, o desembargador João Lins Vieira Cansansão de Sinimbú, n. 1, set. 1857. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=27&s=0&cv=142&r=0&xywh=-1146%2C0%2C3954%2C2789>. Acesso em: 05 jul. 2021.

AZEVEDO, Thomaz Gomes de. *Quinta e Hospital dos Lázaros, 9 de fevereiro de 1859*. In: BAHIA. *Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da província*, o doutor Francisco Xavier Paes Barreto, em 15 de março de 1859. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=30&s=0&cv=173&r=0&xywh=-1058%2C0%2C3779%2C2665>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BAHIA. *Falla que Recitou o Presidente da Província da Bahia, o conselheiro e desembargador*, Francisco Gonçalves Martins, na abertura da Assembléa Legislativa da Província. 01 mar. 1850. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c>

=0&m=16&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1221%2C-21%2C3961%2C2787. Acesso em: 06 jul. 2021.

BAHIA. *Falla Recitada na Abertura da Assembléa Legislativa da Bahia, pelo Presidente da Província*, Dr. João Mauricio Wanderley. 01 mar. 1853. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=21&s=0&cv=23&r=0&xywh=-1109%2C-1%2C4040%2C2850>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BAHIA. *Falla Recitada na Abertura da Assembléa Legislativa da Bahia, pelo Presidente da Província*, doutor João Mauricio Wanderley. 7 mar. 1854. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=24&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1156%2C0%2C4279%2C3011>. Acesso em: 6 jul. 2021.

BAHIA. *Falla Recitada na Abertura da Assembléa Legislativa da Bahia, pelo Presidente da Província*, o conselheiro e senador do Império, Herculano Ferreira Penna, em 10 de Abril, 1860. Typographia de Antonio Olavo da França Guerra, 1860. Disponível em: encurtador.com.br/derCG. Acesso em: 4 jul. 2021.

BAHIA. *Falla que recitou na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia, o vice-presidente da província*, dr. José Augusto Chaves, no dia 1 de setembro de 1861. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=36&s=0&cv=8&r=0&xywh=-1245%2C0%2C4232%2C2985>. Acesso em: 8 jul. 2021.

BAHIA. *Relatório com que o exm. snr. conselheiro Antonio Coelho de Sá e Albuquerque*, presidente da província, passou interinamente a administração da mesma ao exm. senhor conselheiro Manuel Maria do Amaral, vice-presidente, em 15 de dezembro de 1863. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=39&s=0&cv=36&r=0&xywh=-1033%2C0%2C3841%2C2710>. Acesso em: 11 jul. 2021.

LIMA, Antonio Ribeiro. *Relatório do provedor da Quinta dos Lázarus*. Bahia, 30 de janeiro de 1873. In: BAHIA. *Falla dirigida à Assembléa Provincial da Bahia pelo primeiro vice-presidente*, dez. João José d'Almeida Couto nº1. Março de 1873. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=57&s=0&cv=183&r=0&xywh=-988%2C-1%2C3638%2C2567>. Acesso em: 12 jul. 2021.

SIQUEIRA, José de Góes. *Relatório do doutor provedor do Hospital e Quinta dos Lázarus*. Bahia, 20 de dezembro. Bahia, 1868. In: BAHIA. *Documentos anexos ao relatório apresentado à Assembleia Legislativa da Bahia*, pelo Exm. sr. Barão de S. Lourenço, em 11 de abril de 1869 (1ª parte). Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/165#?c=0&m=50&s=0&cv=180&r=0&xywh=-834%2C0%2C3362%2C2371>. Acesso em: 12 jul. 2021.

Bibliográficas

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, Lina Rodrigues. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia do cólera na Bahia em 1855-56*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

MACIEL, Laurinda Rosa. *'Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade': uma história das políticas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Tese (Doutorado em História Social). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Hanseníase: história e poder no estado de São Paulo. *Hansen Int.*, v. 12, n. 1, p. 1-7, 1987.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Dez freguesias da cidade do Salvador: Aspectos sociais e urbanos do século XIX*. Bahia: EDUFBA, 2007. [Coleção Bahia de todos].

RIOS, Venétia Durando Braga. *Entre a Vida e a Morte: Médicos, Medicina e Medicalização na Cidade do Salvador*. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SAMPAIO, Muller. *Assistência à Lepra na Cidade de Salvador-BA (1920-1947)*. Monografia (Licenciatura em História). Universidade do Estado da Bahia, Conceição do Coité, 2018.

SANTOS, Márcia Elizabeth Pinheiro dos. *Hospital São Cristóvão dos Lázaros: Entre os Muros da Exclusão*. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editoria Fiocruz, 2008.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Caridade e Filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA; Tânia Salgado; HOCHMAN, Gilberto (org.). *História da Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.

SILVA, Leicy Francisca da. *Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás*. Goiânia: Editora EFG, 2016.

SIMÕES FILHO, Afrânio Mário. *Política de abastecimento na economia mercantil: o celeiro público da Bahia (1785–1866)*. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889-1929). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro/ Barueri: Editora Fiocruz/Manole, 2011.

Reflexões sobre saúde em Belém (PA) a partir da ONG-Aids Paravidda (1992-1996)

Paulo Henrique Souza dos Santo

O Objetivo desse ensaio é discutir os objetivos das ações da Organização Não Governamental¹ chamada Grupo para a Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids² (PARAVIDDA). A documentação utilizada será o jornal Diário do Pará entre 1992 a 1996 e o primeiro Estatuto da entidade de 1992. Esse objeto de pesquisa será articulado com uma historiografia das doenças que centralizam a Aids em suas discussões e outras doenças como o câncer e aborvíroses, para apontar as potencialidades de partir das enfermidades como objeto da História. Também serão mobilizados textos sobre implementação do Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil, assim como a Política Nacional de Aids para buscar compreender alguns princípios de saúde do Paravidda e suas reivindicações em um contexto de uma capital ao norte do Brasil.

Diante disso, por ser um dos primeiros grupos idealizados no estado do Pará em 1986 para lidar com questões sobre a Aids, o Paravidda foi selecionado para esse ensaio. O Marco temporal foi delimitado a partir da oficialização em 27 de janeiro de 1992 indo até 1996 quando foi promulgada a Lei de nº 9.3134 em 13 de novembro com o objetivo de promover o acesso de pessoas com HIV aos remédios responsáveis pelo controle da reprodução do

1 “Uma entidade fundada para se dedicar exclusivamente à Aids” Galvão (2000, p. 43) *apud Landau*, (2011, p.12).

2 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (AIDS) é uma doença causada pela ação de um vírus chamado HIV. Perlongher (1986).

vírus no organismo, medida importante para redirecionar a forma de conter o vírus e a doença.

O texto terá o seguinte percurso: primeiro será apresentado discussões sobre saúde e doença e delineado um problema a partir da mobilização de uma literatura que apresenta lacunas sobre as ações de Ongs-Aids no Norte do Brasil. A partir disso, a documentação será relacionada, discutida e comparada com uma bibliografia sobre história das doenças; junto com textos sobre implementação do SUS e política Nacional de Aids para delinear alguns aspectos sobre saúde a partir de uma ONG em Belém, capital do Estado do Pará.

A mobilização social por meio de grupos que tinham a Aids como principal pauta, ocorreu no Brasil a partir da segunda metade dos anos 80 na busca de romper com algumas imagens da doença, principalmente a associação da Aids somente a determinados grupos minorizados como homossexuais, prostitutas, bissexuais; queriam também reivindicar políticas públicas e participar da construção delas (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Nesse sentido, em torno de doenças podem ser mobilizados aspectos da sociedade, sendo aqui a constituição de grupos pelo Brasil que se envolveram em ações para promover saúde à população acometida com o vírus HIV.

Já existe uma ampla historiografia que demonstra a potencialidade de temáticas que envolvem as doenças e saúde no Brasil. Gilberto Hochman e Diego Armus (HOCHMAN; ARMUS, 2004), na Introdução do livro *Curar, controlar e cuidar: uma perspectiva histórica*, realizam um balanço historiográfico sobre as principais abordagens que compõem a História da Saúde na América Latina desde a década de 1980. A primeira abordagem centraliza nas reflexões sobre o conhecimento produzido pela medicina a partir de uma perspectiva que leve em consideração que esse saber é social, contextualizando sua produção. Essa abordagem foi influenciada por autores da História da Ciência que enxergam a produção científica como uma rede complexa que não se resume a “desvendar a natureza”. A segunda abordagem discute uma História da Saúde

Pública, tendo seu foco nas instituições, Estado, as políticas, os profissionais de saúde, as respostas públicas e sociais ao que eles denominam de transição epidemiológica. A terceira denominada de uma História Sociocultural, onde tem ocupado destaque as análises sobre o mundo cultural em torno das doenças: Representações, metáforas, formação de estigmas, o discurso médico.

A historiadora Dilene Raimundo Nascimento e Anne Jackeline Torres Silveira (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2004) mostram a potencialidade da doença como objeto na História. Para elas, as enfermidades possibilitam a discussão de “estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças” (NASCIMENTO, SILVEIRA, 2004, p. 14). Sobre reações societárias, as autoras apontam o trabalho de Diego Armus sobre como a tuberculose fez parte das pautas da classe operária da Argentina no início do século XX para forçar o Estado a constituir uma infraestrutura sanitária básica (NASCIMENTO, SILVEIRA, 2004, p. 19).

Para exemplificar com outros trabalhos que suscitam reflexões sobre doenças e saúde no Brasil, aponto Gabriel Lopes e Luísa Reis-Castro (LOPES; REIS-CASTRO, 2019) que desenvolvem uma História das doenças e da saúde a partir do mosquito *Aedes aegypti* como vetor de transmissão de enfermidades. Os autores mostram que o mosquito e as diferentes doenças que carregava - Febre Amarela, Dengue e Zika - estimularam debates de aspectos sociais e políticos diferenciados ao longo do tempo, assim como as diferentes doenças alteraram a identidade do mosquito para a sociedade.

Luiz Alvez Araujo Neto e Luiz Antônio Teixeira (2017) desenvolvem um trabalho sobre história do câncer no Brasil a partir dos discursos Médicos no século XX. Os autores discutem como as representações do câncer no Brasil foram alteradas de uma doença relacionada à ideia de civilização (europeia, urbanizada e industrializada) para a do subdesenvolvimento, argumentando que as mudanças nas formas de perceber o câncer se associam com a constituição do saber médico em relação à doença junto de

interpretações sobre o desenvolvimento do país ao longo do período estudado pelos autores.

É evidente, portanto, a existência da historiografia que promove discussões referente à saúde e doença no Brasil. Esse ensaio pretende articular com esse campo, especificamente o que Nascimento e Silveira Torres (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2004) chamam de “reações societárias” e Armus e Hochman (ARMUS, HOCHMAN, 2004) denominam de uma História sociocultural das doenças, por entender que os objetivos das ações do Paravidda se constituem em um cenário nacional de reações da sociedade para reivindicar políticas públicas de saúde e romper com as representações da Aids.

As discussões envolvendo a Aids foram centralizadas em três eixos. O primeiro expresso por trabalhos que analisaram os discursos, as imagens e os estigmas reforçados/ constituídos ao longo da década de 80 e 90; essas pesquisas foram realizadas baseadas em dados coletados em jornais, revistas, documentos orais e audiovisuais (AGUIAR JUNIOR, 2016; BARATA, 2006; SOUZA, 2014; SILVEIRA NETO, 2014; RAMOS, 2016). Outros trabalhos centralizaram nas ações de grupos constituídos a fim de se posicionar contra as imagens e discursos associados à Aids a partir de documentos produzidos por esses grupos, recortes de jornais e entrevistas (VITIELO, 2009; DIAS, 2012; GREEN, 2018). O terceiro grupo teve as construções de políticas Nacionais de Assistência à Aids como objeto, focando nos atores envolvidos nesse processo (BARROS, 2009).

As discussões sobre as Representações sociais da Aids no Brasil partiram de documentos relacionados à imprensa, jornais, revistas, mídia televisiva. A historiadora Germana Fernandes Barata (BARATA, 2006) apreendeu a mídia televisiva como veículo de influência na forma como a sociedade lidou com a doença, analisando programas do Fantástico na Rede Globo que abordou a Aids. Ela pontuou uma série de questões a respeito, uma delas foi sobre as contradições entre o texto da reportagem e as imagens televisivas as quais “embora seja dito que todos podem potencialmente contrair

a AIDS, as imagens enfatizam os homossexuais como principais contaminados” (BARATA, 2006, p. 143).

Os historiadores Ítalo Cristiano Silva e Souza (SOUZA, 2014) e Fernando Domingos de Aguiar Júnior (AGUIAR JÚNIOR, 2016) analisaram a Aids na década de 80, o primeiro a partir da imprensa de Teresina e o segundo com jornais da Paraíba, para explicar o processo de construção do estigma, destacando o “terror”, associações da doença à grupos e os discursos das autoridades públicas locais por meio dos secretários de saúde. Adílio Luiz Silveira Neto (SILVEIRA NETO, 2014) também partiu dos jornais entre 1986 a 1996, analisando o discurso religioso e médico na conformação de imagens e subjetividades para a pessoa com HIV. Diferente de Silva (SILVA, 2014) e Aguiar Junior (AGUIAR JUNIOR, 2016); Silveira Neto (SILVEIRA NETO, 2014) trouxe relatos orais de pessoas que viveram nesse período com o vírus para verificar como aquelas imagens da Aids formaram suas subjetividades.

O trabalho da historiadora Lissandra Quiroga Ramos (RAMOS, 2016) contribuiu para pensar as mudanças das representações sociais da Aids entre 1988 a 2014 por meio das campanhas do Ministério Público no Dia Mundial na Luta Contra a Aids. Em meio aos trabalhos citados acima, os quais abordaram prioritariamente as imagens e os estigmas associados à Aids na década de 80 e início dos anos 90, Ramos (RAMOS, 2016) discutiu como a Aids foi da “cara da morte” para a “cara da vida”. Assim, ela explorou o debate sobre como o tratamento com antirretrovirais a partir de 1996 foi um marco importante para mudanças nas representações da doença.

Outro grupo de trabalhos discutiram a resposta social ante a Aids e suas representações, a reivindicação de políticas públicas e demarca o protagonismo nas ações de pessoas por meio de Ong’s-Aids. Gabriel Natal Botelho Vitiello (VITIELLO, 2009) analisou a atuação de homens homossexuais entre 1978 a 1992 por meio da ABIA e Grupo Pela Vidada diante dos estigmas reforçados pelos jornais e outros canais midiáticos, percebendo como o jornal lampião da noite auxiliou na construção de uma identidade homossexual

que mais tarde se organizou para reivindicar políticas de saúde para pessoas com HIV. Cláudio José Piotrovski Dias (DIAS, 2012) discorreu sobre a trajetória soropositiva de Herbert Daniel entre 1989 a 1992 e sua atuação através de seus artigos divulgados nos relatórios da ABIA e outros meios midiáticos no combate à narrativa do “grupo de risco” e à imagem de “morte”, também desenvolvido por James Green (GREEN, 2018) em um trabalho biográfico sobre Herbert Daniel.

Teoderescu e Teixeira (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015) partiu de uma documentação heterogênea para construir o quadro dos grupos formados em função da Aids no Brasil entre 1983-2003. A seção destinada ao Paravidda se referiu a sua criação, as primeiras ações e objetivos a partir de entrevistas com Laura Maria Laurindo, uma voluntária que havia perdido seu filho para Aids, destinando cinco laudas para um panorama de 1992 a 2003.

Identificamos, a partir desse balanço, uma lacuna historiográfica sobre ações de Ongs ao norte do Brasil. Este ensaio será o primeiro passo para fazer reflexões sobre saúde em Belém por meio dos objetivos das ações do Paravidda, presentes em seu estatuto e reportagens em jornais.

A idealização do Grupo Paravidda foi realizada por técnicos de saúde e voluntários em 1986 na Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias (Uridip) de Belém, o qual tinha o objetivo de promover a discussão sobre Aids e disseminar a informações e apoio ao paciente e sua família (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 267). Em 1989, o grupo passou a se chamar Paravidda sob liderança de um presidente chamado Augusto Marques e auxílio de seu secretário Luiz Antônio da Silva (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 267).

Com a expansão da epidemia de Aids, a Unidade de Saúde ficou pequena para a demanda, resultando na busca por um espaço próprio. Antes de ser estabilizado, o grupo foi retirado de duas casas alugadas em função do preconceito por parte dos proprietários e da vizinhança, ao conhecerem a natureza de quem ocupava o imóvel

(TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 268-269). O Paravidda se estabilizou em um lugar ocioso do governo do Estado do Pará em 1994, localizada em um bairro periférico de Belém chamado jurunas, que até hoje (2022) abriga o grupo (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 267).

Assim, o grupo foi se constituindo como Casa de Apoio que a princípio tinha a coordenação formada, em sua maioria, por pessoas que viviam com o HIV e o objetivo de acolher não só crianças, mas “temporariamente pacientes adultos que vinham do interior para exames médicos ou que estavam em recuperação após alta hospitalar” (TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015, p. 270), mas em decorrência da discriminação, alguns homossexuais e crianças de pais com HIV que morriam, passavam um bom tempo residindo no espaço.

No Capítulo I do primeiro Estatuto- de 1992- é apresentado o nome, sede e os objetivos da entidade. Em resumo, as finalidades das ações do Paravidda em Belém estavam em torno da Assistência ao indivíduo com HIV e Integração. Sobre o primeiro aspecto destaca-se que o grupo desejava complementar as ações de saúde pública, atuar com ações sobre prevenção, controle da doença e disseminação de informações, promover atividades que visasse o equilíbrio emocional e saúde mental. (Estatuto, *Capítulo I. Do Ano, Sede, Objetivo e Duração*, 1992, p. 1). As ações de integração tinham o objetivo de romper com o isolamento que as pessoas com Aids viviam naquele contexto, fruto dos estigmas constituídos em torno da doença; tinham o objetivo de mostrar que ainda faziam parte da sociedade como um cidadão vivo, distanciando-se da imagem de uma pessoa que aguarda apenas pela morte (Estatuto, *Capítulo I. Do Ano, Sede, Objetivo e Duração*, 1992, p. 1-2).

O estatuto de 1992 foi aprovado em uma Assembleia realizada no dia 27 de Janeiro de 1992 cuja composição foi de 33 pessoas (Livro de Atas, *Assinaturas de presença na Assembleia Geral de Constituição do Grupo Paravidda*, 27 jan. 1992, p. 1-2). O livro de atas sobre as reuniões entre 1992-1996 fornece um indicativo da quantidade de pessoas que frequentavam as Assembleias, sendo formadas por homens e mulheres, em média entre 20 a 30 pessoas.

O perfil delas ainda precisa ser detalhado a fim de discutir questões relativas à composição para não criar uma imagem homogênea do grupo.

O Paravidda desde sua idealização em 1986 e sua oficialização em 1992 estava inserido em um contexto de luta em todo o Brasil por grupos organizados formados majoritariamente por setores sociais mais atingidos pela doença na década de 80, quando a Aids foi associada apenas ao denominado “grupo de risco” formado por homossexuais, bissexuais, mulheres prostitutas, hemofílicos e pessoas que utilizavam drogas injetáveis. (DANIEL; PARKER, 2018; NASCIMENTO; VIANNA, 2013; PERLONGHER, 1986). A Aids, portanto, foi naturalizada e propagada nos discursos presentes nas mídias como uma doença que era produto da suposta “promiscuidade” do homossexual, ou seja, só era um risco para aqueles que estivesse inserido nesse grupo (DANIEL; PARKER, 2018; NASCIMENTO; VIANNA, 2013). Termos como “Câncer gay” foram apontados para os primeiros casos no Brasil, assim como uma narrativa de associação da doença com a “morte” de uma forma sensacionalista e aterrorizante (DANIEL; PARKER, 2018). Com a ampliação dos casos no Brasil na década de 80, outros grupos sociais também passaram a ser alvo de formulações discursivas que fomentavam a narrativa de serem eles- os grupos de risco- os culpados pela disseminação, sendo a Aids uma consequência “natural” de suas “condutas imorais” (DANIEL; PARKER, 2018). A exemplo disso foram as mulheres prostitutas, que os jornais apontavam que a Aids se relacionava com sua “vida sexual ativa” (DANIEL, PARKER, 2018; SILVEIRA NETO, 2014). A Aids, portanto, não foi apenas um fenômeno biológico, mas também alvo de leituras da sociedade.

O artigo de Lopes e Reis Castro (LOPES; REIS CASTRO, 2019) nos faz ampliar a discussão sobre as doenças não constituírem apenas sua natureza biológica. A relação vírus-mosquito e sociedade referente à febre amarela na primeira metade do século XX se alinhavam com a percepção de que ela era um entrave à modernidade, sendo o mosquito uma barreira para

políticas como o “branqueamento”, já que a febre amarela afastava o estabelecimento do branco europeu no Brasil. Com o advento do vírus da dengue, foram levantadas discussões referentes à negligência dos governos para a saúde da população menos abastada, aspectos em relação a saneamento básico e formação de associação de moradores que acionavam a imagem do mosquito e da doença para reivindicar melhoras na saúde. Já o vírus da Zika, levantou discussões sobre aborto e direitos das mulheres sobre o próprio corpo.

Diante disso, mesmo que Lopes e Reis Castro (LOPES; REIS CASTRO, 2019) trabalhem os diferentes aspectos sociais que o vírus e o mosquito se relacionam para apontar as transformações de identidade do mosquito a partir dos diferentes vírus, essas discussões são importantes para compreender que os vírus e as doenças causadas por eles se entrelaçam com a sociedade e suscitam diferentes medidas. Nesse sentido, o vírus HIV e a Aids também se relacionou com aspectos sociais e provocou respostas de vários setores, como as Ongs formadas para lutar contra as representações que acionavam preconceitos já existentes e também reivindicar políticas de saúde em relação à doença. Lutar por questões de saúde em relação a Aids, portanto, era também combater preconceitos direcionado à sexualidades e às séries de representações que já foram indicadas no balanço historiográfico no início do texto.

Dentro disso, as finalidades do Paravidua demonstravam a preocupação de combater as imagens que foram cristalizadas sobre a Aids ao longo dos anos 80, sobretudo a relação entre Aids e morte, que resumia o indivíduo a um ser passivo que estaria apenas aguardando seu óbito. No capítulo I do estatuto são elencados alguns objetivos que centralizam a importância do estabelecimento de vínculos entre a pessoa portadora do HIV e atividades que denotam a continuidade da vida, a partir da ideia de integração. Essas características são apontadas em seu estatuto de 1992:

- a) Promover a Integração dos portadores do HIV/ Aids entre si e com seus familiares amigos em âmbito Nacional e internacional;

f) Mostrar ao indivíduo portador do vírus HIV a importância de continuar ligado à vida, ativamente, desfrutando de sua família, amigos e de seus direitos como cidadão;

m) Buscar integração com diversos grupos de apoio, a portadores do vírus HIV; (Estatuto, *Capítulo I. Do Ano, Sede, Objetivo e Duração*, 1992, p. 1-2)

As finalidades que estão presentes nos objetivos das ações do Paravidda fornecem elementos para pensar que promover saúde às pessoas com HIV ou Aids era também romper com seu isolamento social, fruto de um processo de estigmatização. Uma reportagem do dia 22 de junho de 1992 concedida ao jornal *Diário do Pará*, os representantes do Paravidda reafirmam o que está em seu estatuto:

o preconceito social faz com que as vítimas do HIV alimentem cada vez mais a preocupação com a morte, em detrimento dos prazeres da vida [...]. O GPV defende exatamente o contrário: [...] Portanto, queremos que os portadores do vírus da Aids continuem trabalhando e amando normalmente, independente da morte. (Paravidda faz integração dos portadores do HIV. *Diário do Pará*. Folha Local. 22 jun. 1992).

Esses aspectos se articulavam com propostas de outras ONGs espalhadas pelo Brasil, como a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids criada em 1987 pelo sociólogo Herbert de Souza; e o grupo Pela Vidda, constituído por Herbert Daniel em 1989 a partir de seu diagnóstico positivo ao HIV (GREEN, 2018, p. 304; 314-315). Nessas duas ONGs, Herbert Daniel foi importantíssimo para a propagação de alguns artigos nos boletins da ABIA, onde também criticava a forma como a mídia apresentava a doença e o vírus. Com o diagnóstico de Herbert Daniel, seu ativismo se materializava em sua própria postura para defender as estratégias principais no combate a doenças: mostrar para a sociedade que mesmo estando com Aids, era ativo e continuava tendo direitos como qualquer cidadão, rejeitando “as imagens negativas identificadas com a expressão ‘aidético” (GREEN, 2018, p. 331). O Pela Vidda possuía propostas semelhantes ao Paravidda criado em 1992, mas até o momento não foi rastreado comunicações entre os grupos desde sua criação até 1996.

O Grupo Paravidda, ao apontar que uma das dimensões de suas ações era o combate aos estigmas em torno da Aids, insere-se em um movimento que ocorria nacionalmente pelo rompimento dessas representações sobre a doença. O aspecto social aqui apontado como participante desse processo de mudança são as ONGs constituídas por pessoas que foram alvos dessas imagens do HIV, tendo ou não o vírus ou a doença.

Historicamente outras doenças passaram por mudanças de representações. Araujo Neto e Teixeira (ARAUJO NETO; TEIXEIRA, 2017) mostram como o conhecimento médico sobre o câncer no Brasil se articulou com elementos sociais do contexto e alteravam o enquadramento da doença. Os discursos dos médicos brasileiros, nas primeiras décadas do século XX relacionavam o câncer com civilizações europeias, sendo um “problema estrangeiro” e “branco”, mas que devia ter atenção das autoridades brasileiras. Esse enquadramento social do câncer mudou a partir do desenvolvimento de estudos médicos na área e criação de grupos direcionados ao câncer no Brasil, que se articularam em um contexto onde combater doenças e investir em saúde indicava desenvolvimento industrial e progresso, assim as ações contra o câncer indicavam o grau de desenvolvimento do país. Essas relações com grau de civilização e desenvolvimento industrial e socioeconômico estavam vinculadas à ideia de formação de um Estado Nacional brasileiro sempre pautado de noções europeias. Na ditadura militar, os médicos passaram a associar a doença ao subdesenvolvimento, sendo as desigualdades ao acesso a serviços médicos e condições de determinadas regiões brasileiras suscetíveis ao desenvolvimento de certos tipos de câncer para, assim, aponta-lo como problema de saúde pública. Portanto, a doença foi enquadrada a partir da atuação dos médicos junto à uma série de conexões com elementos de interpretações sobre a sociedade brasileira.

Essa reflexão fornece elementos para entender o Paravidda como parte do enquadramento da Aids em Belém, assim como a discussão que Araujo Neto e Teixeira (ARAUJO NETO; TEIXEIRA, 2017) aplicaram na percepção sobre o câncer. Assim,

o Paravidda se constituiu como canal importante para levar essas ideias para um público marcado pela dificuldade ao acesso à informação, visto que a maior parte das pessoas que procuravam a ONG tinham dificuldades econômicas ou era do interior do Estado. Não esquecendo que estava junto de um contexto de mobilização de outras ONGs na cidade como O Gapa-PA, Gempac, MHB e dentro de um contexto nacional de movimentações (TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015, p. 171-203, 267-274).

Outro aspecto que estava nas finalidades das ações do Paravidda era a Assistência às pessoas com o vírus na cidade de Belém. Isso é resumido no seguinte trecho: “p) desenvolver trabalhos assistenciais em favor dos participantes portadores do HIV, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos, sem distinções de sexo, nacionalidade, cor, credo ou ideologia.” (Estatuto, *Capítulo I. Do Ano, Sede, Objetivo e Duração*, 1992, p. 2). Esses trabalhos assistenciais, partindo do estatuto, configurava-se em complementar ações de saúde pública, disseminando informações atualizadas sobre a doença, formas de controle, prevenção e apoio psicológico.

A fim de disseminar informações atualizadas sobre a doença, entre 1992 a 1996 o grupo participou de encontros promovidos por instâncias governamentais, sendo estadual ou municipal; participava também, em conjunto a outras ONGs, de ações no Dia Mundial Da Luta Contra A Aids na cidade de Belém. Uma reportagem do dia 02 de dezembro de 1992 expõe um evento realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) com apoio do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, no qual se uniu com ONGs:

fortalecer as atividades de prevenção de Aids em todos os níveis; inspirar um novo[...] empenho das comunidades em dar atenção aos portadores de HIV-Aids, suas famílias e seus amigos; ajudar a combater a negação, a discriminação e isolamento; facilitar a internação de todas as instituições comprometidas com a problemática da Aids. (Desmistificação do preconceito é luta contra a Aids. *Diário do Pará*. Folha Cidades, Caderno A, p. 11, 2 dez. 1992).

Em Dezembro de 1993, um seminário promovido pela secretaria municipal de saúde de Belém também foi composto

pelas ONGs para expor a importância de seus trabalhos na cidade (Desmistificação da Doença é tema discutido em seminário. *Diário do Pará*. Folha Cidades, Caderno A, 8 dez. 1993). Além de eventos em dezembro, o grupo também se unia à Secretaria de Saúde do Estado para levar informações no Carnaval de 1994. (Sespa faz campanhas de prevenção à Aids. *Diário do Pará*. Folha Cidades, Caderno A, 11 fev. 1994). A fim de entender as articulações entre o Paravidda e as secretarias de saúde em Belém, assim como a importância de seus objetivos dentro da estrutura de saúde direcionada à Aids, é necessário discorrer sobre algumas questões referente ao sistema de saúde em Belém.

Essa noção de ações conjuntas que estavam se constituindo em Belém foi uma faceta da implementação do SUS na cidade. A constituição de 1988 formalizou a saúde enquanto um direito do cidadão brasileiro, assim como a participação da sociedade na construção de políticas de saúde; aspectos que estavam na agenda do conjunto de reivindicações do Movimento Sanitário antes de 1988 (PAIM, 2009, p. 42). Dentro disso, as primeiras respostas à Aids no Brasil que ocorreram na década de 80 também iam na perspectiva a do direito à saúde, marcadas pela cobrança da posição do Estado brasileiro; a segunda fase de respostas à Aids foi de 1986 com a criação do Programa Nacional de DST/ Aids a 1990 com a mudança dos dirigentes do programa, sendo 1990 a 1992 uma fase marcada por falta de diálogo entre o governo federal e sociedade civil. De 1993 até 2003 as políticas públicas foram marcadas pelos empréstimos ao Banco Mundial a fim de efetivar as políticas de saúde voltadas para a doença. (VILLARINHO, 2013, p. 272).

Dentro de toda essa articulação de sociedade civil e governos Federais, Estaduais e Municipais; o Paravidda assumiu um lugar importante não só participando de eventos em conjunto com a esfera pública no Pará e outras ONGs; mas também como um espaço participante da melhoria da saúde das pessoas com HIV, escrito em seu estatuto como a “Assistência na melhoria emocional”. Para entender isso, é importante mencionar que foi criado um programa Estadual para a Aids em 1987 no Pará, concentrando os atendimentos

na Unidade Especializada de Aids e os internamentos no Hospital Universitário José de Barros Barreto para todos os municípios do Estado do Pará (TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015, p. 331). Os direcionamentos nacionais a partir de 1990 para a criação de um programa de capacitação para médicos, enfermeiros e assistentes sociais que trabalhavam com Aids passava por dificuldades para ser implementado no Pará; pois no hospital havia carência dessas três categorias (TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015, p. 333). A descentralização dos atendimentos para Aids no Estado foi se constituindo a partir de 1998, com a implantação de 21 Centros de Testagens em outros municípios, a construção da Casa Dia em 1999 para acompanhar os casos da cidade de Belém e a Unidade Especializada em Aids ficaria responsáveis por atender casos de outros municípios do Estado (TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015).

Dentro disso, nos anos analisados aqui (entre 1992 a 1996) o Paravidda pretendia pensar assistência que suprissem a centralização dos atendimentos no Hospital Barros Barreto e à Unidade especializada, sendo as ações do Paravidda ponto de partida para outros trabalhos.

Partimos, portanto, dos objetivos da Ong-Paravidda entre 1992 a 1996 em diálogo com a historiografia da saúde e das doenças para demonstrar que as finalidades escritas em seu estatuto estão articuladas com respostas sociais à Aids no Brasil, assim como a implementação do SUS e serviços públicos direcionados à Aids. Essas articulações são primeiros passos para argumentar que o Paravidda foi um agente importante na concretização das noções do SUS e da integração e assistência às pessoas que viviam com HIV em Belém, onde até 1998 apresentava apenas uma Unidade de Referência em Aids para todo o Estado.

Referências

AGUIAR JÚNIOR, Fernando Domingos de. *Imagens da doença, políticas da notícia: cenários e representações da AIDS na imprensa paraibana* (1980). Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2016.

ARAÚJO NETO, Luiz Alves; TEIXEIRA, Luiz Antonio. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan./abr. 2017.

BARATA, Germana Fernandes. *A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992)*. Tese (Doutorado em História Social). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

DANIEL, Herbert. PARKER, Richard. *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. Rio de Janeiro: ABLA, 2018.

DIAS, Cláudio J. P. A trajetória soropositiva de Herbert Daniel (1989-1992). Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

GREEN, James N. *Revolucionário e Gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão*. 1 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. Introdução. In: HOCHMAN, Gilberto. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 11-28.

LANDAU, Caroline. A Aids mudou de cara: memória coletiva e novas oportunidades para o ativismo da Aids no Brasil. *PLURAL*, São Paulo, v. 17, n. 2, pp.11-44, 2011.

LOPES, Gabriel, REIS-CASTRO, Luísa. A Vector in the (Re)Making: A History of *Aedes aegypti* as Mosquitoes that Transmit Diseases in Brazil. In: LYNTERIS C. (ed.). *Framing Animals as Epidemic Villains*. Medicine and Biomedical Sciences in Modern History. Palgrave Macmillan, 2019, p. 147-175

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anne Jackeline Torres. A doença Revelando a História. Uma Historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. *Uma História brasileira das Doenças*. Brasília: Paralelo, 2014.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; VIANNA, Eliza da Silva. “Nunca me senti tão Maldito”. O Estigma e a Epidemia de Aids no Brasil. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; VIANNA, Eliza da Silva. *Uma história brasileira das doenças*. v. 4. 1. Ed. Belo Horizonte: Pino Traço, 2013.

PAIM, Jairnilsom Silva. *O que é sus?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PERLONGHER, Nestor. *O que é Aids*. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

RAMOS, Lissandra Queiroga. *Da cara da morte para a cara viva da AIDS: a transição expressa nas campanhas do dia mundial de luta contra a AIDS (1989-*

2014). Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

SILVEIRA NETO, Adílio Luiz Da. *Nós e o que falavam de nós: subjetividades e discursos jornalísticos - HIV/AIDS em Criciúma (1986/1996)*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SOUZA, Ítalo Cristiano Silva e. *Por uma Epistemologia do Abjeto: A AIDS e o Regime de Verdade produzido pela Imprensa em Teresina na Década de 80*. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2014.

TEODORESCU, Lindinalva; TEXEIRA, Paulo Roberto. *Histórias da aids no Brasil: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. v. 2*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

VILLARINHO, Mariana Vieira [et. al.]. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 2, 2013.

VITIELLO, Gabriel Natal Botelho. *A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

“Insuficiente, dispendioso e pouco Científico”: a profilaxia da sífilis na Paraíba na década de 1930¹

Rafael Nóbrega Araújo²

Considerações iniciais

Na Paraíba, em 1930, o médico Antônio D’Ávila Lins³ ficou encarregado pelo governo estadual de redigir um relatório a respeito das necessidades da saúde pública do estado. Para tanto, o facultativo consultou a opinião de seus colegas da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba (SMCPB), que se reuniu em assembleia para dar um parecer nesse sentido. No entanto, uma das figuras de destaque da medicina Paraíba no período, o dr. Newton Lacerda⁴, tido como

1 O presente trabalho é um resultado adaptado da dissertação *O “terrível flagello da humanidade”: os discursos médico-higienistas e o combate à sífilis na Paraíba (1921-1940)* defendida no Mestrado em História da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), concluído em 2020, na condição de bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2 Doutorando em História pela Universidade Federal de Pernambuco - (UFPE), bolsista CNPq. E-mail: rafaelnobrega.araujo@ufpe.br

3 Médico natural da cidade de Areia, no brejo paraibano, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), em 1924. Foi comissionado Aspirante a Oficial Médico, servindo nos estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina. Em 1928, transferiu-se permanentemente para a capital da Paraíba, sendo nomeado médico da Assistência Pública, da Empresa Tração, Luz e Força e do Colégio Pio X, passando a figurar também no corpo técnico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Atuou ainda como médico no Hospital Colônia Juliano Moreira, Indústrias Reunidas F. Matarazzo e nos Institutos de Aposentadoria e Pensões Nóbrega (1979, p. 192-193).

4 Natural de Pernambuco formou-se em medicina pela FMRJ, em 1922. Aos formado, passou a exercer a profissão na Paraíba, onde foi nomeado por Acácio Pires, então chefe da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, como assistente no laboratório de pesquisas desta comissão, chefiado pelo médico Manoel Froes de Abreu. Após instalado na capital paraibana, abriu um consultório de clínica geral e um laboratório de análises clínicas, destacando-se nos campos da psiquiatria e tisiologia. Foi membro do Instituto Histórico e Geográfico Paraibano (IHGP), da Associação Paraibana de Imprensa, da SMCPB, da qual foi presidente e da Academia Nacional de Medicina. Foi um dos fundadores da Faculdade

“incontestavelmente um dos clínicos de maiores conhecimentos sobre o assunto em nosso meio” (PROPHYLAXIA, 1930, p. 2), não pode participar da reunião por questões de saúde. Diante disso, D’Ávila Lins, então, encaminhou uma carta para Newton Lacerda, pedindo as sugestões desse facultativo, ao passo que sua resposta epistolar teve seu conteúdo integralmente publicado na imprensa paraibana.

No entendimento de Newton Lacerda o tratamento para sífilis, que era então executado pelo Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, “relativamente á prophylaxia das doenças venéreas e syphiliticas o que temos executado é *insuficiente, dispendioso e pouco científico*” (PROPHYLAXIA, 1930, p. 2. [Grifos meus]). A crítica do médico no tocante à profilaxia da sífilis era no sentido de que:

de facto, pouco vale no combate às doenças venéreas a prophylaxia medicamentosa, feita isoladamente, sem a extinção dos focos de infecção e sem medidas para evitar o contágio da doença. Até agora tem só se tem cuidado de determinadas pessoas deixando-se, inteiramente, indefesa a colectividade. (PROPHYLAXIA, 1930, p. 2).

Interpretando o discurso do médico à luz da historiografia especializada na história da sífilis no Brasil, entendo que a carta do médico Newton Lacerda pode ser compreendida no bojo das críticas tecidas já no final da década de 1920 à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV). Segundo Sérgio Carrara a década de 1930 foi caracterizada por uma dupla radicalização da luta antivenérea, marcando uma:

demanda crescente por intervenções educativas mais amplas e por leis sanitárias e penais mais severas, incluindo-se entre elas, além do delito de contágio, o exame pré-nupcial, a notificação e o tratamento obrigatórios da doença e o isolamento dos doentes. Ao que parece, diante do ‘fracasso’ de uma intervenção profilática que se baseava sobretudo na generalização do tratamento médico, voltava à baila a adoção de medidas propriamente preventivas. (CARRARA, 1996, p. 246).

de Medicina da Paraíba em 1950, dirigindo-a posteriormente Nóbrega (1979, p. 178-179); Moura (1932, p. 6-7).

Somando-se às críticas feitas ao modelo adotado na luta antivenérea, tido como demasiado “brando” e “liberal”, o autor argumenta que com as reformas empreendidas durante o governo Vargas, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi substituído pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), subordinada ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), culminando na extinção da IPLDV afirmando que “a partir de então, do ponto de vista do governo federal, parece terem sido poucas as realizações notáveis”.⁵ (CARRARA, 1996, p. 270). Segundo o autor, a única grande iniciativa do governo federal nesse período pareceu ter sido a enorme conferência ocorrida em 1940: a 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis (CARRARA, 1996, p. 273). No Distrito Federal e em alguns estados foram organizadas iniciativas esparsas e mais ou menos isoladas, como no Rio Grande do Sul e em São Paulo.

A historiografia recente aponta para a possibilidade de analisar mais detidamente as experiências locais no enfrentamento à sífilis. São trabalhos como os de Ricardo Batista (BATISTA, 2017), Silvia de Ross (ROSS, 2017), Luiza Helena Amador (AMADOR, 2015) dentre outros⁶ que contribuem para ampliar a compreensão da luta antivenérea no Brasil a partir das experiências estaduais ou locais. Nesse sentido, pensando a partir das considerações do médico Newton Lacerda sobre o modelo de profilaxia da sífilis, tido como “insuficiente, dispendioso e pouco científico”, busco no espaço do presente trabalho analisar a constituição de políticas públicas no enfrentamento da sífilis no estado da Paraíba ao longo da década de 1930 no âmbito da reforma sanitária empreendida no governo Vargas, argumentando que, mesmo com o fim da IPLDV, as ações de combate à sífilis tiveram continuidade no estado.

5 Dentre as poucas e esparsas realizações mencionadas pelo autor, cita-se a instalação do Serviço Antivenéreo das Fronteiras entre 1936 e 1938 Carrara, (1996, p. 270-271).

6 Ver também: Cavalcante (2003); Marques (2004); Chaves (2019); Odia (2019) e Mariano (2020).

Reforma sanitária no governo Vargas e a profilaxia da sífilis na Paraíba

O acordo entre o Governo da Paraíba e o Governo Federal para a execução dos serviços de Profilaxia e Saneamento Rural foi assinado em 13 de dezembro de 1920 para a realização, dentre outros, do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. O contrato com a União foi renovado por duas ocasiões; a primeira em 16 de julho de 1925, que estendeu os serviços até 31 de dezembro de 1928 (SUASSUNA, 1926, p. 137), enquanto a segunda renovou, em outubro de 1928, o contrato com o DNSP por mais três anos, com a verba de 571:080\$000 em cotas iguais distribuída em 504:000\$000 para o Serviço de Saneamento Rural e o 67:080\$000 para a Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SUASSUNA, 1928, p. 50). Estes serviços tiveram funcionamento mais ou menos regular (em virtude da supressão de alguns postos, como o de Cabedelo⁷) até 1927.

Conforme Silvera Vieira de Araújo (ARAÚJO, 2016, p. 289), no final da década de 1920 “os problemas financeiros se tornaram mais frequentes e influíram decisivamente nas limitações da instituição, com o fechamento de postos e a demissão de funcionários”. Ainda de acordo com a autora, durante o governo Washington Luís (1926-1930) ocorreu um retrocesso nas políticas de saúde e saneamento do DNSP, ocasionando um corte de verbas destinado ao departamento que na Paraíba foi agravado por questões político-partidárias, uma vez que João Pessoa, então presidente do estado, negou apoio à candidatura de Júlio Prestes na sucessão presidencial de 1930, sendo candidato a vice-presidente na chapa de oposição juntamente com Getúlio Vargas da Aliança Liberal. Esta configuração política implicou “na rescisão do contrato de cooperação entre o estado e a União para a execução dos trabalhos da Comissão de Saneamento e Profilaxia” (ARAÚJO, 2016, p. 290).

7 Cf. Suassuna, (1928, p. 50-51). Sobre os serviços mantidos pela Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural da Paraíba, a nova denominação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, até o ano de 1927, Araújo, (2016, p. 284-285).

Para a historiadora Cláudia Maria Ribeiro Viscardi, 1930 não marcou uma ruptura com o pacto oligárquico, ao contrário, a Revolução se deu no sentido de retomar os princípios do chamado “velho” arranjo político, que de acordo com a retórica golpista teria sido desbaratado pelas oligarquias paulistas ao romper o equilíbrio de poder “que a República se constituía com base na formulação do consenso entre parceiros desiguais, cujo potencial de intervenção era proporcional a sua força política e ao potencial econômico de cada um” (VISCARDI, 2019, p. 316).

É importante ressaltar que o período iniciado em 1930, no mais das vezes interpretado no sentido de uma ruptura com o passado, na criação e institucionalização de políticas sociais e de centralização estatal, foi herdeiro do processo iniciado na Primeira República de construção do Estado a partir da ampliação da presença do governo federal no interior do país, especialmente no âmbito da saúde pública, incorporando a bandeira do saneamento e reelaborando-a no projeto político-ideológico do governo, visto como um dos legados da era do saneamento (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2013).

No que se refere à saúde pública, a tendência institucional de centralizar as ações e a gestão na esfera do governo federal se deu a partir de uma concepção desvinculada da ideia de direito, que imprimiu à saúde pública a atribuição unilateral do Estado, excluindo o processo de decisão da população beneficiária. Sobre o processo de constituição de políticas públicas durante a Era Vargas, Fonseca (FONSECA, 2007, p. 29) afirmou que não houve um deslocamento nas políticas públicas de saneamento que vinham sendo implementadas desde a década de 1920, enfatizando que todo processo de institucionalização depende de estruturas legadas por estruturas anteriores. Segundo a autora, não houve rompimento com o que vinha sendo empreendido na área de saúde pública, mas sim uma incorporação das instituições e dos agentes desse processo a construção do Estado nacional que fora definido para o Brasil, norteadas a partir da normatização e centralização das ações sanitárias ao governo federal. Segundo a autora, a política de saúde

pública em 1920 antecipou algumas orientações políticas que seriam enfatizadas após 1930 como, por exemplo, a ênfase nas endemias rurais e a preocupação com a presença do Estado no interior do território nacional. Algumas dessas endemias foram enfocadas em detrimento de outras, o que culminou, com a Reforma de 1941, na criação dos serviços nacionais para as respectivas endemias, quais sejam: tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais (FONSECA, 2007, p. 51).

Conforme observou Ricardo dos Santos Batista (BATISTA, 2017, p. 172-174), a sífilis figurou fora do rol das doenças prioritárias em nível nacional como alvo do controle e combate das ações do MESP na década de 1930. Essa constatação levou à percepção anteriormente referida de Sérgio Carrara (CARRARA, 1996, p. 270) de que, com a extinção da IPLDV em 1934, foram poucas as iniciativas do governo federal no que tange à luta antivenérea no Brasil. Contudo, conforme verificado na documentação consultada, a experiência paraibana do enfrentamento à sífilis é reveladora da continuidade das ações sanitárias por parte do governo estadual.

A reforma sanitária ocorrida em diferentes momentos no governo de Getúlio Vargas, estava intrinsecamente ligada à instabilidade política que caracterizou o cenário político no Brasil entre 1930 e 1945, oscilando conforme a indefinição política que marcava o panorama nacional. Durante os anos de instabilidade durante o Governo Provisório, quando ocorreram diversas substituições à frente do MESP, na tentativa de reconstituir as finanças do país, estremecida pela crise econômica no cenário internacional e um déficit orçamentário crescente, os primeiros anos que se seguiram ao movimento revolucionário foram marcados por corte de verbas imposto à área da saúde (FONSECA, 2007, p. 116-118). Assim, na busca por construir um aparato técnico-burocrático de administração, a União recorreu ao apoio financeiro dos Estados, para que os governadores assumissem as despesas com a saúde pública, suspendendo verbas designadas para os serviços de profilaxia rural (FONSECA, 2007, p. 119).

A Paraíba, no entanto, parece não ter sido afetada por estes cortes orçamentários. O jornal *A União*, publicou uma comunicação do ministro da Educação e Saúde Pública, Francisco Campos, dirigida aos interventores na qual informava que “à vista das agudas dificuldades financeiras do momento, o Governo Provisório deliberou suspender os serviços de prophylaxia rural, da lepra e doenças venéreas que vinha mantendo nesse Estado, até a reorganização geral da Saúde Pública” (O MINISTÉRIO, 17 dez. 1930, p. 8). Mas segundo informou o jornal:

a Parahyba não foi atingida pelo acto a que nos referimos, pois quando o ex-ministro Vianna Castello pretendeu fazer a política do Catete na repartição de saneamento da Parahyba, o presidente João Pessoa rescindiu o contrato de cooperação. Os serviços de prophylaxia rural passaram, então, a serem custeados pelo Estado. E até hoje o tem sido. (O MINISTÉRIO, 1930, p. 8).

A política do Catete a que se refere o jornal, órgão oficial do estado, alude às interferências federais no âmbito da saúde pública por ocasião da negativa de João Pessoa em apoiar o candidato da situação na sucessão presidencial de 1930. Conforme afirma o jornal, os serviços que antes estavam sob o encargo da União passaram a ser assumidos pelo executivo estadual. Como amostra dos serviços executados, observe-se a tabela abaixo:

Tabela 1: Movimento de pessoas matriculadas por na Diretoria Geral de Saúde Pública (1933)

Doenças	Pessoas matriculadas
Verminoses	12.243
Impaludismo	10.028
Sífilis	3.477
Outras doenças venéreas	508
Bouba	3.208
Leishmaniose	19
Tracoma	120
Tuberculose	1.418
Lepra	4
Outras doenças	6.047
Total	37.072

Observando a tabela, percebe-se que mesmo com as dificuldades financeiras houve um incremento no número de doentes matriculados nos serviços da Diretoria Geral de Saúde

Pública em relação aos últimos dados da estatística sanitária anual da década anterior: foram 37.072 pessoas matriculadas em 1933 contra 24.706 matriculadas pela Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural da Paraíba em 1928, em um momento de cortes de verbas e supressão de postos profiláticos (SUASSUNA, 1928, p. 51).⁸ Do total de matriculado, 3.477 pessoas foram diagnosticadas com sífilis, o que representou uma pequena baixa em relação à média de doentes matriculados para o triênio de 1925, 1926 e 1927, que foi de 3.763 (ARAÚJO, 2021, p. 136).

O problema da sífilis e das doenças venéreas continuava a despertar as preocupações das autoridades sanitárias, como em finais na década anterior. Em relação à sífilis e as doenças venéreas o dr. Walfredo Guedes Pereira, diretor geral da Saúde Pública, em Relatório apresentado Secretário do Interior e Segurança Pública, correspondente ao ano de 1933, afirmou o seguinte:

Sífilis e moléstias venéreas: – Continuam ao lado da tuberculose sendo as principais responsáveis pelo definhamento da população e a maior mortalidade. Os postos e centros de saúde vivem sempre com excessiva matrícula em relação ao que podemos despender. (PEREIRA, 1934, p. 14. [Grifos do autor]).

O diretor geral da Saúde Pública se queixa de não conseguir realizar o serviço necessário nos postos e centros de saúde em vista da quantidade excessiva de doentes matriculados, que excediam o que os serviços poderiam despender. Contudo, conforme se verifica na tabela abaixo que compara os dados relativos à medicação antissifilítica, se pode notar um aumento sensível nas suas aplicações ao longo dos anos:

Tabela 2: Medicações aplicadas contra a sífilis e outras doenças venéreas na Paraíba (1926, 1927, 1928 e 1933)

Doença/ano	1926	1927	1928	1933
Sífilis	18.301	29.731	34.422	34.105
Outras doenças venéreas	9.721	12.499	17.414	-

⁸ Apesar desse dado para o ano de 1928, no ano anterior, momento em que a Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural da Paraíba atingiu sua maior amplitude, registrou-se um movimento de 54.921 pessoas matriculadas e 38.415 em 1926. Cf. Suassuna (1926, p. 138); Suassuna (1927, p. 115).

Outras doenças venéreas, inclusive a sífilis	-	-	-	18.075
Total	28.022	42.230	51.836	52.180

Comparando os dados disponíveis para os anos supracitados, pode-se perceber o aumento substancial que ocorre ao longo dos anos em relação à medicação antissifilítica aplicada. É importante salientar que no ano de 1933 foi mantida a média de medicações utilizadas, mesmo não contando com a subvenção federal que, embora precária, ainda existia em 1928.

O orçamento previsto para subvenção estadual da Diretoria Geral de Saúde Pública para 1933 foi de 842:430\$000, dos quais uma cota 379:560\$000 estava destinada a gastos com os funcionários e outra cota de igual valor destinado para aquisição de material, asseio e manutenção dos serviços sanitários (DECRETO, 1933, p. 8-9). A respeito da verba destinada à Saúde Pública, o diretor geral se expressava com pesar “pelo modo como ainda são encarados, em plano secundário, os serviços para manter perfeito o mais importante patrimônio que nos foi legado: – a saúde.” (PEREIRA, 1934, p. 8).

No final do Governo Provisório, o MESP estava no início de um processo de reestruturação administrativa que não teve o tempo de vigência necessário para sua consolidação, cujo quadro de instabilidade e substituições no cargo ministerial “que caracterizou os quatro primeiros anos de existência do ministério mudaria substancialmente a partir de julho de 1934, quando Gustavo Capanema tomou posse como o novo e principal gestor da área de educação e saúde” (FONSECA, 2007, p. 127).

Durante sua gestão à frente do MESP, Gustavo Capanema (1934-1945) propôs a reformulação da estrutura institucional do ministério, cujas diretrizes buscavam ampliar a ação federal nos estados, até então concentradas no Distrito Federal, demonstrando “as intenções, por parte do governo federal de construir uma política pública de saúde de âmbito nacional por meio da reformulação e ampliação dos serviços existentes” (FONSECA, 2007, p. 145). No entanto, conforme Cristina Fonseca, alguns movimentos tendentes a “uma maior uniformização e coordenação dos serviços de saúde

já vinham sendo feitos antes da aprovação da reforma de Gustavo Capanema, em janeiro de 1937”, pois que alguns estados já estavam realizando reformas, ainda que de modo parcial, nos seus serviços sanitários desde 1931 (FONSECA, 2007, p. 189).

A Paraíba reformou seus serviços sanitários mediante a aprovação na Assembleia Legislativa e a sanção do governador Argemiro de Figueiredo (1935-1940), eleito de maneira indireta pelo legislativo, e mantido no cargo mesmo após o golpe do Estado Novo, da Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935, que reformava os serviços sanitários do Estado (LEI n. 54, 09 jan. 1936, p. 4). Os serviços sanitários seriam executados com regulamento próprio pela Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), distribuídos conforme o organograma a seguir, dividido em vinte e sete seções, os serviços sanitários da Paraíba passariam a atuar distribuídas em: Serviços Gerais do Estado; Serviços da Capital e Serviços do Interior.



Imagem 1: Organograma dos serviços de saúde na Paraíba, a partir da Reforma de 1935.

Fonte: Organograma confeccionado pelo autor com base nas determinações contidas na Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935

A reorganização dos serviços sanitários ficou a cargo do médico sanitarista Otávio de Oliveira⁹, que em entrevista ao jornal

⁹ Paraibano de Itabaiana formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) em 1919. Especializou-se em Higiene e Malariologia no Instituto Oswaldo Cruz. Em 1935, durante o governo de Argemiro de Figueiredo, assumiu a direção do Diretoria Geral de Saúde Pública da Paraíba Nóbrega (1979, p. 233-234).

A *União* afirmou ser a sua preocupação “de fazer na Parahyba sobre o ponto de vista de saúde pública, o mesmo que se tem procurado fazer em alguns estados da União, isto é, uma reforma dentro dos nossos moldes e adequada às possibilidades de nosso estado” (A REFORMA, 1935, p. 1). Para realizar o plano de ação organizado, o dr. Otávio de Oliveira explicou a reorganização do serviço nos seguintes termos:

a primeira referente a serviços sanitários no Estado. A outra a serviços propriamente da capital. A terceira, finalmente, a serviços no interior do Estado. Quanto aos primeiros, muito embora esses serviços sanitários no interior do estado tenham o seu quartel general ou sua instalação nesta capital, a irradiação de suas atividades far-se-á sentir em todo o Estado. Os serviços de interesse próprios da capital irão integrar o ‘Centro de Saúde de João Pessoa’, que será uma organização sanitária complexa, de acordo com os problemas sanitários, igualmente complexos da capital. (A REFORMA, 12 dez. 1935, p. 1).

Baseada no plano de ação sanitária traçado por Otávio de Oliveira, segundo o Art. 3, § 3º da Lei n. 54, os serviços no interior seriam atendidos por Postos de Higiene permanentes ou itinerantes, “cujas actividades, composição e localização serão orientadas pela tarefa a realizar e pelas significações econômica e nosographica regionais”. A Lei previa ainda em seu Art. 8º que as atribuições desses Postos de Higiene deveriam ser, tanto quanto possível, as mesmas do Centro de Saúde, “reduzidas, entretanto, ao seu plano geral, às proporções dictadas pelas conveniências locais” (LEI N. 54, 9 jan. 1936, p. 4). Nesse sentido, a legislação fixava que nos Postos de Higiene espalhados pelo estado também deveria ocorrer a profilaxia da sífilis. Ou seja, estes serviços iriam realizar, basicamente, os mesmos serviços realizados no Centro de Saúde da Capital, porém, limitados às circunstâncias locais onde fossem instalados.

Se na década de 1920 funcionou o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, com o novo serviço, a sífilis aparecia em relevo já na denominação do serviço. A reforma sanitária na Paraíba conferiu à sífilis um caráter específico, retirando-lhe da generalização das doenças venéreas e, portanto, estabelecendo uma diretriz distintiva no tratamento da sífilis em detrimento

daquelas doenças, com o serviço passando a se chamar Serviço de Profilaxia da Sífilis, Doenças Venéreas e Lepra, o que por si só já atesta a especificidade da profilaxia realizada contra essa doença.

Com base na Lei nº 54 de 13 de dezembro de 1935, o Art. 12 previa que cada Posto de Higiene teria sua “zona de jurisdição perfeitamente estabelecida”, levando em conta a facilidade de comunicação dentro da qual teria que agir quando se fizessem presentes problemas sanitários relevantes. Além da centralização dos serviços em um único espaço, a partir do modelo de Centros de Saúde, a reforma estabelecia a direção única do diretor de saúde pública, na ocasião assumido pelo dr. Otávio Oliveira. A reforma sanitária na Paraíba seguiu, portanto, as diretrizes nacionais que norteavam as políticas no âmbito da saúde pública, conforme destacado por Fonseca (FONSECA, 2007), em relação à centralização das ações sanitárias, a burocratização e sistematização da administração da saúde pública e a especialização dos profissionais que atuavam no serviço.

O jornal oficial do estado urgia, mais uma vez, em enfatizar as realizações do governo executivo estadual. Na edição comemorativa aos dois anos da administração de Argemiro de Figueiredo, os redatores do jornal enaltecem o que até então vinha sendo desempenhado em relação à saúde pública. O jornal *A União* afirmou que da Lei nº 54 de 13 de dezembro de 1935:

derivam a manutenção prudente de serviços indispensáveis; a ampliação e reforma de outros, cujo desdobramento era um imperativo categórico; a agitação de actividades novas, reclamadas pela moderna technica sanitária; todas ellas orientadas no sentido superior humanitário do bem estar colectivo, conduzidas pelas tendências nacionaes cada vez mais pronunciadas e relevantes de um aprimoramento das organizações de saúde pública. (DIRECTORIA, 25 jan. 1937, p. 7).

Por um lado, ficou evidente a relação entre o movimento reformista no campo da saúde que passou a se processar na Paraíba em consonância com as mudanças que estavam sendo gestadas em nível nacional. De outro, que a reforma aproveitou muito da

estrutura da década anterior, fazendo a manutenção dos serviços então existentes, ampliando-os e reformando-os.

Na Mensagem do Interventor Argemiro de Figueiredo apresentada à Assembleia Legislativa em 01 setembro de 1937, publicada integralmente no jornal *A União*, foram expostos dados estatísticos referentes aos trabalhos executados pela Diretoria Geral de Saúde Pública da Paraíba, que nos permitem observar as ações da reforma sanitária, vejamos:

Tabela 2: Relação dos trabalhos executados no serviço de profilaxia da Sífilis, das Doenças Venéreas e da Lepra do Centro de Saúde da Capital e nos Postos de Higiene do Interior (1º Semestre de 1937)

Cidade	Pessoas matriculadas ¹⁰	Injeções arsenicais	Injeções mercuriais	Injeções ioduradas	Injeções bismutadas
João Pessoa	923	1.201	332	634	7.079
Cabedelo	810	984	788	-	1.900
Mamanguape	1.473	581	465	272	921
Guarabira	2.460	-	-	-	916
Bananeiras	439	350	174	231	341
Alagoa Grande	3.278	162	65	49	1.128
Areia	1.896	388	441	33	452
Itabaiana	2.554	892	368	152	446
Campina Grande	2.896	1.751	2.627	-	3.237
Patos	1.912	199	357	-	476
Cajazeiras	331	290	239	267	183
Total	18.972	6.762	5.856	1.638	17.079

Com a reforma sanitária, ao todo, foram instalados dez Postos de Higiene sediados em: Cabedelo, Mamanguape, Guarabira, Bananeiras, Alagoa Grande, Areia, Itabaiana, Campina Grande, Patos e Cajazeiras. Vale salientar, que se trata de localidades nas quais na década anterior já se tinha instalado Postos de Higiene ou Sub-postos, mas que, todavia, decorrente das dificuldades orçamentárias foram suprimidos. Ao todo, 18.972 pessoas estavam inscritas nos Postos de Higiene das respectivas cidades. É preciso dizer, contudo, que a quantidade de matrículas nos postos não corresponde ao total de pacientes sífilíticos. Nos dados presentes na documentação consultada, doentes com verminoses, impaludismo, boubá, tuberculose,

10 Com exceção da cidade de João Pessoa, os dados para as demais cidades não especificam a doença da pessoa matriculada nos Postos de Higiene.

variola, sífilis e outras doenças venéreas foram registrados sob a mesma rubrica: “pessoas inscritas”. Mas a julgar pela quantidade despendida de medicação específica para a sífilis, é possível supor que o número de doentes sífilíticos fosse elevado. Além disso, com base nos dados expostos, é possível notar a mudança significativa ocorrida na terapêutica da sífilis. As injeções mercuriais e arsenicais que predominavam no tratamento da doença na década de 1920, cederam lugar ao bismuto.

Na década de 1930, portanto, a sífilis continuou como alvo de combate por parte dos discursos médicos. As políticas de saúde pública gestadas com a reforma sanitária realizada na administração de Argemiro de Figueiredo vieram intensificar e sedimentar o enfrentamento da doença. Além da mudança terapêutica, a década de 1930 marcou não somente o aumento no número de doentes atendidos, como também a expansão do serviço de profilaxia a partir da instalação dos Postos de Higiene, expandindo a quantidade de cidades que realizavam a profilaxia da sífilis.

A década de 1930 ainda foi marcada por uma especificidade em relação à década anterior: a instalação de um Dispensário Noturno Antivenéreo. Em um contexto pautado pelo discurso da política varguista para a formação de um novo homem e de uma nova nação a partir do trabalhismo (GOMES, 1999, p. 55), foi organizado em 1938 o primeiro serviço dessa natureza no estado. Cujos objetivos eram promover a profilaxia da sífilis para os trabalhadores que possuíam uma jornada de trabalho diurna, conforme exposto pelo jornal *A União* ao afirmar que o “o governo acaba de instalar um serviço de grande alcance social, o dispensário anti-venéreo noturno onde se tratam os operários que de dia ganham o pão, talvez o único do país.” (OS SERVIÇOS, 25 jan. 1938, p. 1).

Exageros à parte do jornal oficial, pois já havia serviços dessa natureza em outros estados da Federação, para outro periódico da cidade, a importância social de um serviço como esse residia no benefício que prestava às classes proletárias da cidade, visto que:

estes homens do trabalho quotidiano, quando adoentados, não podem ir ao Centro de Saúde três vezes por semana ao menos para fazer tratamentos. Si fossem abastados, descansariam, fariam estações d'água, etc. Sendo homens pobres, ganham o pão ao sol e se medicam as primeiras horas da noite. (POSTO NOTURNO, 10 maio 1938).

Tais discursos são reveladores da política do Estado varguista que via na promoção do homem brasileiro, na defesa do desenvolvimento econômico e na ordem social do país “os objetivos que se unificavam em uma mesma e grande meta: transformar o homem em cidadão/trabalhador, responsável por sua riqueza individual e também pela riqueza do conjunto da nação” (GOMES, 1999, p. 55).

Para tanto, o Dispensário Noturno Antivenéreo tinha uma dupla finalidade: uma preventiva e outra curativa. Segundo o jornal *A União* este serviço:

como preventivo, facilita aos indivíduos de qualquer classe, a desinfecção que o previne contra doenças venéreas, desinfecção esta que dever ser feita, para a sua própria eficiência, dentro de um período de seis horas. Na parte curativa, o serviço é extensivo aos funcionários, comerciários, soldados e operários, reconhecidamente desprovidos de recursos. É preciso ficar claro que para o tratamento preventivo, o Dispensário é aberto a todos, sem distinção, gratuitamente, porém, para o tratamento de cura, somente terão direitos os que forem necessitados. (O DISPENSÁRIO, 22 dez. 1938, p. 3).

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

Segundo o relatório apresentado pelo dr. Giacomo Zaccara,¹¹ chefe do serviço, 591 trabalhadores de diversas

11 Médico formado pela FMRJ. Nos anúncios publicados no jornal *A União*, o dr. Zaccara afirmava ter sido “ex-interno dos serviços do prof. [Alcindo de Figueiredo] Baena na S. Casa, do prof. Belmiro Valverde na Polyclínica Geral do Rio de Janeiro, na Fundação

profissões compareceram ao Dispensário Noturno Antivenéreo entre janeiro de 1939 e agosto de 1940, dos quais 329, ou 55,73% tiveram diagnóstico positivo para a sífilis e outros 262, ou 44,18% apresentaram diagnóstico negativo para a presença de alterações sanguíneas provocadas pelo *Treponema pallidum*. Vale salientar que do quantitativo total de diagnósticos positivos, pacientes identificados como pertencente a classes de “operários” no relatório do médico, representaram 84 testes positivos, um total de 14,2% (ZACCARA, 22 set. 1940, p. 3). Ao menos dessa perspectiva, o serviço parece ter desempenhado o papel ao qual foi designado a cumprir, embora o médico chefe do serviço se lamentasse afirmar que grande parte dos doentes abandonava o tratamento antes de alcançar a propalada “cura”.

Considerações finais

Fundamentalmente, as fontes consultadas permitem trazer à tona as políticas públicas de saúde gestadas pela reforma sanitária durante a Era Vargas na Paraíba, apontando que as ações de combate à sífilis continuaram a ser executadas, mesmo sem um comando nacional na luta antivenérea. Desse modo, compreendo que estudar as experiências locais no enfrentamento desta moléstia possibilita ampliar o leque analítico sobre a sua história no Brasil e as nuances do processo de reforma sanitária.

Referências

Fontes

A REFORMA da Directoria de Saúde Pública. João Pessoa, *A União*, a. XLVIII, n. 277, p. 1, [s. d.].

DECRETO n. 355 de 31 de dezembro de 1932. João Pessoa, *A União*, a. XLI, n. 1, 1 jan. 1933, p. 8-9.

DIRECTORIA. Directoria de Saúde Pública: aspectos geraes de sua actuação em

Gaffré Guinle” (DR. GIACOMO, 01 jan. 1938). Seu consultório particular funcionava na rua Barão do Triunfo, n. 455.

1936. *A União*, a. XLIV, n. 310, s. 3, p. 7, 25 jan. 1936.

DR. GIACOMO Zaccara. Especialista vias urinárias-syphilis. *A União*, João Pessoa, a. XLV, n. 1, s. 2, 1 jan. 1938, p. 3.

FIGUEIREDO, Argemiro. Mensagem apresentada pelo governador Argemiro de Figueiredo à Assembleia Legislativa da Paraíba. João Pessoa, *A União*, a. XLV, n. 168, s. 8, 3 set. 1937, p. 4, 5, 6, 7.

LEI N. 54 de 31 de dezembro de 1935. João Pessoa, *A União*, a. XLIII, n. 6, 9 jan. 1936, p. 4.

MOURA, Lourival. Um século de medicina na Paraíba. *Medicina*, João Pessoa, a. 1, n. 1, jun. 1932.

NÓBREGA, Humberto. *As raízes das ciências da saúde na Paraíba: medicina, farmácia, odontologia e enfermagem*. João Pessoa: Editora Universitária, 1979.

O DISPENSÁRIO noturno anti-venereo. *A União*, João Pessoa, a. XLVI, n. 285, 22 dez. 1938.

O MINISTÉRIO da Saúde Pública e os Serviços de Saneamento Rural. *A União*, João Pessoa, a. XXXIX, n. 291, p. 8, [s. d.].

OS SERVIÇOS de Assistência Social no governo Argemiro de Figueiredo. *A União*, João Pessoa, a. XLV, n. 19, s. 7, p. 1, 25 jan. 1938.

PEREIRA, Walfredo Guedes. Relatório apresentado ao Secretário do Interior e Segurança Pública do Estado da Paraíba correspondente ao ano de 1933. *A União*, João Pessoa, a. XLII, n. 98, p. 14.

POSTO noturno de saúde. *A Imprensa*, João Pessoa, 10 mai. 1938.

PROPHYLAXIA e tratamento da bouba. *A União*, João Pessoa, a. XXXIX, n. 269, 21 nov. 1930, p. 2.

SUASSUNA, João. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba*. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1926.

SUASSUNA, João. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba*. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1927.

SUASSUNA, João. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba*. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1928.

ZACCARA, Giacommo. Em torno da Conferência Nacional Contra a Sífilis. *A União*, João Pessoa, a. XLVIII, n. 212, 22 set. 1940, p. 3.

Bibliografia

AMADOR, Luiza Helena Miranda. *Degenerados e Contagiantes: a luta contra a sífilis no Pará (1915-1934)*. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia). Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

ARAÚJO, Rafael Nóbrega. *O terrível flagelo da humanidade: discursos médico-higienistas e o combate à sífilis na Paraíba (1921-1940)*. São Paulo: e-Manuscrito, 2021.

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

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

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

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

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

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

ROSS, Sílvia de. *Sífilis, o mal de todos: tema médico-científico nacional, discussões e práticas educativas no Paraná na primeira metade do século XX*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

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

Dentes de defuntos para curar maus humores: o uso de itens mágicos para tratamentos de enfermidades na capitania de Minas Gerais (Séculos XVIII)

Raiza Ap. da Silva Favaro¹

Christian Fausto²

Introdução

O tratamento das doenças sempre foi visto como algo crucial, desta forma o ser humano utiliza tudo na busca de alívio e cura, mesmo nas condições mais precárias a guerra contra as doenças nunca foi uma batalha rendida. De acordo com Ronaldo Simões Coelho (2002) o indivíduo na sua luta contra o sofrimento e a dor, a doença e a morte, busca todos os recursos, seja na magia, na religião ou na ciência, recorre às palavras, sonhos, sacrifícios, oráculos, deuses, xamãs e médicos.

Como aponta Jaques Le Goff (LE GOFF, 1985) a doença pertence à história. Sendo assim, a doença também pertence ao seu tempo histórico, e tem ligação direta com suas particularidades, para podermos pensar a medicina em qualquer momento da história precisamos considerar as instituições e mentalidades presentes nesse tempo e espaço.

Mas “a doença não pertence só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também pertence a

1 Graduanda da Universidade Estadual de Maringá- UEM e membro do Laboratório de História Ciências e Ambiente- LCH. E-mail: raiza.favaro13@gmail.com

2 Professor Orientador, docente do departamento de História da Universidade Estadual de Maringá - UEM e coordenador do Laboratório de História Ciências e Ambiente – LHC. E-mail: chrfausto@gmail.com

história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais as instituições as representações as mentalidades” (LE GOFF, 1985, p. 8). Portanto, podemos considerar a doença como uma experiência social, onde o meio causa influência e modifica as formas de interpretar as doenças e as práticas de cura.

Desta forma, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a arte de curar nas Minas Gerais setecentistas, dando destaque para o uso de “itens mágicos” e “magia” como prática de cura. Volta-se o estudo para a arte médica na Capitania de Minas Gerais, em um momento específico, o das descobertas das primeiras jazidas de ouro no começo do século XVIII, momento este extremamente significativo por conta do processo de urbanização e povoamento da capitania.

A capitania nos proporciona uma rica possibilidade de estudo, diante da sua população que cresceu com um grande fluxo de pessoas vindas de todas as partes do Brasil e da Europa, o que fez da região um centro urbano de destaque (VIANA, 2008). Sendo assim, percebemos um encontro de diferentes culturas, que conseqüentemente levou a um saber médico multifacetado.

Tal análise será possível através do estudo da trajetória do cirurgião português Luís Gomes Ferreira, que percorreu Minas Gerais no século XVIII, reunindo imensa experiência prática e publicando sua obra em 1735 sob o título “Erário Mineral”. De acordo com Coelho no Erário Mineral tudo vale para curar (COELHO, 2002).

Percorrendo a historiografia, pode-se encontrar alguns trabalhos que trazem estudos focados na investigação das práticas curativas no Brasil Colonial, dentre eles destaque autores como, Wissenbach (2009), Viana (2008) e Dias (2002). Tais estudos colaboram de forma preciosa para a historiografia brasileira, principalmente por proporcionar reflexões sob uma perspectiva por vezes pouco explorada, que cada vez mais vem sendo desvendada.

Mas longe de já terem sido percorridos todos os caminhos de investigação sobre o tema em questão, o desafio deste trabalho

é analisar parte das práticas médicas em Minas Gerais do século XVIII, ligadas ao “universo mágico”, a relação entre o saber médico erudito e o popular, assim como a aproximação da medicina com a magia. Onde percebe-se o encontro de muitas culturas, que conseqüentemente levou a um saber médico diversificado, proporcionado pelos sincretismos dos povos presentes na região.

As doenças pertencem a História

Como aponta Jean-Charles Sournia, “as doenças têm apenas a história que lhe é atribuída pelos homens, sendo assim a doença não existe em si, porque é uma entidade abstrata em que o homem atribui um nome” (SOURNIA, 2002, p. 359). Desta forma “por natureza a medicina é histórica” (SOURNIA, 2002, p. 360). Portanto, cabe investigar as práticas médicas, sejam elas oficiais ou não, com o intuito de dar forma as singularidades culturais e sociais que influenciam na luta contratuais mazelas.

Mesmo que “a medicina científica esforça-se por uma certa racionalidade, os médicos são irracionais, dado que são humanos” (SOURNIA, 2002, p. 360). Já que os médicos, como quaisquer outros sábios, fazem parte da sociedade que os envolve. E, contudo, “as inovações da medicina científica não acabarão nunca, porque ela terá de lutar contra as doenças milenares e contra as que surgirão amanhã, talvez favorecidas por outras inovações humanas” (SOURNIA, 2002, p. 361).

Sendo assim, da mesma forma que as inovações científicas não acabaram nunca em busca da sobrevivência humana, a medicina paralela também segue perpetuando seu espaço, pois é comum que práticas de cura usadas em tempos mais remotos continuem sendo usadas até os dias atuais. Como afirma Coelho as comunidades, apesar do progresso, continuam a se comunicar oralmente, e os conhecimentos científicos, em qualquer área, demoram a chegar até o povo (COELHO, 2002).

Com o propósito de entender os contrastes da medicina popular e a oficial, escolhemos para análise a região de Minas Gerais,

no século XVIII, por ser de fértil laboratório para observações médicas (VIANA, 2008). Onde havia uma “circularidade” de ideias entre o saber popular e o erudito. Carlo Ginzburg, em sua obra nos traz o conceito de circularidade como; “influxo recíproco entre culturas subalternas e culturas hegemônicas” (GINZBURG, 1996, p. 21). Partindo deste autor, podemos pensar que camadas eruditas e populares tendem a se homogeneizar, porque ambas as camadas “circulam entre si”, com isso Ginzburg (1996) nos faz não olhar apenas para a especificidade do erudito ou do popular, e nem as pensar como fenômenos distantes, já que muitas vezes dialogam entre si.

Portanto, temos por finalidade mostrar que o *Erário Mineral* (1735) se constitui como fonte importante de estudo das concepções médicas que envolveram a América portuguesa no século XVIII, dando ênfase às práticas de cura, especificamente com o uso de “magia” e “itens mágicos” para sanar moléstias. Temos por objetivo então, não apenas contribuir com a investigação no campo da história da medicina, como também no campo do conhecimento das tradições populares ligadas a magia.

Para o Filósofo Frances Michel Foucault (2000) é essencial estudar as formas como os saberes se confrontavam, de modo que alguns saberes se consagram historicamente e outros não. Segundo o autor os saberes estão disputando hegemonia e projeção, alguns conseguem, mas outros são “soterrados”, por isso ao analisar um período da história precisamos “escavar”, para poder reconstruir o cenário do passado, que acabou sendo obscurecido pela história.

A partir do estudo do *Erário Mineral* (1735), percebemos que Gomes Ferreira deu-se ao trabalho de incorporar os conhecimentos aprendidos dos paulistas, dos índios, e todos que viviam na região (DIAS, 2002). Nota-se, também, que o cirurgião escrevia para os homens de qualidade ou casta inferior, para os escravos, para os proprietários pobres de escravos, para os brancos. Porque Ferreira preferia ser atendido por homens simples a escrever bonito.

Tal obra conseguiu passar, para a cultura escrita, as receitas e a memória das tradições populares orais, que muitas vezes são obscurecidas pela historiografia. Com grande perspicácia seu tratado inspirado em práticas ocultas reunia os conhecimentos disponíveis para viver nas Minas do século XVIII (DIAS, 2002).

Por isso, pode-se destacar que o uso dessa fonte nos faz compreender não só o contexto de sua época, como também o significado das expressões do autor, principalmente quando notamos que nenhum documento se faz neutro, sempre carregam consigo a opinião de quem o escreveu (BACELLAR, 2005). Portanto, buscamos contextualizar o documento de acordo com sua época, visto que o historiador reconstrói os acontecimentos das histórias vividas e garante aos leitores um esquema interpretativo do passado vivido ao abordar.

Gomes Ferreira construiu e registrou suas experiências sobre o mundo que o cercava. A análise das relações existentes entre seus escritos, seu meio sociocultural e suas experiências nos permite conhecer a arte médica de uma maneira peculiar. A metodologia aqui se faz presente para dar à luz a relações históricas e sociais, de uma medicina multifacetada.

O cirurgião mago das minas

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, de acordo com Wissenbach (2009) em meio aos diversos personagens históricos que se movimentam pelo mundo atlântico, destaca-se a figura social dos cirurgiões e dos práticos da medicina. Em Minas Gerais, ao longo do século XVIII, os tratados médicos foram redigidos por cirurgiões. Como aponta Júnia Ferreira Furtado “estão recheados de descrições das diversas mazelas que acometiam a população e do arsenal de medicamentos de que dispunham para a cura” (FURTADO, 2005, p. 90). Contrariando as definições práticas da medicina de Portugal, tais cirurgiões faziam, o que seria exclusivo para os médicos, como prognósticos e curas, escreviam teorias sobre as enfermidades e prescreviam medicamentos (FURTADO, 2005).

Em relação à medicina popular e prática, destacamos Luís Gomes Ferreira, cirurgião português que redigiu o tratado médico *Erário Mineral* (1735). formado no Hospital Real de Todos os Santos, chegou ao Brasil em 1707 e até este momento trabalhava como oficial da arte cirúrgica e da medicina prática nos navios portugueses (WISSENBACH, 2009).

Gomes Ferreira teve um amplo quadro de referências, para montar seu receituário, passando por tratados médicos da Antiguidade Clássica e aos expoentes da medicina árabe, como Hipócrates, Galeno, Avicena, Egineta, passando também pelos mestres portugueses, sendo eles Amato Lusitano, Zacuto Lusitano, Antonio da Cruz, Antonio Ferreira (WISSENBACH, 2009).

Uma de suas principais referências foram “os livros de João Curvo Semedo (1635-1719), médico da família real portuguesa e importante divulgador da flora americana como panaceia médica” (FURTADO, 2005, p. 91). Gomes Ferreira fez menções ao Dr. João Curvo de Semedo em seu tratado, como pode-se a seguir:

diz o doutor Curvo que os feitiços se podem dar em diferentes iguarias e bebidas, já disfarçados em vários manjares, já em notáveis, dos quais se seguiu ficarem uns tontos e mentecaptos enquanto viveram, outros ligados e incapazes dos atos matrimoniais, outros inchados como pipas, outros secos como paus, outros fugindo da gente, outros com tão grande aborrecimento às suas mulheres que nem as podiam ver, nem ouvir falar nelas; o que tudo viu e notou, e que seria impossível referir o que neste particular experimentou e observou, porque alguns viu enfeitizados ou endemoninhados, que se queixavam viam vários fantasmas em figuras de cavalos, elefantes, perus, serpentes e dragões; a alguns destes curou, fazendo-lhe trazer ao pescoço e nos pulsos dos braços alambres brancos, e a outros mandando-os defumar com a semente da erva antérico, trazendo-a também ao pescoço; assim o dizem Escrodero, Crolio e outros autores. (FERREIRA, 1735 p. 423).

De acordo com Furtado, neste período, o cirurgião-barbeiro Luís Gomes Ferreira, como muitos outros portugueses, veio para as Minas Gerais pelas descobertas auríferas (FURTADO, 2005). Mas como os ganhos não foram significativos isso o levou a continuar exercendo sua profissão de curador.

Assim que chegou às Minas Gerais, o cirurgião se deu conta de que os anos de aprendizado no Reino não eram suficientes para o desempenho da profissão, uma vez que as doenças nem sempre eram as mesmas e nem eram os mesmos os medicamentos de que também dispunha (FURTADO, 2005). Ao compreender a especificidade das doenças e da região Gomes Ferreira buscou incorporar a farmacopeia do Reino as ervas e produtos locais.

Como colocado por Sérgio Buarque de Holanda (1995), o conhecimento de quase todos esses produtos foi transmitido pelos índios aos bandeirantes de São Paulo, responsáveis pelo desdobramento do interior do Brasil. Ousado, Gomes Ferreira chamou a atenção para a importância de não se ater apenas à tradição e às regras dos antigos e, sim, guiar-se pela experiência (FURTADO, 2005). A obra de Gomes Ferreira expressa o saber médico da época, ainda envolto nas ideias de Hipócrates e Galeno, concepções estas que são vistas como a base da medicina ocidental (EUGENIO, 2005).

Hipócrates elaborou uma organização metódica desse campo de conhecimento que, após sua releitura por parte de Galeno, foi disseminada pela Europa e, posteriormente, para suas colônias (EUGENIO, 2005). De forma simples, a medicina hipocrático-galena pode ser resumida da seguinte forma: o corpo humano é uma versão microscópica integrado ao universo. Equilibrado por quatro elementos primordiais, sendo eles terra, fogo, ar e água, os quais produzem quatro qualidades essenciais, sendo elas, quente, frio, seco e úmido, que se traduzem em quatro humores do organismo humano, fleuma, sangue, bilis amarela ou vermelha. (EUGENIO, 2005). As doenças ocorrem, por conta do desequilíbrio, sendo por excesso ou carência de um desses humores, que pode ser provocado por diversos fatores, sendo eles naturais ou não. Pode-se destacar fatores como a higiene, o clima, a alimentação como agentes que desequilibram dos humores (EUGENIO, 2005).

Para Gomes Ferreira e seus contemporâneos o corpo não era ainda um mecanismo, uma unidade de órgãos interdependentes

(DIAS, 2002). Isso porque “a circulação do sangue e dos humores corruptos apontava para a necessidade de interpretar cadeias de correspondências e de analogias com o vento, as águas, a umidade, as plantas e os animais” (DIAS, 2002, p. 326).

Tendo em vista tal concepção o corpo e saúde passavam pelos movimentos da grande cadeia dos seres, que articulava o micro ao macrocosmo. Médicos e cirurgiões concebiam o corpo dentro do seu meio ambiente e em estrita relação com os elementos do clima e da natureza. Luís Gomes Ferreira também se referia à influência dos astros. Sendo assim as doenças não viriam apenas do desequilíbrio de humores, mas de conjunções específicas de forças cósmicas, diante de tais concepções Gomes Ferreira haveria de se preocupar com a censura e com os riscos de ser denunciado à Inquisição” (DIAS, 2002).

Mas sua obra, que Luís Gomes protege inserindo frases destinadas a evitar as autoridades da Igreja, busca usar poucas referências explícitas às influências astrológicas nas Minas (DIAS, 2002). Escreve com medo e prudência, entretanto “acreditava nas forças ocultas, na necessidade de o médico explorar a química, de desvendar os recursos e as forças da natureza dentro do quadro maior das forças cósmicas” (DIAS, 2002, p. 338-339).

Em seu extenso tratado de medicina prática, Gomes Ferreira tem um receituário onde juntam-se simpatias ensinadas pela medicina popular e receitas de ervas da tradição indígena, recolhidas pelos sertanejos paulistas. Tratado este que é destinado ao uso doméstico por parte de populações mal assistidas por profissionais da cura (WISSENBACH, 2009).

No tratado estaria então presente “concepções de doenças e de cura das tradições ibéricas (acadêmicas e da medicina popular) reelaboradas e transformadas pelas experiências vividas no mundo colonial” (WISSENBACH, 2009, p.285). Junta-se também a crença na prática mágicas como elemento e importante condutor da cura que aproximava o mundo português do africano (FURTADO, 2005).

Como já mencionado, o clima nos trópicos era desconhecido dos médicos europeus. Este exigia remédios novos, assim as curas variavam. Eram inúmeros os males que tomavam proporções catastróficas no clima da América portuguesa, sobretudo as febres, as maleitas ou sezões, o mal-do-bicho, o escorbuto, as bexigas, a sífilis ou mal gálico, os venenos de cobras, contra os quais os antídotos agiam apenas eventualmente (DIAS, 2002).

Se faz importante destacar que Gomes Ferreira ajudou a dar procedência no que poderia de acordo com Furtado ser chamado de “medicina tropical”, pois se voltava em conhecer a particularidade das doenças e dos tratamentos locais (FURTADO, 2005). A vulnerabilidade da condição humana aproximava os homens da natureza, recorria-se até mesmo a medicina dos excrementos, que teve um espaço essencial no receituário de Luís Gomes Ferreira. Mordidos por cascavel ou jararaca, havia casos em que os homens se salvavam comendo do próprio esterco, misturado com um pouco da água do rio, para a beira do qual se arrastavam (DIAS, 2002).

Deste modo “os remédios eram tomados da natureza, dos animais ou dos próprios corpos dos vizinhos, pois muitas vezes era preciso urina fresca de um menino sadio, ou as mãos de uma menina virgem, para curar de um ataque de gota coral” (DIAS, 2002, p. 350). Luís Gomes Ferreira faz uso de partes do corpo humano e de animais em suas receitas terapêuticas, para tratamento do vício em álcool, como podemos observar a seguir:

tomem a cabeça de um cordeiro com lâ, ossos e dentes, e um quartilho de sangue do mesmo cordeiro, e uma mão cheia de cabelos da cabeça de qualquer homem, e o fígado de uma enguia com seu fel; tudo junto se meta em uma panela barrada com seu testo tudo novo, e se meta no forno até que fique tudo bem torrado para se fazerem pós do que tiver dentro a panela, dos quais se darão ao bêbedo todos os dias uma oitava deles, em vinho, que mui poucas vezes o beberá, e daí por diante o não beberá em toda a vida (FERREIRA, 1735, p. 446).

Cabelos, ossos de bicho e de gente, sapos, morcegos, lagartos, galo e bode preto, eram usados como ingredientes de cura. Por

exemplo, os sapos, eram considerados animais ruins e ingredientes essenciais para feitiços de magia negra. Em seu tratado, Luís Gomes ensinava-a como utilizados:

o osso da coxa de sapo metido no nariz, no mesmo instante, faz parar o fluxo de sangue dele. Nota que o osso da coxa do sapo se tira rá deste modo: matem o sapo e, espetado em um pau, o ponham no ar a secar, até que toda carne se consuma e se lhe tirem o osso, e, tirado, se guarde para a ocasião. Também é certo tirar este osso a dor do dente que doer, tocando-o ou esfregando-o com ele. (FERREIRA, 1735, p. 323).

Luís Gomes Ferreira nos mostra uma prescrição para cuidar de enfeitiçados:

aqueles que, sendo moços robustos e mui potentes para com suas mancebas, casando-se se acharão incapazes de consumir o matrimônio, estes, diz o doutor Curvo na observação 101, que se defumem as suas partes vergonhosas com os dentes de uma caveira postos em brasas, e, sem mais diligência, ficarão desligados e capazes dos atos conjugais sem dúvida alguma. (FERREIRA, 1735, p. 421).

No trecho, pode-se observar a forma que força ocultas eram vistas como recursos de última hora:

o dente de uma toupeira, arrancado dela estando viva, e deixala ir embora, tocando ele o dente que doer, não doerá mais, o dente de um cão arrancado dele, estando vivo, trazido ao pescoço, livra de dores de dente e os preserva delas por toda a vida, o que se afirma com experiências certas. Uma galinha, por mais dura que seja, estando morta, pendurada em uma figueira, se fará tenríssima dentro de uma hora. Um osso de defunto atado ao pescoço de quem tiver maleitas, terçãs, ou quartãs, pela maior parte as tiras; as sardinhas bem salgadas e sarrentas, escaladas e postas nas solas dos pés de quem tiver as ditas maleitas, as tiras, o que se afirma com experiências, como se fosse obra de milagre. Os alambres trazidos ao pescoço que toquem a carne por muito tempo, livram dos estilícidios e fluxões que caem nos dentes, garganta e peito, o que se afirma por certo com várias experiências, tudo por virtudes ocultas que Deus lhe deu. (FERREIRA, 1735, p. 445).

O cirurgião por vezes fazia o sacrifício de animais, como: galinhas, pombos e carneiros para o agonizante aproveitar o calor da gordura. No Arraial do Antunes, Antônio Dias, Luís Gomes foi solicitado a socorrer um homem mirrado por disenteria:

Mandei que, assim que se matasse algum boi ou vaca do curral, pois o tinha vizinho, se tirasse, com toda presteza e sem demora, aquele redenho ou gordura que cobre as tripas, se embrulhasse em uma toalha e viesse o portador correndo, para que, com o calor natural do animal, o pusesse em cima do estômago e ventre e com a mesma toalha o cobrisse, e com outra roupa, deixando-se estar de costas o mais tempo que pudesse; matando-se na mesma ocasião mais algum boi ou vaca, fizesse a mesma diligência com outro redenho. (FERREIRA, 1735, p. 401).

Muito da sensibilidade camponesa e da bruxaria do século XVII e XVIII estiveram presentes na obra de Luís Gomes. O *Erário Mineral* (1735) é um emaranhado da memória popular no que diz respeito às necessidades do cotidiano; é um tratado de dicas práticos de higiene, de cura, de conhecimentos de todos os dias, por exemplo, de como tirar manchas da pele de crianças:

pôr em cima do sinal a mão de qualquer defunto e deixa-la estar até que a parte se esfrie bem faz desaparecer os sinais ou manchas dentro de poucos dias; alimpar ou esfregar as manchas com as páreas ainda quentes de uma mulher parida faz o mesmo efeito; untar os sinais com o primeiro esterco das crianças quando nascem, a que chamam ferrado, deixando-o secar na parte, também é bom remédio; mesmo faz o sangue menstrual das mulheres posto na nódoa. (FERREIRA, 1735, p. 414).

O sangue menstrual quase sempre aparece com conotações negativas, no tratado do cirurgião português. Tanto que faz a advertência: (VIANA, 2008, p. 126).

o sangue menstrual das mulheres, estando no atual fluxo dele, é tão perverso e maligno que faz os efeitos seguintes: os panos de suas camisas, aonde ele chagou, ainda que se lavem quinhentas vezes, se usarem deles nas feridas ou chagas, as fará infeccionar e alterar, de sorte que serão muito trabalhosas de curar por causa do mesmo veneno. (FERREIRA, 1735, p. 688).

E importante destacar a forma que religiosidade da época se inseria nas práticas curativas, os remédios por exemplo, como aponta Furtado deviam ser aplicados com fé, porque muitas das doenças eram apenas originadas de feitiços e da descrença, como também o tempo da cura pertencia a Deus e dependia da sua boa vontade (FURTADO, 2005). De acordo com Furtado (2005) também se acreditava na capacidade mágica de objetos,

que poderiam transmitir suas virtudes. Na América portuguesa, a prática de portar amuletos mágicos descende tanto de uma matriz católica quanto de uma africana. As joias e peças de ouro prata não eram apenas símbolos exteriores de riqueza, ostentados nos colos, cinturas e cabelos das mulheres, mas também indícios das crenças da época.

Diante do exposto podemos entender que Gomes Ferreira e seus contemporâneos tinham a visão da doença como força sobrenatural e um entendimento mágico do corpo, precisando assim utilizar “magia” e “itens mágicos” no tratamento das doenças, práticas estas que se tornaram corriqueiras, não só para os populares, mas também para os profissionais da cura. E tais práticas ficaram eternizadas em tratados de medicina, como no *Erário Mineral* (1735).

Considerações finais

Este trabalho buscou compreender parte das práticas médicas nas Minas Gerais, durante o século XVIII. Para esta análise foi usado o tratado médico *Erário Mineral* (1735), de autoria de Luís Gomes Ferreira. Além de outras obras que forneceram elementos para se concluir que na região de Minas Gerais, no período analisado, não se tinham fronteiras demarcadas entre a medicina oficial e a popular.

Na obra de Luís Gomes Ferreira, os sistemas mágicos religiosos convivem, lado a lado, com a medicina oficial.” No século XVIII, o conhecimento médico estava impregnado de práticas e crenças religiosas e mágicas” (FURTADO, 2009, p. 97). A convivência do racionalismo com o pensamento mágico deu-se em vários níveis, não estando restrita a apenas a nenhum grupo social específico.

Os habitantes das Minas de ouro fizeram uso do conhecimento médico oficial e de feitiçarias, buscando assim, a saída que mais estivesse ao seu alcance. Não ficando de fora os profissionais de cura que também por conta da ineficácia de indicações da medicina oficial, recorriam a feitiços, no afã de conseguir a cura (VIANA, 2008).

Houve então uma população em que, brancos, negros, livres e mestiços, senhores e escravos compartilhavam crenças sobrenaturais (VIANA, 2008). Desta forma, Luís Gomes Ferreira incorporou saberes locais à suas práticas curativas, e a experiência adquirida levou-o à percepção de que não somente as teorias obtidas em Portugal seriam suficientes para o tratamento das enfermidades nas Minas Gerais.

Por conta disto, Gomes Ferreira, adquiriu conhecimento das forças ocultas e passou a saber lidar com os segredos da natureza. Deste modo, passou para a palavra escrita à visão do mundo de seu tempo, que pensava o cosmo como uma grande cadeia de seres, unindo ao universo das estrelas os segredos das pedras, das plantas, das arvores, de animais. (DIAS, 2002).

A atuação do cirurgião-barbeiro em Minas Gerais no século XVIII, foi mais um capítulo na configuração de uma medicina tropical. Grande parte do uso desses elementos como panaceia curativa veio do contato com índios e escravos, conhecimento em muitos casos intermediado pelos paulistas e em grande parte divulgado pelos manuais de medicina popular escritos na capitania ao longo do século XVIII (FURTADO, 2005).

O fato é que Luís Gomes Ferreira conseguiu abordar um leque de temas que abarcaram desde o dia a dia dos escravos, o tráfico negreiro, o sistema de mineração aurífera e diamantífera até as crenças, a alimentação, a vida familiar da época, entre inúmeros outros (FURTADO, 2005). Fazendo, de seu tratado, um importante caminho para a análise de um território de múltiplas manifestações culturais, múltiplos conceitos a respeito do corpo, da saúde e da doença.

Referências:

Fonte

FERREIRA, Luís Gomes. Erário Mineral. Org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/ Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

2002. É fundamental ressaltar que todas as informações a respeito do cirurgião e de seu período de estada nas Minas nos são fornecidas pelo próprio autor, nas páginas de seu tratado médico.

Bibliografia

BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi. *Fontes históricas*. [s. l.]: [s. n.], 2005.

COELHO, Ronaldo Simões. O Erário Mineral divertido e curioso. In: FERREIRA, Luís Gomes. *Erário Mineral* Luís Gomes Ferreira; (org.) Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro/ Fundação Oswaldo Cruz, 2002, p. 151-172.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Corpo, natureza e sociedade nas minas (1680-1730). *Projeto História*, v. 25, p. 325-359, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/10595/0>. Acesso em: out. 2021.

EUGENIO, Alisson. Relatos de Luís Gomes Ferreira sobre a saúde dos escravos. *Hist, Ciências e Saúde-Manguinhos*, n. 22, v. 3, jul./sep. 2015.

FURTADO, Júnia Ferreira. Barbeiros, cirurgiões e médicos na medicina colonial. *Revista do Arquivo Público Mineiro*. v. 41, p. 88-105, 2005. Disponível em: <http://www.siaapm.cultura.mg.gov.br/modules/rapm/brtacervo.php?cid=951&1>. Acesso em: out. 2021.

FOUCAULT, Michel. *As Palavras e as Coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

GUINZBUG, Carlo. *O queijo e os vermes: O cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. A botica da natureza. In: HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Caminhos e fronteiras*. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

LE GOFF, Jacques (org.). *As Doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques (org.). *As Doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

VIANA, Kelly Cristina Benjamin. *Mágicos Doutores; a arte médica entre a magia e a ciência nas Minas Gerais setecentistas (1735-1770)*. Fortaleza: [s. n.], 2008.

WISSENBAH, Maria Cristina Cortez. Cirurgiões e mercadores nas dinâmicas do comércio atlântico de escravos (séculos XVIII e XIX). In: MELLO, Laura; FURTADO, Júnia; BICALHO, Maria (org.). *O governo dos povos*. Alameda: [s. n.], 2009, p. 282-300.

As febres em aldeamentos de Munduruku no Rio Tapajós (Província do Pará, Século XIX)

Sara da Silva Suliman¹

Os estudos sobre doenças e epidemias em missões religiosas no Brasil oitocentista tem apresentado o potencial das fontes históricas, especialmente no que diz respeito as práticas de cura, as leituras e as representações epidemiológicas indígenas. Ainda tem sido possível compreender medidas governamentais para conter as doenças, sobretudo as epidêmicas, em aldeamentos controlados por missionários (AMOROSO, 2014; HENRIQUE, 2018). Entretanto, boa parte dessas pesquisas dedicaram-se a explorar doenças como varíola, febre amarela, cólera, *lepra*, entre outras.

Algumas enfermidades do cotidiano ou endêmicas aparecem em segundo plano ou pontualmente como fragmentos da realidade dos aldeamentos religiosos oitocentistas. Uma dessas enfermidades são as chamadas febres, observo que num universo de doenças elas aparecem com frequência em relatórios de presidentes da província do Pará, relatos de naturalistas que passaram pela Amazônia, jornais e em ofícios trocados entre autoridades religiosas e provinciais.

Ricardo Cabral de Freitas (FREITAS, 2020, p. 725) afirma que este tema das febres tem plasticidade, e isso garantiu sua longa permanência na agenda médica no século XIX. Segundo o autor, os estudos sobre as febres no Brasil ainda são incipientes ou secundários quando comparados ao universo de outras doenças no

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal do Pará. E-mail: sara.suliman@ifch.ufpa.br

século XIX que foram pesquisadas, como a febre amarela pós 1849 (FREITAS, 2020, p. 725).

Freitas (FREITAS, 2020, p. 725) indica que embora o protagonismo das febres não possa ser negado, especialmente por conta do cenário crítico gerado pelas epidemias nos portos e cidades luso-brasileiras a partir das primeiras décadas do século XIX, é válido “observar que a febre amarela consistia em mais uma das manifestações febris que ceifavam vidas por aqui há longo tempo”. Neste sentido, conforme mostra a historiografia recente, “os discursos oitocentistas sobre a febre amarela não podem ser propriamente analisados sem que se faça observância às diversas concepções de febre em disputa na época” (FREITAS, 2020, p. 725).

Hoje, sabe-se que a febre é um sintoma de um processo patológico ou reação imunológica à presença de algum agente patogênico, não é uma doença em si. No século XIX, as febres eram lidas e representadas na documentação como “um conjunto amplo e difuso de manifestações patológicas e podiam ser entendidas tanto como sintoma de alguma enfermidade quanto como enfermidade em si” (FREITAS, 2020, p. 725).

Se o estudo sobre as febres se faz importante sob o ponto de vista da História Social da medicina e das doenças, também é necessário que se discuta o tema pela perspectiva da História Indígena e do Indigenismo, partindo do que propões John Monteiro (2001, p. 5), construindo uma nova História Indígena, para compreender trajetórias, narrativas e experiências de populações indígenas frente aos projetos civilizatórios no período colonial e imperial, tendo como foco as próprias ações indígenas.

Entre tantas histórias sobre o ataque de febres em território Munduruku no rio Tapajós que ficaram registradas destaca-se a da moça Sebastiana. Sua história foi contada pelo engenheiro Antônio Manoel Gonçalves Tocantins quando esteve na região das Campinas, reduto de aldeias Munduruku, em comissão do governo provincial, por volta de 1875.

Segundo relatou Tocantins, Sebastiana estava na casa de um sertanejo quando a encontrou e observou que a moça tinha “o corpo todo pintado” conforme as tradições Munduruku, aparentava ter vinte anos, falava um pouco do português e “era muito expansiva”. O engenheiro soube que Sebastiana e seus pais moravam na aldeia Curucupi que havia sido atacada por “febres de mau caráter”, algumas pessoas adoeceram e a mãe de Sebastiana passou a cuidar deles (TOCANTINS, 1877, p. 110).

Certa manhã quando a mãe de Sebastiana retornava do trabalho na roça uma pessoa próxima veio lhe dizer que um dos doentes que havia tratado morrera e os demais da aldeia estavam a sua procura, acusando-a de feiticeira. A mãe, sem demora, apanhou a filha, combinou com o esposo e todos fugiram de Curucupi, em direção ao Baixo Tapajós, com medo de serem mortos pelos demais integrantes do grupo, que buscavam vingança (TOCANTINS, 1877, p. 110).

Este episódio revelou pelo menos dois aspectos importantes para compreender o universo de saúde e doenças para os Munduruku. Em primeiro lugar, notou-se que as chamadas febres atacavam o sistema imunológico levando o sujeito acometido pela doença rapidamente a morte. E as mortes, em ocasiões como narradas por Tocantins, causavam instabilidade na ordem social da aldeia. A partir daqui se refletiu que os surtos de doenças faziam com que os Munduruku agissem rapidamente e pensassem em estratégias para dissipar o mal que acometia a aldeia.

Em segundo lugar, pôde-se identificar algumas das representações epidemiológicas para os Munduruku, que entendiam as doenças como símbolos de mal presságio, mais que isso, como sinais de feitiçarias e encantamentos. Acreditavam que as doenças eram introduzidas no corpo por um pajé ou feiticeiro através de um objeto, chamado *caushí*, o qual, se descoberto, acabava morto (TOCANTINS, 1877, p. 85; 107; MURPHY, 1956, p. 7). Esse é um aspecto importante quando se pensa nas representações que os Munduruku produziam sobre os efeitos das doenças e seus causadores, e quais estratégias se valiam para buscar cura.

Este “espectro da morte”, como se referiu Marta Amoroso (AMOROSO, 2006a, p. 126) às epidemias que devastavam as aldeias religiosas durante o século XIX, contribuía não apenas para o desmantelamento de missões e fracasso da catequese, como ocasionava depopulação e medo nas aldeias, potencializava mobilidades indígenas pelo território, possibilitava nova configuração de relações de poderes e afetava os setores produtivos relativos à alimentação e recrutamento de mão de obra.

A catequese foi um mecanismo político do Império importante de assimilação das populações indígenas à sociedade nacional, regido pelo decreto nº 426, de 24 de julho de 1845, que estabeleceu o “Regulamento das Missões”.² Este documento previa diretrizes para a reorganização dos grupos indígenas descritos ainda como selvagens, em aldeamentos dirigidos por agentes leigos e religiosos (MOREIRA NETO, 1988; SAMPAIO, ERTHAL, 2006; CARNEIRO DA CUNHA, 1998 [1992]; PARAÍSO, 1998; MONTEIRO, 2001; SAMPAIO, 2009; 2011; ALMEIDA, 2010; HENRIQUE, 2018).

Os missionários convocados para colocar em prática este projeto foram os capuchinhos italianos, além dos frades, padres formados no Brasil também assumiram o posto de missionário nas diversas missões que foram criadas ao longo da vigência do Império (TAUBATÉ; PRIMERIO, 1929; CARNEIRO DA CUNHA, 1998). Conforme o Regulamento de 1845, art. 6, os religiosos seriam utilizados para atrair os indígenas até os aldeamentos, mas não se envolveriam em assuntos administrativos (REGULAMENTO DAS MISSÕES *Apud* MOREIRA NETO, 1988, p. 332).

A administração geral das missões cabia a um diretor geral dos índios, e da aldeia a um diretor parcial (REGULAMENTO DAS MISSÕES *Apud* MOREIRA NETO, 1988, p. 323; 328). Contudo

2 Os demais decretos eram de nº 285, de 21 de junho de 1843, que autorizou a vinda do segundo grupo de missionários capuchinhos italianos ao Brasil e o outro era de nº 373, de 30 de julho de 1844, que fixou as regras orientadoras da distribuição dos missionários. Para saber mais ver: Carneiro Da Cunha, (1998); Paraíso (1998).

por escassez de candidatos para administrar as aldeias, os religiosos assumiram a dupla função de diretor parcial e missionário.

Essa dupla jornada acarretava conflitos e tensões para os missionários e indígenas, fazendo do espaço da missão um campo de batalha. Num primeiro momento, o missionário deveria ser diplomático, porém nem sempre a diplomacia ajudava nas situações vivenciadas nos aldeamentos. Na província do Pará, além dos conflitos com indígenas, diretores parciais, regatões,³ capitães dos Corpos de Trabalhadores⁴ e demais autoridades, os missionários enfrentavam inimigos invisíveis: as doenças.

O Regulamento das Missões apontava no art. 1, § 21, sobre a prevenção com os surtos de doenças, esta função cabia ao diretor geral dos índios que deveria atentar para “introdução da vacina nas aldeias, e facilitar-lhes todos os socorros nas epidemias” (REGULAMENTO DAS MISSÕES... *Apud* MOREIRA NETO, 1988, p. 326).⁵ Conforme Amoroso (AMOROSO, 1998, p. 102), na maioria das vezes essa recomendação não se cumpria, “Vacinações não ocorreram, muito menos o controle das epidemias, e elas grassaram nos aldeamentos indígenas, fazendo deste um dos períodos de maior descenso da população indígena em contato com a sociedade nacional”.

No território habitado pelos Munduruku, no rio Tapajós, as aldeias controladas pelo governo sofreram com doenças severas ao longo da vigência do Império, sobretudo com as chamadas febres, que mesmo recebendo algum auxílio do governo, eram difíceis de combater. É importante dizer que as referências sobre as febres mencionadas aqui correspondem as designações encontradas na documentação consultada, porém sabe-se que essa doença poderia

3 Segundo José Alípio Goulart (1968, p. 22-23), regatão significa vendedor ambulante fluvial que negocia e comercializa todo tipo de mercadoria e produto. Contudo, esta denominação tornou-se exclusiva da Amazônia, já que em outras áreas estes comerciantes são conhecidos como mascate.

4 Os Corpos dos Trabalhadores existiram legalmente até 1859, e funcionavam divididos em Companhias de Trabalhadores ligadas às diversas localidades no interior da província, recrutando índios, mestiços e pretos. Ver: Fuller (2008).

5 Os trechos dos documentos citados tiveram a ortografia atualizada.

ser muitas outras que acabavam categorizadas como “febres intermitentes”, ou “febres de mau caráter” ou somente “febres” pelos sintomas que apresentavam.

Este debate não será feito aqui devido os limites da pesquisa, mas se pretende neste ensaio levantar alguns pontos para refletir sobre as febres, suas incidências, medidas tomadas pelo governo e, principalmente, pelos Munduruku.

O ataque de febres nas aldeias e práticas xamânicas Munduruku

As aldeias e os povoados às margens do rio Tapajós sofreram com esses surtos epidêmicos que destruíram povoações e plantações, atingiram as aldeias religiosas, impactaram a produção de alimentos e o comércio. Entre os surtos epidêmicos frequentes, as chamadas “febres intermitentes” ou “febres de mau caráter” atacavam constantemente a população, em especial, os indígenas. Quando se vê notificações sobre febres no rio Tapajós na documentação quase sempre há explicações que apontam que a doença era causada pelo clima e a insalubridade dos rios, considerada endêmica ocorria com frequência no período do inverno amazônico (de dezembro a junho), quando caíam chuvas fortes causando o aumento no nível das águas dos rios, lagos e igarapés.

A população era afetada sem distinção, brancos, índios, negros, mestiços, e até estrangeiros não escapavam das febres. Conforme Antônio Baena (BAENA, 2004, p. 29-31), as doenças “que invadem o aparelho respiratório” eram as mais comuns e perigosas e “devoravam os selvagens”, referindo-se aos indígenas. Essa doença debilitava os nativos deixando-os “reduzidos a pele e osso”, segundo o casal Agassiz (AGASSIZ, 2000, p. 223-226) que encontraram índios acometidos pelas febres quando estiveram na província do Pará, entre os anos de 1865-1866.

Segundo o *Dicionário de Medicina Popular* de Chernoviz (CHERNOVIZ, 1890, p. 1092-1093), as febres intermitentes, também conhecidas por sezões ou maleitas, ocorriam

inesperadamente e com intervalos seguindo três etapas: frio, calor e suor. A causa desta enfermidade era associada as “exalações pantanosas”, “águas estagnadas”, “frio prolongado e habitações nos lugares baixos e sombrios”. Porém, no relatório do professor de Homeopatia Marius Porte, encaminhado ao presidente da província do Amazonas Herculano Ferreira Penna, foi constatado que as febres não atingiam somente os “lugares baixos e sombrios”, os grandes rios como Negro, Solimões, Madeira, Tapajós e Xingu, também eram afetados, pois a população utilizava os rios para executar as atividades cotidianas e domésticas (AMAZONAS, ANEXO, 1854, p. V-IX).

Em discurso do presidente do Pará na Assembleia Legislativa, Manoel Paranhos da Silva Vellozo, de 1844, além “uso de águas de pântanos, lagos e rios”, o uso “imoderado de bebidas fermentadas feitas de mandiocas, frutas agrestes, peixe pescados em águas lodosas, morto com timbó” contribuía para o aparecimento das febres e outras enfermidades (PARÁ, 1844, p. 20-21). Vale destacar que o timbó é uma raiz com efeitos narcóticos em peixes, mas não prejudica carne, pois age somente no aparelho respiratório. A utilização desta raiz era um dos métodos empregados pelos indígenas e mestiços da Amazônia para pescar de longa data. Quando preparado, o timbó era colocado na água junto com os peixes que em instantes boiavam (BAENA, 2004, p. 94-95).

Para o viajante inglês Henry Bates (BATES, 1979, p. 162), que esteve pelo Norte do Brasil entre os anos de 1848 a 1859, o uso do timbó causou espanto quando esteve em Alter-do-Chão, foz do rio Tapajós, e observou que os índios possuíam um método de pesca que “ainda não tinha visto em nenhum outro lugar”, mas que era comum neste rio.⁶

No Tapajós, para algumas pessoas, o timbó era um “ramo de negócio”, por se tratar de um método eficaz de pesca empregado

6 Sergio Buarque de Holanda (1994, p. 72) mostra que a técnica da pesca com a raiz era utilizada pelos índios do atual território de São Paulo no século XVII. Porém, não era novidade aos colonizadores portugueses que faziam uso de ervas, como o barbasco (também chamado de verbasco), arbustos, como o trovisco, folhas da coca e da cal para a pesca.

frequentemente no interior da província. Para outras, o timbó poderia ser a causa de morte, como publicou o jornal santareno “Tapajoense”, em 18 de outubro de 1856. Conforme a matéria do jornal, muitas pessoas perdiam suas vidas no rio Tapajós fazendo uso da raiz, era pedido que o Delegado de Polícia da região tomasse providências para cessar o uso (TAPAJOENSE, 1856, p. 1-2).

A preocupação com os hábitos alimentares, o uso dos rios e o clima aparece também nos escritos de Antônio Baena, José Veríssimo e Rufino Tavares. Conforme Baena (BAENA, 2004, p. 31) e Tavares (TAVARES, 1876, p. 17), a província possuía duas estações inverno e verão, sendo que a primeira iniciava em novembro ou dezembro e seguia até junho; já a segunda começava em julho e seguia até o mês de dezembro. Entretanto, era no período chuvoso que as doenças de caráter passageiro, como as febres intermitentes e disenteria, reinavam às margens dos rios da província atingindo a população indígena. Aliado a isso, Veríssimo (VERÍSSIMO, 1970, p. 83) e Tavares atribuíam também a “má alimentação” dos indígenas, a “falta de modos civilizados para se alimentar”, a “falta de um regime higiênico”, o uso “imoderado de bebidas alcóolicas”, “as habitações húmidas” e a falta de acompanhamento médico as razões para a proliferação de moléstias.

As enfermidades apresentadas acima em consideradas “moléstias de primeira classe”, como as febres intermitentes citadas, as diarreias rebeldes, a disenteria, as hidropisias,⁷ as bexigas, os tubérculos pulmonares tísicas⁸ e o catarro pulmonar. Existiam ainda as doenças consideradas “moléstias de segunda

7 Conforme Chernoviz (1890, p. 168), dava-se o nome de hidropisia para “todo o derramamento de serosidade em uma cavidade qualquer do corpo ou no tecido celular subcutâneo”. A moléstia era causada por diversos fatores sobressaindo-se “o frio húmido e o temperamento débil”, “a alimentação insalubre ou insuficiente”, a “ingestão de bebidas frias com o corpo suado”, “uma vida sedentária” e “as paixões vivas da alma”. A hidropisia ocorria no ventre, conhecido como “barriga d’água”, nas articulações, no coração, no peito, na cabeça, no olho, nos ovários.

8 Esta doença também era conhecida simplesmente por tísica ou moléstia do peito. Consistia no “desenvolvimento de tubérculos no pulmão” que eram “corpos de cor branco-amarelada, opacos, de grossura que pode variar desde o volume de um grão de arroz até ao de um ovo ou de uma laranja”. Entre as causas da doença, o clima frio era apontado como um dos fatores que propiciavam o desenvolvimento da doença Chernoviz (1890, p. 1092; 1095).

classe” que eram hidroceles,⁹ sarna, úlcera de diferentes gêneros, sífilis e obstruções (PARÁ, 1840, p. 27). Em geral, eram as doenças de “primeira classe” que atacavam os indígenas aldeados e aqueles recém-saídos da floresta. Conforme professor Marius Porte, estas moléstias antigas na Amazônia chegavam a matar 80 por cento dos indígenas que “saem do mato”, corroborando com a ideia de ausência de anticorpos e “vulnerabilidade” indígena (AMAZONAS, ANEXO, 1854, p. IX).

Os Munduruku aldeados no Baixo Tapajós foram atacados com frequência por febres. Em 1850, o presidente Jerônimo Francisco Coelho informou que havia recebido notícias do comandante militar de Santarém e do missionário de que os índios da missão do Tapajós, por volta do mês de junho do mesmo ano, foram acometidos por uma epidemia de febres que causou grande mortandade nos índios das aldeias de Curi, Santa Cruz, Ixituba e no posto militar de Itaituba. Para tanto, não se teve explicações sobre os sintomas da doença. Na ocasião, o presidente encaminhou às margens do Tapajós “a remessa de medicamentos e de dinheiro para dietas e até para mantimentos, pois no estado desgraçado daquelas povoações, a epidemia trouxe como consequência a fome”, já que os indígenas adoentados não podiam obter seu próprio sustento (PARÁ, 1850, p. 16-17).

Em ofício de 28 de fevereiro de 1853, enviado por frei Garésio ao presidente José Joaquim da Cunha, se têm informações mais claras sobre essa epidemia de febres. Segundo o frei, a epidemia durou cerca de um ano, de 1849 a 1850, e não afligiu somente as aldeias dos Munduruku, mas todo o distrito onde se localizava a missão também foi atingindo. Mais uma vez os sintomas não aparecem descritos no ofício enviado pelo missionário, mas sabe-se que o vice-presidente da província, Ângelo Custódio, encaminhou os medicamentos necessários e o valor de 200\$000 em dinheiro para socorrer os indígenas (OFÍCIOS, 28 fev. 1853).

⁹ Chamava-se de hidrocele “um tumor do escroto formado pela aglomeração da serosidade na túnica vaginal, membrana que envolve o testículo”. Não era uma moléstia considerada grave, mas causava incômodos ao homem Chernoviz (1890, p. 159).

As febres que ocorriam associadas ao clima da região eram consideradas passageiras, por ocorrer somente num período do ano, porém não deixavam de preocupar o governo provincial. Entre 1856 e 1857, chegaram informações ao presidente Henrique de Beaurepaire Rohan que no Tapajós reinava uma enfermidade que “assolava as populações marginais”, aqueles grupos que viviam às margens dos rios, incluindo, os índios. O médico José Veríssimo de Mattos, que integrava a Comissão de Higiene, foi encaminhado para visitar algumas povoações do rio Tapajós e as aldeias de Munduruku. De acordo com o relatório do presidente Henrique de Beaurepaire Rohan, Veríssimo subiu o Tapajós sessenta léguas acima de Santarém e alcançou os povoados de Alter-do-Chão, Boim, Pinhel, Santa Cruz, Aveiro, Curi, Ixituba, Brasília Legal e Itaituba, território habitado pelos Munduruku. Em 81 dos casos observados notou que “45 [pertenciam] a classe das febres intermitentes, e era essa, com efeito, a enfermidade, que, segundo ele (Veríssimo de Mattos), mais grassava então na região que percorrera” (PARÁ, 1857, p. 6-7).

Com essas notícias percebe-se como as febres poderiam perturbar a ordem social na missão do Baixo Tapajós, porém elas não permitem analisar os sintomas e tão pouco como os Munduruku acionaram suas estratégias e empregaram métodos próprios de cura. As narrativas feitas pelo missionário Garésio eram protocolares, e pouco revelaram sobre as práticas dos Munduruku nestas circunstâncias, sobretudo por se tratar de indígenas aldeados, batizados e que viviam no espaço de missão gerido pelo governo. Ainda assim, é possível acessar algumas das estratégias empregadas pelo missionário para socorrer os indígenas aldeados.

Por outro lado, na missão do Alto Tapajós chamada de Bacabal, sob a gerência do frei capuchinho italiano Pelino de Castrovalva, entre as décadas de 1870 e 1880, as notícias sobre o ataque de febres não só foram registradas como apresentam, ainda que breve, alguns dos sintomas das febres e algumas das ações engendradas pelos Munduruku aldeados ali para se verem livres dos males, além de permitir perceber conflitos que aconteciam na

missão por conta de doenças, incluindo febres, e da coexistência do pajé com o missionário na aldeia.

Em 1877, a missão do Bacabal contava com uma população de 547 – Castrovalva prometia aumento para 2 mil –, e a relação entre o missionário e os indígenas aparece em fala do presidente João Capistrano Bandeira de Mello Filho, de 15 de fevereiro de 1877, como amistosa e próspera. Os Munduruku são descritos como afeitos ao trabalho agrícola e produtores de mandioca, arroz, milho, café, algodão, batatas, carás, banana e feijão (PARÁ, 1877, p. 164-165).

Contudo, a partir das pesquisas de Laura Trindade de Moraes (MORAIS, 2016, p. 31), sobre as relações entre os Munduruku, os regatões e o missionário capuchinho no alto Tapajós, se vê que a missão do Bacabal estava longe de ser tranquila, ao contrário, “a busca pelo domínio da mão de obra indígena fez do Tapajós palco de muitos conflitos envolvendo, sobretudo, missionários e comerciantes de regatão”. As desavenças entre frei Pelino de Castrovalva e os comerciantes dos rios são exemplos de como se estabeleceram as relações entre esses sujeitos na região, além de servir de indicativo de como se davam as relações entre missionários e regatões em outras missões da província.

Além destes conflitos, o frei Castrovalva teve embates com os pajés por conta da relação com os regatões (MORAIS, 2016) e também devido ao uso da magia na missão e ao papel que desempenhavam os pajés. Esses conflitos são possíveis de acessar pois o frei Castrovalva escreveu um diário da sua experiência como missionário no Tapajós entre os Munduruku, intitulado “O Rio Tapajós, os Capuchinhos e os Índios Mundurucus (1871-1883)”, publicado em 1884, onde relatou estes conflitos e seu ponto de vista sobre os pajés. Conforme o frei, nos dez anos que passou entre os Munduruku não conseguiu afastá-los do uso da magia e nem dos pajés, “para frustração de todo o meu esforço para expulsar do coração deles a terrível superstição do feitiço por sentença do pajé, oito pessoas foram trucidadas cultamente” (CASTROVALVA, 2000 [1884], p. 209). Este trecho revela que Castrovalva não conseguia

compreender o significado da magia e do pajé para os Munduruku, sua leitura era marcada por concepções que entendiam tais práticas como supersticiosas e violentas.

Amoroso (AMOROSO, 2006b, p. 228), estudando o xamanismo nesta missão mostrou como os índios aldeados que foram acometidos por epidemias de febres apresentavam sintomas “catarral de pneumonia e pleurisia”, além de sentirem “terror e medo”. As causas das enfermidades foram atribuídas à magia, conforme a autora, “os índios começaram a gritar que estavam enfeitiçados” e que o aldeamento “estava cheio de malefícios e encantamentos”.

As causas de males ocasionadas por doenças para os Munduruku estavam associadas à introdução de um objeto estranho no corpo por um feiticeiro, que, quando descoberto precisava ser morto para que a ordem social na aldeia fosse reestabelecida. O engenheiro Tocantins (TOCANTINS, 1877, p. 107), que narrou a história de Sebastiana e sua família, apresentou outras histórias sobre mortes de feiticeiros entre os Munduruku do Alto Tapajós baseado em conversas que teve ao longo da viagem e em relatório apresentado pelo frei Castrovalva ao governo. Assim como o missionário capuchinho, Tocantins entendia que essa situação era “um erro fatal”. Entre as histórias registradas, destaca-se aqui o assassinato de um Munduruku chamado Ismael.

Na ausência do frei Castrovalva o cacique Mari-Baxi, conhecido também como capitão José da Gama, ficava responsável pelas aldeias da missão e a morte de Ismael aconteceu nesta circunstância. Junto com o rapaz acusado de feitiçaria, outros 3 foram arrolados para serem mortos, porém foram avisados e fugiram da aldeia retornando na presença de Castrovalva. Ismael foi morto a mando de Mari-Baxi por dois tiros de espingardas e pancadas na cabeça. A morte do rapaz foi ocasionada pelo adoecimento e morte de pessoas na aldeia.

O que é interessante observar é que Mari-Baxi possui certa fama em matar companheiros de aldeia acusados de feitiçaria. Segundo narrou Tocantins (TOCANTINS, 1877, p. 108-109),

este cacique havia tirado a vida do próprio irmão por acusação de feitiçaria. Porém, a morte não fora por espingarda, mas por afogamento. Mari-Baxi amarrou uma pedra ao pescoço do irmão e o lançou nas cachoeiras do alto Tapajós.

Os Munduruku buscavam na magia e na figura do xamã ou pajé a cura dos feitiços. O xamã exerce um papel social importante dentro das sociedades indígenas, pois é ele quem prediz o futuro e promove a cura das doenças (MURPHY, 1956, p. 7; AMOROSO, 2006a; 2006b, p. 227). Como já mencionado, os rituais de cura Munduruku gravitam em torno da extração do caushí, o objeto maligno, do corpo de uma pessoa enferma pela aplicação de fumaça de tabaco e sucção (MURPHY, 1956, p. 7).

O viajante inglês Henry Bates (BATES, 1979, p. 182) pode observar que cada grupo Munduruku tinha seu pajé que, num só tempo, era “sacerdote e médico”. Ele determinava o momento propício para o ataque ao inimigo, exorcizava os maus espíritos e curava os doentes. Esta visão sobre os pajés também foi compartilhada por José Veríssimo (VERÍSSIMO, 1887, p. 351), que acreditava que o “famigerado pajé” era, num só tempo, o feiticeiro e o médico para as populações indígenas da Amazônia, e que estes eram ajudados pela natureza rica em substâncias medicinais, cujas as virtudes eles aprendiam a conhecer e manipular, e pela profunda crença de seus doentes que buscavam seus conhecimentos em momentos críticos.

Sobre as doenças, Bates (BATES, 1979, p. 182) relatou que eram supostamente causadas por um verme localizado na parte afetada, que poderia ser extraído através do sopro de fumaça de um vasto charuto que o pajé preparava “com ar de mistério enrolando o fumo em folhas de tauari”. Em seguida, continua Bates, “ele [o pajé] suga o local afetado, tirando da boca ao terminar, algo que finge tratar-se de verme. É um passe de magia muito canhestro.”

Para Bates (BATES, 1979, p. 182), o pajé era um “impostor”, encenava o ritual de cura diante dos expectadores. Na cena observada pelo viajante não se tratava de um objeto em si, mas de verme que teria sido introduzido no corpo da vítima por

feiticeiro inimigo. Veríssimo (VERÍSSIMO, 1887, p. 349) não via o pajé como impostor, mas entendia que este era um sujeito que “adulterava as regras e disciplinas da igreja”, considerando que está fosse a causa de seu sucesso junto aos que buscavam seus serviços.

Amoroso (AMOROSO, 2006b, p. 229) atenta que a magia era um elemento que fazia parte do sistema etiológico (sistema que explica a origem das coisas) e do complexo xamânico Munduruku. Num só tempo, a magia era a causa e a cura para o mal que se abatia sobre a vítima. Porém, estes aspectos fugiam completamente da compreensão dos missionários capuchinhos e dos viajantes que desqualificavam a sabedoria, a cultura, as leituras e estratégias indígenas das doenças desconhecidas em seus registros.

As febres para além das missões

Antes do mencionado caso da missão do Bacabal, epidemias de febres atacaram os Munduruku do Alto Tapajós, em 1856, porém, as notícias chegaram até as autoridades dois anos depois. Em 1858, João Wilkens de Mattos, diretor geral dos índios da província do Amazonas, teve notícias do surto epidêmico que atacou os Munduruku de Tiacoron, aldeia localizada nas Campinas, quando visitava a aldeia de Mucajatuba, no Amazonas. Lá tomou conhecimento que 200 índios “Munduruku boçais”, recém-saídos da floresta, encontravam-se assentados acima do rio Namby, do igarapé Sucurijúassú e em algumas das oito cachoeiras. Estes índios desejavam vir à aldeia, porém lhes faltava roupas e provisões. Sem demorar, o diretor mandou ao encontro destes índios uma pequena canoa equipada com provisões para trazer o principal destes índios, o tuxaua Belizário, “o mais influente entre os de sua tribo”, juntamente com sua família, para conversar (AMAZONAS, ANEXO, 1858, p. 3).

Entretanto, antes da chegada do tuxaua Belizário, chegou à aldeia de Mucajatuba um Munduruku de nome Puxutaka

contando sobre o grande número de indígenas que ainda estavam nas cachoeiras. Por este índio, João Wilkens de Mattos soube que no final do ano de 1856 as malocas das Campinas foram acometidas por uma peste que assolou quase todas as outras. Os sintomas da moléstia causavam “grandes tremores, dores de cabeça e vômitos, o que matava em poucas horas”. Encurralados os tuxauas decidiram migrar para o rio Mawéassú, porém ao longo do caminho perderam mais duas pessoas (AMAZONAS, ANEXO, 1858, p. 3). Depois do regresso da expedição que mandou até o Namby, Wilkens de Mattos partiu para outras aldeias chegando ao rio Abacaxis, onde foi recebido pelo índio Francisco Antônio em seu sítio, localizado no paraná-miri (rio pequeno) do rio Urariá. Lá encontrou mais índios descidos das Campinas pelo rio Canumã, que tinham ido visitar seus parentes. O diretor os brindou e ratificou a notícia da epidemia nas Campinas de Tiacoron, onde muitos índios morreram (AMAZONAS, ANEXO, 1858, p. 4).

Márcio Couto Henrique (HENRIQUE, 2013, p. 7-8) ressalta que em algumas ocasiões os missionários fizeram longas viagens para fixar aldeamentos, por outro lado, os índios também buscaram as autoridades manifestando a vontade de se aldear sob a autoridade de um missionário. Quando essa situação ocorria, “a motivação para isso tinha mais a ver com a dinâmica interna dos grupos indígenas, do que com o desejo de tornarem-se cristãos e trabalhadores produtivos para a província”. De certo, as doenças eram motivações suficientes para que os índios buscassem os aldeamentos controlados pelos missionários ou agentes de governo para obter ajuda, quando não conseguiam lidar com seus efeitos.

As febres também chegaram com os Munduruku do rio Cupari, segundo narrou Bates (BATES, 1979, p. 186) quando fez escala em Aveiros, às margens do Tapajós, em 1852, para apanhar algumas canastras que havia deixado ali. O viajante inglês relatou que quando chegou a Aveiros estavam quase todos doentes, atacados de febre e vômitos, e observou que para estes males “as pílulas homeopáticas do vigário de pouco valiam”, porém não revelou quais

métodos de cura eram empregados. Bates confirmou ainda que o Tapajós se manteve livre de epidemias por alguns anos, porém em 1853 foi um dos anos “mais trágicos para os habitantes daquela região”. Uma epidemia se espalhou atacando a população, incluindo os “amigos do Cupari”, referindo-se as pessoas que lhe deram abrigo quando esteve pela região, e “grande número de habitantes da aldeia dos Munduruku”.

Em 1858, o presidente João da Silva Carrão informava “uma epidemia, porém sem caráter assustador em Gurupá, Porto de Moz, Portel e Itaituba” (PARÁ, 1858, p. 26). Dois anos depois, Santarém ainda sofria com uma epidemia de “febres de mau caráter”, possivelmente a mesma que atacou a população em Cupari, que flagelava os habitantes da região, principalmente, de Maicá, Urumanduba e Alenquer, localizadas próximas de Óbidos, no Baixo Amazonas. Os cuidados e auxílios necessários foram tomados pelo governo para que a epidemia cessasse o mais rápido possível (PARÁ, 1860, p. 4).

Ainda são necessárias pesquisas para conseguir ter dimensão do ataque das febres no Tapajós e sobre as populações Munduruku, mas já é possível perceber que essa doença, ainda que endêmica e sazonal na maioria dos casos acessados, causava distúrbios na região do Tapajós, e como não poderia ser diferente nos espaços de missão. É possível averiguar também que os Munduruku acionavam seus métodos próprios para lidar com os surtos, fazendo leituras particulares sobre as febres e seus efeitos sobre as aldeias.

Por outro lado, mesmo trabalhando com os rastros e indícios da documentação, verificou-se a dificuldade de definir quais outras doenças poderiam ser designadas de febres. Contudo nota-se que quando as febres associadas ao clima da região eram identificadas e classificadas pelas juntas médicas, além de contribuir para reforçar as representações distorcidas sobre as populações indígenas e natureza que habitavam.

Referências

Fontes

AMAZONAS, Governo. Fala dirigida a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas no dia 1º de agosto de 1854, em que se abriu a sua 3ª sessão ordinária, pelo presidente da província o Conselheiro Herculano Ferreira Penna. Barra do Rio Negro, Tip. de M. S. Ramos, 1854.

AMAZONAS, Governo. Relatório que a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas apresentou na abertura da sessão ordinária em dia 7 de setembro de 1858. Francisco José Furtado, presidente da mesma província. Manaus: Tip. de Francisco José da Silva Ramos, 1858.

BIBLIOTECA NACIONAL, Hemeroteca. Jornal Tapajoense, Santarém, 18 de outubro de 1856. Disponível: <http://memoria.bn.br/hdb/periodico.aspx>.

Fundo: Secretaria da Presidência da Província (SPP). Série: Ofícios de Autoridades Eclesiásticas (OAE). Ano: 1853-1854. Cx. 175. Ofício: 28 fev. 1853.

PARÁ, Governo. Discurso recitado pelo Exm. Sr. Dr. João Antônio de Miranda, presidente da província do Pará, na abertura da Assembleia Legislativa Provincial, no dia 15 de agosto de 1840. Pará, Tip. de Santos & menor, 1840.

PARÁ, Governo. Discurso recitado pelo Exmo. Sr. Desembargador Manoel Paranhos da Silva Vellozo, presidente da província do Pará, na abertura da primeira sessão da quarta legislatura da Assembleia Provincial no dia 15 de agosto de 1844. Pará, Tip. de Santos & menores, 1844.

PARÁ, Governo. Relatório feito pelo Exmo. Snr. Conselheiro Jerônimo Francisco Coelho, presidente desta província e entre ao 1º vive presidente em exercício, o Exmo. Snr. Dr. Ângelo Custodio Corrêa, no dia 1º de agosto de 1850. Pará: Tip. Santos & Filhos, 1850.

PARÁ, Governo. Relatório apresentado a Assembleia Legislativa Provincial do Pará, no dia 15 de agosto de 1857, por ocasião da abertura da segunda sessão da 10ª legislatura da mesma Assembleia, pelo presidente Henrique de Beaurepaire Rohan. Pará: Tip. de Santos e Filhos, 1857.

PARÁ, Governo. Discurso da abertura da Assembleia Legislativa Provincial do Pará, em 7 de abril de 1858, pelo presidente Dr. João da Silva Carrão. Pará: Tip. Diário do Comércio, 1858.

PARÁ, Governo. Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Ângelo Thomaz do Amaral pelo primeiro vice-presidente da Província do Grão-Pará, o Exmo. Sr. Dr. Fabio

Alexandrino de Carvalho Reis de 8 de agosto de 1860. Pará: Tip. Comercial de Antônio José Rabello Guimarães, 1860.

PARÁ, Governo. Fala com que o Exm. Sr. Dr. João Capistrano Bandeira de Mellho Filho abriu a 2ª sessão da 20ª Legislativa da Assembleia Legislativa da Província do Pará, em 15 de fevereiro de 1877. Pará: Tip. do Livro do Comércio, 1877.

Bibliografia

AGASSIZ, Jean Louis Rodolph. *Viagem ao Brasil 1865-1866*. Tradução e notas de Edgar Süsskind de Mendonça. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2000.

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. *Os índios na História do Brasil*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2010.

AMOROSO, Marta. Mudança de hábito: Catequese e educação para índios nos aldeamentos capuchinhos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 37, p. 101-114, jun. 1998.

AMOROSO, Marta. Crânios e cachaça: coleções ameríndias e exposições no século XIX. *Revista de História*, n. 154, p. 119-150, 2006a.

AMOROSO, Marta. A primeira missa: memória e xamanismo na Missão Capuchinha de Bacabal (Rio Tapajós, 1872-82). In: MONTERO, Paula. *Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural*. São Paulo: Globo, 2006b, p. 209-234.

AMOROSO, Marta. Um kiki-koi para Arepquembe. In: AMOROSO, Marta. *Terra de índio – imagens em aldeamentos do Império*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

BAENA, Antônio L. M. *Ensaio Corográfico sobre a Província do Pará*. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2004.

BATES, Henry Walter. *O naturalista no rio Amazonas*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1979.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Introdução a uma História Indígena. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998 [1992], p. 09-24.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. Política indigenista no século XIX. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998 [1992], p. 133-154.

Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira, André Luís Lima Nogueira, Patrícia M. S. Merlo (org.)

CASTROVALVA, Pelino de. *O Rio Tapajós, os Capuchinhos e os Índios Mundurucus (1871-1883)*. São Luís: Lithograf, 2000.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular e das ciencias accessarios*. 6 ed. Volumes A- F \ G- Z. Pariz: A. Roger e F. Chernoviz, 1890.

FREITAS, Ricardo Cabral de. Ardentes trópicos: febres e saúde pública no Brasil joanino. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, jul./set. 2020, p. 723-740.

FULLER, Claudia Maria. Os Corpos de Trabalhadores: política de controle social no Grão-Pará. *Revista de Estudos Amazônicos*. Belém: Ed. Açai, p. 93-118, 2008.

GOULART, José Alípio. *O Regatão: mascate fluvial da Amazônia*. Rio de Janeiro, Ed. Conquista, 1968.

HENRIQUE, Márcio Couto. Presente de branco: a perspectiva indígena dos “brindes” da civilização (Amazônia, século XIX). ANPUH XXVII – SIMPÓSIO TEMÁTICO 11 – A PRESENÇA INDÍGENA NA HISTÓRIA DO BRASIL... *Anais*, Rio Grande do Norte, Natal, 2013a.

HENRIQUE, Márcio Couto. *Sem Vieira nem Pombal: índios na Amazônia no século XIX*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Caminhos e Fronteiras*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994 [1957].

MONTEIRO, John M. *Tupis, Tapuias e Historiadores: estudos de História Indígena e do Indigenismo*. Tese (Doutorado em Etnologia). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2001.

MORAIS, Laura de Trindade. *O poder simbólico das “bugigangas”: índios e regatões na província do Pará (século XIX)*. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Pará, 2016.

MOREIRA NETO, Carlos de Araújo. *Índios da Amazônia: de maioria a minoria (1750-1850)*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1988.

MURPHY, Robert e Yolanda. *As condições atuais dos Mundurucú*. Belém: Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará, 1954.

SAMPAIO, Patrícia Melo; ERTHAL, Regina de Carvalho (org.). *Rastros da memória: histórias e trajetórias das populações Indígenas na Amazônia*. Manaus: EDUA, 2006.

SAMPAIO, Patrícia Maria Melo. Política indigenista no Brasil Imperial. In: GRINBERG, K. & SALLES, R. (org.). *O Brasil Imperial (1808-1889)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 175-206.

SAMPAIO, Patrícia Maria Melo. *Espelhos Partidos: etnia, legislação e desigualdade na Colônia*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2011.

PARAÍSO, Maria Hilda Baqueiro. *O tempo da dor e do trabalho: a conquista dos territórios indígenas nos Sertões do Leste*. Tese (Doutorado em História Social). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

TAUBATÉ, P. Fr. Modesto Rezende de.; PRIMERIO, P. Fr. Fidelis Motta de. *Os missionários capuchinhos no Brasil*. São Paulo: Typographia do Semanario “La Squilla”, 1929.

TAVARES, Rufino L. *O rio Tapajóz: memória onde se estuda semelhante tributário do Amazonas, não só como elemento de riqueza e uma das melhores vias de comunicação como também todo o território que banha é mais apropriado para o estabelecimento de colônias agrícolas e industriais*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1876.

TOCANTINS, Antonio Manuel Gonçalves. Estudo sobre a tribo Mundurucú. *Revista Trimensal do Instituto Histórico Geographico e Ethnographico Brasileiro*, t. XL. Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1877, p. 73-161.

VERÍSSIMO, José. As populações indígenas e mestiças da Amazónia. *Revista Trimensal do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, t. L, [parte primeira], p. 295-390, [s. d.].

VERÍSSIMO, José. *Estudos Amazônicos*. Belém: UFPA, 1970.

Doença, culpabilização e sujeito-vítima: os sentidos sobre saúde nos discursos de usuários de droga, em blogs pessoais

Wedencley Alves¹

Luana Luciana Ribeiro de Alencar²

“A adicção é uma doença que, sem recuperação, termina em prisão, instituições ou morte”

Nem sempre o uso problemático de drogas foi associado a transtornos mentais ou a uma doença, muito menos o seu uso era criminalizado. As drogas eram usadas como símbolo sagrado em rituais religiosos e eram prescritas pela medicina para tratamento de algumas doenças, como o cigarro à base de *cannabis* para tosses e catarros.

Após o início das guerras às drogas, legitimada pelo biopoder, que já havia sido instituída como instância de controle dos corpos já no século XIX (FOUCAULT, 1999), o olhar medicinal sobre o uso de drogas passa mais a não ser usado para tratar, mas para punir quem as usava, visto que as pessoas que faziam uso problemático de drogas passaram a ser vistas como doentes. Esse processo não se deu do dia para a noite. Ainda nos anos 60, eram símbolo de liberdade e prazer, nos movimentos de contracultura.

Com a criação do primeiro DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), em 1952, o uso problemático de drogas era descrito no manual como um transtorno mental

1 Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: wedencley@gmail.com

2 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde/FioCruz. E-mail: alencarlr@hotmail.com

intitulado no tópico “Adicção por Drogas”, que abre margem para acreditar que o uso de drogas poderia ser um sintoma de transtorno de personalidade. A partir disso, percebemos que medicina e justiça caminhavam juntas para patologizar e punir usuários de drogas, principalmente pessoas de classe social mais baixa. Alguns desses instrumentos usados para detectar quem era passível de ser um doente ou um criminoso foram utilizados nos Estados Unidos, à base de formulários, conhecidos como instrumentos atuariais (DIETER, 2013, p. 6).

Não cabe a nós, em um trabalho discursivo-comunicacional, discutir se o uso problemático de drogas é ou não é uma doença, mas cabe ao nosso escopo o interesse de compreender como essas pessoas que se auto intitulam doentes constituem e são constituídas por esse discurso, e de que maneira elas se reconhecem e se identificam como adictas.

Para esse fim fomos aos blogs pessoais de pessoas que se identificavam dessa maneira, totalizando três blogs que agrupavam as características de serem não institucionais, pessoais, com depoimentos próprios e verídicos. O parâmetro de recorte temporal que usamos até chegar à saturação nas análises foi a seguinte: a partir das três primeiras postagens do mês em que o blog foi inaugurado, analisamos os três textos do ano e do mês subsequente ao que foi escrito pela primeira vez. Exemplo: se as três primeiras postagens do blog foram em setembro de 2011, analisamos as três primeiras postagens de outubro de 2012 e assim sucessivamente, até chegarmos a uma saturação de sentido.

Dados e material analisados

Vejamos uns discursos encontrados nessa ambiência:

E1. Minha doença resiste em permitir que eu tenha a mente aberta para aceitar que eu preciso mudar e que eu não posso mais manter os comportamentos anteriores e minha auto-ilusão racionalizada de que sou humilde.

E2. Trata-se de fazer a vontade de Deus prevalecer e não a minha, mas na minha doença isso é extremamente difícil.

E3. A minha doença age de forma traiçoeira, comendo pelas beiradas, aproveitando qualquer falha na minha armadura e esta semana não foi diferente.

E4. O que quero falar hoje não é sobre meus momentos de fundo do poço ou de alucinações que tive, e sim, de um fator muito importante para me manter em abstinência; o remédio para minha doença.

E5. Foi difícil me perdoar e entender que não apenas tinha uma doença mas que a cura estava aqui dentro.

E6. A adicção é uma doença do comportamento, da obsessão e compulsão por algo ou alguém. Vivo em conflito comigo mesmo quando o desejo por algo é maior que a minha força de vontade para controlar minhas ações.

E7. Um adicto é simplesmente uma pessoa cuja vida é controlada pelas drogas

E8. A adicção é uma doença traiçoeira que afeta todas as áreas de nossas vidas, mesmo aquelas que a princípio não parecem ter muito a ver com as drogas

E9. A adicção é uma doença que, sem recuperação, termina em prisão, instituições ou morte.

E10. (...) devido ao uso de drogas eu já não tinha mais forças para escolher quem eu verdadeiramente queria ser

E11. A doença da adicção manifesta-se silenciosamente e, de uma hora para outra, não se consegue mais tomar apenas uma cerveja, cheirar apenas uma grama ou fumar apenas duas “pedras”.

E12. Hoje eu não posso mais escolher em ser ou não um adicto, mas posso escolher entre estar ou não em recuperação.

Algumas vezes a identificação com o discurso da doença é tão intensa que nos enunciados como E1, E2 e E3 os sujeitos lançam mão do pronome possessivo “minha” doença para falar de seu uso problemático de drogas.

Em E1 ao mesmo tempo em que o autor faz uso do pronome possessivo *minha* para se apropriar da adicção como doença, *minha doença*, o verbo seguido *permitir* abre caminho para um sentido de que por mais que a doença seja dele, ela o domina: *Minha doença resiste em permitir*. Tais significantes reiteram o que vamos intitular de sujeito-vítima, um sintoma do sujeito-neoliberal e que abarca duas possíveis questões: a) se há uma vítima, há um réu b) a ideia de vítima, nesse caso, vai na contramão do sujeito responsável de

si, visto que essa culpa é transferida para o outro, nesse caso para as drogas. Podemos ver isso de maneira mais clara nas seguintes conjecturas:

“Minha doença resiste em permitir que eu tenha a mente aberta para aceitar que eu preciso mudar”

Aceitaria que preciso mudar se minha doença não resistisse em permiti-lo.

Em E2 encontramos indícios de uma formação discursiva religiosa que atravessa a fala do sujeito, que traz em sua afirmação uma relação de poder entre ele e Deus. Para a Análise de Discurso, a formação discursiva (doravante FD) pode ser vista como uma matriz de sentido, que determina o que pode e deve ser dito pelos sujeitos (ORLANDI, 2002).

Novamente o sentido de doença aparece como um impeditivo para que a vontade desse sujeito seja cumprida, o que aponta a relação vítima-réu mais uma vez. O uso do “mas” na sequência do primeiro fragmento vem para tentar justificar a impossibilidade de a primeira afirmação acontecer. Mas outras locuções também podem aparecer nessa função:

Trata-se de fazer a vontade de Deus prevalecer e não a minha, mas na minha doença isso é extremamente difícil.

A vontade de Deus é impedida de prevalecer sobre minha vida por causa da minha doença.

Se não fosse a minha doença, a vontade de Deus prevaleceria sobre a minha.

Por outro lado o significante “extremamente” não exclui a possibilidade de que esse sujeito faça a vontade de Deus prevalecer sobre a sua.

“mas na minha doença isso é extremamente difícil”

Difícil por si só já seria suficiente para entendermos que a “doença” do sujeito dificulta a vontade de Deus sobre ele, mas o significante “extremamente” pode ser uma tentativa de reafirmar o quão difícil tal ato é, difícil ao extremo. Outro ponto que percebemos é que esse sujeito está duplamente em uma relação de poder, pois

se não fossem as drogas que tomassem conta de sua vida, essa seria entregue à vontade de Deus.

Em E3 o significante “armadura” nos remete a uma metáfora de guerra. O campo semântico que se ocupa da prevenção de drogas e sua extinção nos remete a uma memória discursiva de que as drogas devem ser combatidas. Nesse enunciado o sujeito ocupa uma posição-sujeito de vítima das drogas inimigas. A frase “aproveitando qualquer falha na minha armadura” personifica, de certa forma, as drogas, como se elas esperassem qualquer oportunidade para “aproveitar-se” desse sujeito. O significante “armadura” é parte do campo semântico do qual falamos acima. Se algo ou alguém se aproveita de outra pessoa, podemos inferir que essa pessoa ocupa, também, uma posição-sujeito de vítima e toda vítima tem um culpado, que nesse caso é a doença dele e as drogas.

Em E4a última frase do cotexto nos chama a atenção: o remédio para minha doença. Outra vez nos deparamos com a aparição do pronome possessivo “minha”, que é um efeito de evidência de que esse sujeito está em identificação com o discurso biomédico sobre as drogas. O autor faz uso do significante remédio que indica para um sentido de cura. Embora percebamos o uso de significantes da área da saúde, a base da cura sempre está pautada em preceitos morais, como aponta os 12 passos do Narcóticos Anônimos. Em todos os blogs analisados, os sujeitos passaram pelos Narcóticos Anônimos, cujo discurso religioso é a sua base.

O significante “cura” aparece mais uma vez no enunciado seguinte, E5, também atrelada a um sentido biomédico, atestado pela frase “a cura estava aqui dentro”. Ora, se a cura estava “dentro” desse sujeito, voltamos a outro sintoma da forma-sujeito neoliberal: o autocuidado e responsabilidade de si. Toda essa responsabilidade de si traz, sem dúvida, uma pressão social para a vida de indivíduo e a culpabilização da vítima (CASTIAL; GUILAM, FERREIRA, 2015). Essa autoculpabilização aparece no trecho “Foi difícil me perdoar”. O perdão está entrelaçado com o sentido de transgressão, só se pede perdão por um erro. Apesar

do lexema “doença” aparecer com um sentido biomédico, por sua aproximação com o discurso da culpa e do autoestigma, podemos dizer que essa doença que os sujeitos reafirmam e com as quais se identificam está muito mais ligada a princípios morais do que à área da saúde. Vejamos:

foi difícil me *perdoar* e entender que não apenas tinha uma *doença* mas que a *cura estava aqui dentro*.

Além de ser doente, o sujeito aponta uma dificuldade de se perdoar e de ser o responsável por sua própria cura. Ora esse sujeito se martiriza duplamente: primeiro por ser doente, segundo por ser o responsável por sua cura. Essas relações de sentidos podemos perceber na relação entre os significantes “me perdoar”, “doença”, “cura” e a expressão “estava aqui dentro”, que está interligada a “foi difícil me perdoar”. Leia-se: foi difícil me perdoar, pois a cura estava aqui dentro. Se estava aqui dentro, a responsabilidade por estar são??? é minha. Toda essa culpabilização parece ser reforçada pelo uso do significante “apenas”, pois bem não era *apenas* ter uma doença o que o angustiava, mas sim saber que dependia dele a cura para ela.

O significante “forças” aparece algumas vezes também na relação de sentido vítima-réu como é o caso de E6, E7, e E10, na maior parte reforçado pelo significante “forças”. Vejamos caso a caso:

Em E6 encontramos uma tríade que está em relação de sentido, doença-culpa-vítima. No primeiro momento, o sujeito define o que é adicção em uma frase, o que aponta para um silenciamento de outras variáveis que uma definição tão parca não abarca. Para Análise de Discurso (AD) o silêncio também é materialidade discursiva, e nesse caso nos perguntamos: por que adicção é isso e não outra coisa? Isso por que no discurso há o que chamamos de silêncio constitutivo, ao falarmos A silenciamos B. O silêncio é anterior à linguagem, e mais: o silêncio é linguagem, muito embora lidemos com a incompletude dessa linguagem. “... há uma dimensão do silêncio que remete ao caráter de incompletude

da linguagem: todo dizer é uma relação fundamental com o não dizer” (ORLANDI, 2007, p. 12).

Um jogo de forças que aponta para a incapacidade desse sujeito de ser responsável e controlar suas ações aparece na segunda parte do enunciado: “algo que é maior que a minha força de vontade”. Embora o sujeito em seu discurso abra para uma possibilidade de interpretação de que é controlado pelas drogas, ele parece trazer a responsabilidade para si quando lança mão da expressão “força de vontade”, que remete a toda uma memória discursiva da responsabilidade de si. Mesmo que as drogas exerçam sobre esse sujeito um controle, é a sua falta de força de vontade que o vence. O uso da expressão “força de vontade” combinado com “vivo em conflito comigo mesmo” parece apontar para o atravessamento de uma FD religiosa da culpa no discurso do autor. Parece ser um discurso equívoco, e temos por equívocidade do discurso o “lugar dos muitos sentidos, do fugaz, do não-apreensível” (ORLANDI, 2007, p. 12).

Em E7 o lexema “simplesmente” parece resumir o que é um adicto: “Um adicto é simplesmente uma pessoa cuja vida é controlada pelas drogas”. Ao mesmo tempo que “simplesmente” parece apontar para uma relação de sentido “é só isso”, por outro lado a descrição do que é ser adicto aponta para um “é tudo isso”, visto que ao descrever a doença o autor afirma “uma pessoa cuja vida é controlada pelas drogas”. É aqui também que pelo significante “controlada” percebemos a aproximação de sentido vítima-réu. Pois bem, se esse sujeito é controlado ele não tem domínio sobre sua vida, não é senhor de si e não consegue se autorresponsabilizar (ao contrário do que já vimos nos outros enunciados). A responsabilidade, nesse caso, recai sobre exercer poder e controle sobre esse sujeito, a saber, as drogas.

Outra vez o significante “forças” reitera a posição sujeito de vítima das drogas em que o autor se encontra no enunciado E10. Por usar drogas ele não poderia escolher quem queria ser. Ora, o significante “escolher” nesse cotexto parece apontar novamente para a relação de forças entre droga e usuário, em

que pelo uso de drogas esse sujeito é incapacitado de exercer seu direito de escolha. O lexema “verdadeiramente” pode indicar que o autor é quem não é, ou seja, quem ele é não é verdadeiro e sim um personagem.

Em E9 há uma equívocidade no discurso do autor, onde ele afirma que a adicção é uma doença, mas pode terminar em prisão. Os destinos de um adicto, que estão na fala do autor, é determinista – é X, Y e W –, não equivalem ao destino de quem está doente. Pois bem, se a adicção é uma doença ela deveria ser tratada como tal, todavia há um atravessamento de discursos outros na fala desse sujeito, como o discurso proibicionista e criminal.

“termina em prisão, instituições ou morte”.

O uso desses três significantes, a saber, “prisão”, “instituições” e “morte” combinados com o “ou”, faz com que haja uma relação de sentido onde nos leva a crença de que somente exista esses três destinos para os adictos.

A apropriação do discurso biomédico atravessa várias vezes as falas desses usuários, materializadas em “A adicção é uma doença...”. Nesses atos enunciativos, o efeito-verdade se torna mais forte por quem estar falando se autodenominar adicto.

O lexema “traíçoeira” parece indicar certo grau de periculosidade da ação silenciosa dessa doença e um efeito de medo, que requer certa vigilância do usuário de drogas. Outra vez encontramos um determinismo na afirmação do autor ao dizer que a doença afeta “todas” as áreas da vida, ora abre-se a entender que se você for uma adicto terá toda sua vida comprometida.

Em quase todos os enunciados acima, ao falar da doença da adicção, como textualizam, a fala dos autores é determinista e generalista, de maneira que nos leva a entender que a adicção da qual falam ocorre em todos os indivíduos da mesma maneira, a exemplo “A adicção é...”, que é carregada de muita certeza.

A expressão “de uma hora outra” aponta uma relação de sentido em que a adicção é uma doença fora de controle, que não se pode prever, excluindo em sequência a possibilidade do uso recreativo de droga, leia-se: se você é um adicto não pode sequer tomar uma cerveja. Ainda em E11, na primeira parte do cotexto o autor fala da adicção de uma maneira que parece um especialista escrevendo e ao mesmo tempo parece difundir um certo medo, isso atestado pelas expressões: “manifesta-se silenciosamente” e “de uma hora para outra”. Ao mesmo tempo em que a fala parece especializada, nos deparamos no final do cotexto com o significante “pedra” utilizado entre parênteses, que é sinônimo de crack, mas textualizado de uma maneira informal.

Em grande parte dos enunciados a relação de poder entre usuário apareceu em um cabo de guerra em que as drogas foram antropomorfizadas. Estar ou não sob controle, poder escolher ou não ser dono de si foram questões que os enunciados trouxeram durante os relatos. No último enunciado dessa sessão atestemos isso mais uma vez

“Hoje eu não posso *mais* escolher”

Antes eu poderia escolher?

Os dois significantes “hoje” e “mais” pode indicar que antes o usuário poderia escolher em ser adicto ou não. Temos aí um empasse. Ora, se adicção é uma doença, como escolher ou não tê-la? A conjunção “mas” vem de certa maneira para amenizar a impossibilidade atual de escolha do sujeito de ser ou não adicto, que agora é capaz de escolher a recuperação.

Formação Ideológica

Assim como não há discurso sem sujeito, não há sujeito sem ideologia. Pois bem, a “ideologia é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos” (ORLANDI, 2015, p. 44).

É na relação da linguagem com a história que o sujeito se mostra como interpelado pela ideologia, interpelação essa que

varia de acordo com a nossa relação com a história. O modo como o sujeito ocidental é interpelado pela ideologia é diferente do sujeito oriental, por exemplo. Essa relação do sujeito com a história chamamos de forma-sujeito. Há um assujeitamento do sujeito pela ideologia, ou seja, já nascemos em uma sociedade que está interpelada por condições socio-históricas produzidas e não há como apagar isso, a não ser por uma falsa ideia de apagamento, que em AD denominamos de esquecimentos 1 e esquecimento 2. O primeiro é a naturalização de uma autoria do discurso, o sujeito acredita que é dono e origem de seu dizer, já o esquecimento 2 há um apagamento de sentido, em que esse mesmo sujeito tem no conteúdo do seu discurso a impressão de que o é exclusivo, esquecendo que os sentidos já estão pré-estabelecidos (ORLANDI, 2012). Chamamos assim esses esquecimentos de esquecimento ideológico e esquecimento enunciativo (ORLANDI, 2015).

O que pontuamos com isso é que muitas vezes esse sujeito nem percebe, dado a esses esquecimentos, que está assujeitado e muito menos que está interpelado por uma ideologia, mas embora o sujeito não tenha consciência desse processo, ele acontece quer queira, quer não e, procuramos, na textualidade dos enunciados analisados, encontrar algumas formações ideológicas depois de mapearmos as FDs. Ora, é a materialidade do discurso e o reconhecimento das FDs que nos permite chegar às Formações Ideológicas, visto que procuramos na língua e nas relações de sentido ocorrências de FDs, que estão sob FI, “A ideologia não é a ocultação, ela é produção de evidências” (ORLANDI, 2012, p. 105). Esses efeitos de evidência são produzidos por mecanismos ideológicos (ORLANDI, 2007) e “A ideologia se produz justamente no ponto de encontro da materialidade da língua com a materialidade da história” (ORLANDI, 2007, p. 20).

Discussão: entre o saber médico, jurídico e religioso

A medicina, com o nascimento na psiquiatria, na metade do século XIX, ganhou novos rumos e uma maneira distinta de lidar

com os tidos como anormais. Aliás, o século XIX trouxe várias mudanças na relação do sujeito com o mundo, onde este começava a ser marcado por uma perspectiva mais científica, reiterada pelo pensamento positivista de Comte. O modo como as doenças passaram a ser significadas e ressignificadas também marcaram esse século, com o surgimento da psiquiatria ampliada e o isolamento do anormal da sociedade, que embora já ocorresse antes o mecanismo de poder e de saber que regia tal ato era religioso e moral. Mais tarde, em 1999 Foucault esquematiza o ato do uso de mecanismos de poder e saber para disciplina, normatização e exclusão dos corpos, denominando-o Biopoder. (FOUCAULT, 1999; 1987)

Percebemos, durante as análises das FDs, uma forte identificação dos usuários de droga com o discurso e o saber biomédico, primeiramente por se auto intitularem “doentes” e depois pelo uso de significantes que nos traziam essa relação de sentidos sujeito-saber biomédico. Os Narcóticos Anônimos, em seu site, traz no tópico “O que é adicção?” a visão da instituição sobre o uso problemático de drogas, que foi readaptado em 1944-1945 da seguinte forma: “Tratamos adicção como uma doença, porque isso faz sentido para nós e funciona. Não temos necessidade de aprofundar este assunto mais do que isso”.³

Embora saibamos que o discurso do saber médico tomou conta dos comportamentos desviantes, como assim eram chamadas as adicções, o atravessamento e um discurso biomédico na fala dos usuários muito provavelmente foi reiterado pela visão do N.A sobre isso, pois todos os usuários dos blogs analisados fizeram menção a instituição e aos doze passos de recuperação oferecidos por eles, grande parte das vezes sendo seguidos de maneira religiosa por esses sujeito, que recomendavam a instituição a pessoas que tinham os mesmos problemas com o uso de drogas.

Com a expansão da psiquiatria, passou-se a utilizar o que Caponi (CAPONI, 2012) chama de medicalização da normalidade, ora a medicina não se ocupava somente de

³ Disponível em: <https://na-pt.org/boletins/bol17.php>.

curar, mas de “prevenir” que algumas doenças viessem à tona e atualmente o respaldo dessa grande medicalização é cientificista e não científica de fato, como atesta Whitaker (WHITAKER, 2014). O autor usa como exemplo o crescimento de receitas de antidepressivos justificada pela teoria do desequilíbrio químico, para afirmar que acredita que se pode curar e prevenir a maioria das enfermidades mentais com fármacos. E é essa tentativa de normalizar os sujeitos, patologizar o cotidiano a fim de se obter indivíduos saudáveis, uma das características mais sobressalentes do biopoder. “É em nome da saúde de todos, da vitalidade da espécie, do controle das doenças e da antecipação dos perigos que a biopolítica pode multiplicar os espaços médicos de intervenção social” (CAPONI, 2012, p. 24).

Antes, a figura que legitimava o discurso biomédico eram os psiquiatras, médicos e alienistas, aliás o médico foi o primeiro objeto de normatização da saúde (FOUCAULT, 1981). A comunidade científica está em uma relação assimétrica de poder em relação à população e podemos perceber isso na creditação das produções de verdades produzidas por essas autoridades, creditação tal que é capaz de fazer os sujeitos se reconhecerem nos rótulos que a comunidade cria. Vejamos:

“Boa noite, sou Maurício, *um adicto* em busca de recuperação e estou a 46 dias sem uso de drogas”.

“Meu nome é Carlos e sou *um Adicto!* Um dependente químico em recuperação!!!

Geralmente nos apresentamos como nos reconhecemos enquanto sujeitos no mundo e acima a posição-sujeito que essas pessoas ocupam e se reconhecem é a de adicto, a dizer, doentes. Esse discurso biomédico passou a atravessar vários discursos e a conferir a outras autoridades o papel de perito biomédico, digamos assim. Por exemplo, é o NA nos casos analisados que vai dizer ao usuário que ele adicto. E mais, é essa instituição que incentiva os sujeitos a admitirem-se como doentes como parte do processo de cura. Pois bem, se há uma instituição dizendo o que é um adicto, as suas características e que é preciso admitir que é um doente, percebemos

que ao tomar esse discurso como verdadeiro esses sujeitos conferem um status de legitimidade e de efeito verdade ao discurso do N.A. Logo, não só os médicos são autoridades que detém o saber biomédico e o difunde, mas outras instituições passaram a fazer o mesmo. Embora haja um regime de verdade funcionando dentro do N.A, este só é efetivo se as pessoas que chegam até a instituição se identifiquem com esse discurso, ao contrário esse sucumbiria, então não trata-se de imposição, mas de processos de identificação de ambas as partes.

“A adicção é uma doença que...”.

“Minha doença”

“mas na minha doença isso é extremamente difícil”.

“A minha doença age de forma traiçoeira”

“o remédio para minha doença”.

“Sei que minha doença não tem cura”

“A adicção é uma doença”

“A doença da adicção”

Reconhecer-se como doente também é uma estratégia do biopoder para o controle dos corpos, como percebido nas análises. Nos enunciados que analisados vimos uma relação assimétrica de poder entre os usuários e o N.A e muitas vezes uma relação de dependência e condição de cura, em que o sujeito acredita não estar avançando na recuperação por ter parado de frequentar a instituição ou não seguir os passos. Outras vezes vimos uma identificação mais forte em que o sujeito acredita que só no N.A há cura para a doença da adicção. Não seria reconhecer-se como anormal a estratégia mais bem elaborada do biopoder para a segregação e autosegregação e autoestima desse sujeito que de alguma forma tenderia a se isolar do meio social por se enxergar nessa condição?

Concluimos, por meio dessa análise, que o discurso sobre ser doente também apresentou sentidos distintos, que são eles: o sujeito como doente-vítima e como sujeito responsável por sua saúde, se

culpabilizando por escolher fazer uso de drogas. Vale ressaltar que estamos falando do século XXI, de um tempo histórico dos excessos, da busca desenfreada por prazer, mas ainda que atual traz consigo rasgos do discurso cristão-puntivista.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios*. Mentais DSM I. Disponível em: <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm1952.pdf>. Acesso: 15 jan. 2018.

DIETER, Mauricio. Lógica atuarial e incapacitação seletiva: a farsa da eficiente gestão diferencial das novas classes perigosas. *Revista Epos*, v. 4, n. 1, 2013. Disponível em: 126 http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178700X2013000100003&script=sci_abstract. Acesso em: 21 mar. 2018.

CAPONI, Sandra. *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CASTIAL, Luis Devid; GUILHAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. v. I: a vontade de saber. 13 Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

ORLANDI, Eni. *Discurso em Análise: sujeito, sentido, ideologia*. Campinas: Pontes Editores, 2015.

ORLANDI, Eni. *Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos*. 4 ed. Campinas: Pontes Editores, 2012.

ORLANDI, Eni. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 6.ed. Campinas, Editora Unicamp, 2007.

WHITAKER, Robert. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

 (27) 3376-0363

 facebook.com/EditoraMilfontes

 @espacomilfontes

Conheça mais sobre a Editora Milfontes.
Acesse nosso site e descubra as novidades que preparamos para Você.
Editora Milfontes, a cada livro uma nova descoberta!



Este impresso foi composto utilizando-se as famílias tipográficas
Cormorant Garamond.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada
a fonte e que não seja para qualquer fim comercial.



M I L F O N T E S

ISBN: 978-65-5389-038-1



9 786553 890381