

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



X Colóquio de História das Doenças

MILFONTES

X
Colóquio de História
das Doenças



Copyright © 2023, Sebastião Pimentel Franco [et. al.] (org.).

Copyright © 2023, Editora Milfontes.

Av. Eldes Scherrer Souza, 2162, Loja 205AB, Colina de Laranjeiras, Serra, ES, 29167-080

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

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. Arnaldo Pinto Júnior (UNICAMP) • Prof. Dr. Arthur Lima de Ávila (UFRGS) • Prof. Dr. Arthur Octávio de Melo Araújo (UFES) • Prof.^ª. Dr.^ª. Caterine Reginensi (UENF) • Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz (EMESCAM) • Cilmar 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. 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 (UFRJ) • 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. Záira 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 País Vasco, Esp) • Prof. Dr. Claudio Jannotti da Rocha (UFES) • Prof. Dr. Claudio Madureira (UFES) • Prof. Dr. Daniel Mitidiero (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 (UDE) • 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)

X
Colóquio de História
das Doenças

Anais



Editora Milfontes
Serra, 2023

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

Autor:

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

Aspectos:

Maria Luiza Fontana Nascimento

Projeto Gráfico e Editoração

Maria Luiza Fontana Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

X 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)

Serra: Editora Milfontes, 2023.

248 p.: 23 cm.

PDF

ISBN: 978-65-5389-078-7

I. 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

A Institucionalização da Enfernagem no Brasil e seus Reflexos na Rotina das Freiras Enfermeiras da Santa Casa de Cachoeiro (1929-1950).....	7
---	---

Luciene Carla Corrêa Francelino

Bernardo de Gordônio e Aldobrandinino de Siena: Discursos Médicos sobre os Cuidados com as Crianças (Século XIII-XIV).....	35
--	----

Larissa Lacé Sousa & Dulce Oliveira Amarante dos Santos

A AIDS Vira Notícia: Os Discursos sobre a “Doença Nova” nos Periódicos Cearenses na Década de 1980.	43
--	----

Érica Cavalcante Lima

O Olhar Médico sobre as Doenças, as Epidemias e os Problemas Sanitários no Portugal de Oitocentos (1855-1920)	69
---	----

Emmanuel Nascimento

Xenofobia e Extremismo Político no Mundo Pandêmico	116
--	-----

Ariel Cherxes Batista

Por uma História da Melancolia	126
--------------------------------------	-----

Anny Barcelos Mazioli

Registros sobre o consumo medicinal do cacau nas publicações científicas setecentistas	142
--	-----

Eduardo Gomes Molulo Moisés

Leprosário de Itanhenga: Organização do Acervo para Preservação da História.....	166
--	-----

Maria Aparecida Stelzer Lozório

<i>Para debelar as moléstias reinantes: a atuação dos médicos na manutenção da salubridade pública no interior da Província do Rio de Janeiro (1850-1880).....</i>	<i>180</i>
--	------------

Anne Thereza de Almeida Proença

Imigração, Saúde e Racismo: O Pós-Abolição Capixaba.....188

Ademildo Gomes

Qualidade Nutricional e Higiênico-sanitário de Alimentos Doados
por Organizações da Sociedade Civil (OSCs) para Moradores de
Rua..... 206

Camila Miguez Ribeiro, Ana Carolina dos Santos &

Cilene da Silva Gomes Ribeiro

Esboço para o roteiro Tísico de uma cidade: cartografias da
Tuberculose na cidade da Parahyba do Norte (1909-1923) 226

Rafael Nóbrega Araújo

A Institucionalização da Enfernagem no Brasil e seus Reflexos na Rotina das Freiras Enfermeiras da Santa Casa de Cachoeiro (1929-1950)

Luciene Carla Corrêa Francelino¹

Introdução

Esse artigo é parte integrante da minha dissertação de mestrado intitulada: *Entre o cuidar e o curar: as Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia e a Santa Casa de Cachoeiro*. Esse estudo insere-se no tema da saúde e tem como objeto de análise a atuação das religiosas da congregação de Jesus na Santíssima Eucaristia, no interior da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, entre os anos de 1929 a 1950. A escolha do período deve-se ao momento em que as freiras passam a administrar todos os setores da instituição, à exemplo: centro cirúrgico, maternidade, lavanderia, cozinha e rouparia. Embora não possuíssem conhecimentos técnicos sobre enfermagem, atuavam como tais, no cotidiano do nosocômio. A data que finaliza a pesquisa é referente ao momento em que as religiosas deixam de administrar o hospital.

¹ É professora de História e de Educação Infantil na Rede Pública de Cachoeiro de Itapemirim. Mestra pelo Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E doutoranda pelo mesmo Programa.

Os objetivos que guiaram a pesquisa foram os seguintes: verificar as ações filantrópicas prestadas pela Santa Casa de Cachoeiro aos desvalidos e necessitados, bem como a importância dessas medidas junto aos assistidos. Outro fator importante foi analisar a transição do conceito de *cuidar* para o *curar* a partir da institucionalização da enfermagem e das novas medidas profiláticas instituídas pelos institutos de saúde pública a partir da década de 1940.

A hipótese que norteou esse estudo e que se confirmou a partir da documentação analisada diz respeito ao fato de que antes da chegada das Irmãs de Jesus na Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, poucas pessoas procuravam o auxílio do hospital, primeiro porque os mais abastados estavam acostumados com o médico de família, e, depois, porque a grande maioria da população – a parcela mais pobre – buscava a cura das moléstias junto aos curandeiros e práticos. Ademais, havia um consenso entre a população de que o hospital existia para auxiliar os indigentes. De tal forma, apenas as pessoas consideradas indigentes e os casos mais extremos de saúde buscavam atendimento no nosocômio. Com o início da atuação das Irmãs no hospital, percebemos que muitas mulheres passaram a buscar atendimento junto ao mesmo, abandonando, gradativamente, o trabalho das parteiras e levando os filhos para serem atendidos naquela instituição. Além disso, os pacientes e seus familiares passaram a desfrutar de um tratamento que rompia as fronteiras do corpo e alcançava os limites da alma, na medida em que as freiras se preocupavam com a saúde dos enfermos, mas, também, com o conforto espiritual do doente e de sua família, o que certamente favoreceu os tratamentos de saúde, pois minimizava o sofrimento, tão comum em situações de fragilidade e enfermidade.

Com tal proposta de análise, utilizamos uma documentação variada produzida pela Santa Casa de Cachoeiro. Nossas fontes de trabalho foram: Livro de Atas da diretoria; Livros de Atas do Conselho Diretor; Livro de Contratação de funcionários; Livro de Impressões; Estatuto de funcionamento do hospital; Relatório

de Prestação de Contas e Regimento Interno. Como metodologia de análise histórica utilizamos o *Método Indiciário* que, de acordo com Ginzburg (1989), é um método baseado essencialmente nos detalhes, nos dados marginais e nos resíduos que, muitas vezes, passam despercebidos ou são negligenciados pela maioria dos estudiosos. Com a utilização de tal método, faremos uma análise exaustiva e, ao mesmo tempo, dialogaremos com as fontes, extraindo o máximo de informações possível.

Utilizamos o Método Indiciário principalmente para elucidar os primeiros quinze anos de história da Santa Casa, caracterizando a dinâmica de funcionamento da instituição, bem como o modelo de atendimento prestado à população. As atas que registraram a história da Santa Casa nesse período perderam-se com o tempo, analisamos portanto os registros contidos nos jornais em circulação no município de Cachoeiro de Itapemirim nesse período. Um desses jornais foi *O Cachoeirano* fundado no município de Cachoeiro de Itapemirim em 1877 e desde então, tornou-se um locus para o debate político. Destarte, o periódico abordava assuntos relacionados ao cotidiano do município, como as grandes epidemias de cólera – século XIX e início do XX – bem como a prevenção e tratamento de diversas moléstias que assolavam a população.

Outro importante jornal que contribuiu para a nossa pesquisa foi *O Correio do Sul*, lançado no município de Cachoeiro de Itapemirim em julho de 1928 por Jerônimo e Armando Braga, irmãos de Newton e Rubem Braga. O jornal publicava diariamente artigos médicos, informativos e folhetins, esclarecendo sobre prevenção e sintomas de diversas moléstias, bem como a profilaxia destas. Os dois periódicos – *O Cachoeirano* e *O Correio do Sul* – foram a seu tempo, os arautos da sociedade cachoeirense, noticiando diariamente os atos oficiais do poder público, das associações e das entidades que atuavam no município. Ademais, ambos contribuíram de forma significativa para elucidar questões pertinentes à nossa pesquisa, para as quais as respostas não foram encontradas na vasta documentação analisada.

Em relação à congregação de Jesus na Santíssima Eucaristia e a dinâmica interna da mesma, analisamos as *Cartas e Circulares* escritas pela Madre Gertrudes de São José², entre os anos de 1927 até 1957, endereçadas às Irmãs da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim e às demais freiras que atuavam em outras obras sociais da irmandade. Outrossim utilizamos as *Constituições*, também denominada de *Regra de Vida*, o principal documento regulador da vida das freiras. Através deste, conseguimos compreender a dinâmica interna da congregação, bem como os princípios fundamentais que regiam a irmandade. Ressaltamos que, grande parte da história das freiras será evidenciada a partir da análise de cartas pessoais e circulares escritas pela superiora da congregação, mas, também, a partir de um olhar sobre a *História das Mulheres* e a sua condição até o segundo quartel do século XX.

A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim

Em fins do século XIX, Cachoeiro de Itapemirim, município no sul do estado do Espírito Santo, era uma cidade com crescimento demográfico bastante significativo, mas ainda não possuía condições sanitárias favoráveis, sendo muito comum a incidência de doenças como tuberculose, febre tifoide, coqueluche e impaludismo. Os doentes eram tratados por médicos residentes no município, que realizavam atendimentos em domicílio ou nas farmácias – muitas vezes de propriedade da própria família –, pois ainda não havia um hospital na região. Em mensagem proferida na instalação do congresso legislativo em 17 de setembro de 1895, o Presidente do estado do Espírito Santo destacou as epidemias que assolavam a cidade de Cachoeiro de Itapemirim ao mencionar que:

[...] A febre amarela importada de Santos em meados de 1894
[...] infelizmente o mal se propagou à vinda cidade do porto de

2 A Madre Gertrudes de São José é considerada a fundadora da congregação de Jesus na Santíssima Trindade. Para maiores informações, ver a obra *Morte de um Grão, Certeza de Vida: Madre Gertrudes de São José, sua vida, sua história* (1990).

Cachoeiro, que está com a capital em diária comunicação, e ali desenvolveu-se com caráter mais assustador (...) irrompeu no extremo sul, na ponte de São Eduardo, a epidemia de *cholera-morbus*, que desde mezes antes percorria o Valle do Parahyba, está ligada por estrada de ferro áquella povoação do nosso Estado. Quase ao mesmo tempo, com diferença de poucos dias, o terrível flagelo explodiu na cidade de Cachoeiro do Itapemirim, ameaçando d'ali o Estado inteiro (*Mensagem do Presidente do Estado do Espírito Santo*, 1895, p. 5).³

É nesse contexto que surge a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, um hospital filantrópico criado a partir da iniciativa de populares e com incentivo do poder público municipal, para atender aos moradores da localidade e das regiões circunvizinhas. A população há muitos anos ansiava pela instalação de um nosocômio no município, visto que os doentes mais graves precisavam buscar atendimentos em cidades como Rio de Janeiro, Carangola e Vitória.

A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro foi fundada em 27 de janeiro de 1900 e inaugurada no dia 11 de fevereiro do mesmo ano. Ela se originou da Associação Beneficência Cachoeirense, criada em 25 de dezembro de 1899, e, desde então, passou a prestar assistência aos indigentes e necessitados, contando com doações dos sócios e da comunidade local.

Vale destacar que a Associação que deu origem à Santa Casa de Cachoeiro – a Associação Beneficência Cachoeirense – era composta majoritariamente por membros da maçonaria – dos 53 fundadores, 36 eram maçons – e não possuía, na época, uma vinculação estreita com a igreja católica, como aconteceu com a maioria das confrarias responsáveis pela instalação de Santas Casas em território brasileiro.

A imprensa local sempre foi um importante instrumento de comunicação entre a sociedade e a Santa Casa. As solenidades de posse da nova diretoria era um grande evento que ocorria regularmente no mês de janeiro, contando com a participação

3 Fonte: http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/espírito_santo.

de autoridades locais, pessoas ilustres e membros da imprensa. Fazer parte da diretoria da Santa Casa conferia visibilidade ao indivíduo, e tal notoriedade podia servir como meio de alçar a carreira política, manter-se ou ingressar na alta sociedade, ou, como foi abordado anteriormente, perpetuar-se na memória da cidade. Em ata da sessão de posse de 1º de janeiro de 1921, observamos a importância dada a tal evento:

Ao primeiro dia do mez de janeiro do ano de 1921, às 13 horas, reunidos no salão nobre da Associação de Beneficência Cachoeirense, os membros da Diretoria, autoridades locais, representantes da imprensa e várias outras pessoas gradas, o sr. Presidente abriu a sessão, declarando que o seu fim era dar posse aos novos eleitos para o exercício de 1921 [...] (*Acta da Sessão de Posse dos membros da Diretoria da Associação de Beneficência Cachoeirense*, 01 de janeiro de 1921).

Muitos dos sócios e membros da Diretoria aventuraram-se na carreira política⁴, como, por exemplo, os prefeitos Dr. Bricio Mesquita, Luís Tinoco da Fonseca, Nelo Borelli, Antenor Moreira da Fraga (interino), Dr. Luís Antônio Monteiro Lindemberg e Fernando de Abreu. Francisco Alves Athayde foi prefeito do município por dois mandatos, deputado estadual e vice-governador de Jones dos Santos Neves, enquanto Felinto Elysio Martins atuou como vereador. Outros nomes ilustres que figuram na história de Cachoeiro – sócios que ocuparam cargos de destaque no interior da Santa Casa – deram nome a escolas, como Anacleto Ramos, Anísio Ramos, Claudionor Ribeiro, Quintiliano de Azevedo, Carim Tanure, Oswaldo Machado, Zaquê Moreira da Fraga, Aristides Campos, Inah Werneck e Deusdedit Baptista. Outros ficaram eternizados na memória dos cachoeirenses através do nome de ruas, avenidas, distritos e parque de exposição, como Carlos Caiado Barbosa, Atílio Vivacqua, Pedro Cuevas Junior, Othon Marins Abelardo Machado, Brahim Depes, Basílio Pimenta, Aristides Campos, Pinheiro Júnior, Luís Tinoco da Fonseca, entre outros. Vale destacar que, no dia 30 de março de 1942 foi admitido

4 Fonte: www.cachoeiroitapemirim.es.leg.br

como sócio, através de proposta apresentada pelo presidente Antônio Corrêa Escalda, o ilustre escritor Newton Braga.

O Discurso Higienista nos Jornais de Cachoeiro de Itapemirim

A partir da década de 1920, o discurso médico acerca da saúde começou a se transformar, principalmente por causa das reformas sanitárias propostas por Carlos Chagas⁵ e pela atuação da Liga Pró-Saneamento. Essa nova abordagem estava intimamente relacionada à disseminação de cursos de medicina no país e à sistematização do fazer médico. O discurso higienista era tema frequente nas Rodas de conversa, nas escolas, faculdades, nos periódicos, enfim, estava presente no cotidiano dos brasileiros. Para demonstrar as mudanças ocorridas na percepção em relação à saúde e prevenção de doenças no município de Cachoeiro de Itapemirim, realizamos uma pesquisa no jornal *Correio do Sul*, entre junho de 1928 e junho de 1929, na qual constatou-se que diariamente eram feitos anúncios de farmácias que, além de oferecerem “todo sortimento de drogas”, forneciam consultas médicas com profissionais que atuavam no município, destarte, frequentemente eram publicados artigos médicos abordando os sintomas de diversas moléstias, bem como a profilaxia das mesmas.

No período por nós analisado, eram anunciados diariamente medicamentos como: Elixir de Nogueira, para combater inflamações do útero, dores no peito, corrimento nos ouvidos, manchas na pele e tremores nos ossos; Ankylol para combate à opilação, também descrito como amarelão; Cafiaspirina no combate à cólicas e demais incômodos do período menstrual; Biotônico Fontoura, fortificante indicado para homens, senhoras e crianças, além do suplemento alimentar Quaker Oats, que tinha como finalidade aumentar a disposição para o trabalho, fazendo

5 Carlos Chagas (1879-1934) foi médico sanitarista e cientista brasileiro. Atuou de forma incisiva nos estudos das doenças tropicais. Descobriu o protozoário causador da malária, bem como o inseto transmissor da doença de Chagas. Para saber mais sobre a trajetória de Carlos Chagas, ver Jorge e Lanzieri (2013).

com que o indivíduo passasse a sentir-se mais “energético”, sendo indicado para crianças, adultos, convalescentes e “intellectuantes”.

Havia no periódico uma sessão intitulada *O que as mães querem saber*, na qual eram enviadas cartas de mulheres que tinham alguma dúvida acerca de determinadas doenças. Essas dúvidas eram esclarecidas por um médico, que geralmente tranquilizava as mães e fornecia esclarecimentos sobre o tema. Destacamos aqui a carta de uma mulher que afirmava estar muito preocupada pois seu filho estava com diarreia em “virtude de dentição”. Ela informou que o motivo de sua preocupação derivava do fato de uma criança da vizinhança ter tido convulsões por causa de situação similar. Outra sessão, que merece destaque é o folhetim *O Médico de si mesmo*, no qual o Dr. Luís Phillipe escrevia sobre várias doenças, como: gastrite aguda, doenças do coração, hipertensão, entre outras, destacando detalhadamente os sintomas, bem como a forma de tratamento. O informativo nunca se esgotava num único dia, trazia sempre no final da página a legenda: “continua”, sem, contudo, indicar em que data, incentivando, com isso, que o leitor adquirisse o jornal diariamente caso quisesse ler a continuação do folhetim.

No dia 11 de abril foi publicado uma notícia informando que o prefeito Francisco Alves Athayde determinou vistoria nos quintais, chácaras e logradouros, tal fato se deu em virtude da descoberta de um caso de febre amarela em Campos. A notícia enfatiza que por haver comunicação diária de pessoas de Campos com habitantes de Cachoeiro a medida era necessária. O prefeito convocou, então, toda a população a colocar o lixo retirado das habitações junto às calçadas para que fosse recolhido. Nos dias 06 e 20 de abril de 1929 foi publicado um informativo do médico Luís Phillipe intitulado *O que todos devem saber sobre a Febre Amarella*, demonstrando que havia uma preocupação em relação a incidência de casos na região. E nos dias 18 e 20 de abril, a Diretoria de Hygiene trouxe um anúncio que tinha como título *Guerra ao Mosquito Rajado*, descrevendo a aparência e hábitos do mosquito transmissor da febre amarela, conforme consta na figura a seguir:

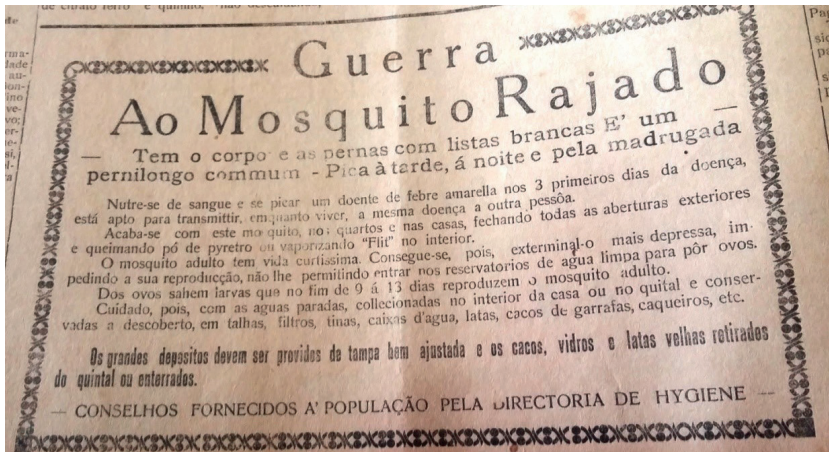


Imagem 1 – Informativo de combate à Febre amarela - Correio do Sul – 18/04/1929.

Fonte: Acervo pessoal da autora

Curioso foi constar no periódico uma propaganda com o título *Febre Amarela/ Coqueluche!* À primeira vista parecia se tratar de um informativo ou uma notícia sobre o tema, mas no decorrer da leitura, nos damos conta que se tratava de um informe publicitário da Companhia Sul Américas Seguros, afirmando que podia ajudar a combater tais doenças e convidava aos interessados a entrar em contato com o representante, Gil Mendes, sem contudo informar de que modo seria realizada a “ajuda” prometida.

Um fato bastante pitoresco anunciado durante vários dias no mês de maio de 1929 foi de uma pessoa que não se identificava, mas afirmava ter sofrido de reumatismo durante vários anos, tendo sido curada. Garantia que iria fornecer a receita para quem escrevesse para a mesma, revelando o remédio que a curou, mas era preciso enviar envelope selado para a resposta.

Outro jornal que analisamos foi *O Cachoeiro*⁶ do ano de 1940, que no dia 23 de abril trouxe a coluna *Preceitos de Hygiene*, abordando a importância da higiene como mecanismo de prevenção de doenças, bem como a eficácia da vacinação no

⁶ A pesquisa nesse periódico foi realizada nas dependências da Loja Maçônica Fraternidade e Luz. Onde havia diversos jornais devidamente encadernados e disponíveis para pesquisa.

combate a varíola, febre tifoide e difteria. Vejamos um trecho dessa coluna:

A varíola, a febre tifoide e a difteria só existem por culpa daqueles que se não vacinam. A vacina imuniza com segurança. Qualquer indivíduo póde ser vacinado SEM PERIGO ALGUM, desde um mês de idade. Vacinai pois os entes queridos que vos são caros. Os Postos de Saúde distribuem e aplicam a vacina gratuitamente. Cuidado com as vossas mãos. Lavai-as de manhã, ao vos levantardes, antes do almoço e do jantar, ao saires da privada, ao chegardes da rua. Quando sujas são veículos de transmissão de várias doenças infecto-contagiosas (Jornal *O Cachoeiro*, 23 de abril de 1940, p. 2).

O periódico publicava a cada dois meses o obituário da cidade, destacando o número de enterramentos feitos no cemitério local⁷ e nos distritos⁸:

Durante o mês de Abril houve cem óbitos, assim distribuídos: Cemiterio da cidade 57; Cemiterio do Asylo: 9; Cemiterio de Santa Roza: 1; Cemiterio Timbó: 1; Cemiterio São Felipe velho: Cemiterio de Rio Novo: 1; Cemiterio de Independencia: 1; Cemiterio de Conduru: 11; Cemiterio de São Felipe: 17 (Jornal *O Cachoeiro*, 28 de maio de 1940, p. 3).

Além de informações relacionadas a quantidade de falecimentos e de enterramentos, nos cemitérios da região, o periódico noticiava também o motivo do passamento, ou seja, a causa-mortis:

Sem assistência medica: 29; Colite desinteriforme: 15; Natimortos: 10; Dysintéria amebiana: 7; T. P: 6; Insuficiencia Cardio-renal: 4; Nefrite: 3; Enterite: 3; Intoxicação alimentar: 2; Broncopneunia: 2; Verminose: 2; Typho: 2; Prostatite crônica: 2; Anemia pneumonia: 1; Tuberculose intestinal: 1; Meningite:

7 Os 57 óbitos referentes ao cemitério da cidade estavam distribuídos da seguinte maneira: Adultos: 22; Crianças até 2 anos de idade: 17; Entre 12 e 13 anos: 12; Natimortos: 6 (Jornal *O Cachoeiro*, 20 de junho de 1940, p. 3).

8 Os 49 óbitos referentes aos demais cemitérios estavam distribuídos da seguinte maneira: Adultos: 17; Crianças até 2 anos: 13; De 2 a 11 anos: 9; Natimortos: 4 (Jornal *O Cachoeiro*, 20 de junho de 1940, p. 3).

1; Prematuridade:1; Pleuris direito: 1; Insuficiencia cardíaca: 1; Bronchite capilar: 1; Perinunite aguda: 1; Uremia: 1; Dispepsia aguda: 1; Tumor maligno da orbita: 1; Inanição: 1; Malária: 1; Gastro -enterite: 1; Pyelo-nefrite: 1 (Jornal O Cachoeiro, de 28 de maio de 1940, p. 3).

O jornal publicava também a coluna médica do pediatra Edson Moreira, que abordava os sintomas e profilaxia de diversas moléstias, como coqueluche e tuberculose. No dia 23 de outubro de 1940 foi publicado um artigo de opinião do Dr. José de Albuquerque intitulado *Assistencia do Parto a domicilio*, no qual o médico destaca uma notícia veiculada no periódico *Diario Carioca*, que desqualificava o trabalho realizado pelas parteiras, citadas como aparadeiras. Demonstraremos um trecho desse artigo:

[...] conforme relata o “Diario Carioca” de 6 de Outubro corrente, o diretor do Departamento de Puericultura do Districto Federal, em entrevista concedida aquelle prestigioso jornal, declarou que “muito breve pretende intensificar a execução dos partos a domicilio”. “As gestantes que apresentarem perfeitas condições de saúde e que tiverem moradia embora pobre mas adequada, poderão ser assistidas por enfermeiras diplomadas que trabalharem sob a fiscalização medica imediata” [...] Essa providencia trará como consequência o afastamento radical e imediato [...] das nefastas “curiosas”, “comadres” ou aparadeiras que desse modo não mais poderão prestar “assistencia” ao parto como infelizmente fazem (Jornal O Cachoeiro, de 23 de outubro de 1940, p. 2).

Os periódicos analisados demonstram que no primeiro quartel do século XX os princípios higienistas passaram a ser difundidos de forma sistemática através da imprensa. Utilizando temas de interesse da população e com uma linguagem acessível ao leitor, tais jornais contribuíram para a construção de um entendimento coletivo acerca da saúde. Outro grande marco desse período foi a institucionalização da enfermagem no país, evento que favoreceu a reorganização da saúde pública e a profissionalização daqueles que atuavam junto aos doentes nos hospitais.

A Institucionalização da Enfermagem no Brasil

No decorrer do século XIX, as Irmãs de Caridade passaram a atuar em diversos hospitais brasileiros. Nesse período, as pessoas que trabalhavam junto aos doentes em hospitais e domicílios – a exemplo das freiras – não possuíam uma formação sólida, aprendiam o ofício na prática, com profissionais mais experientes, ou participavam de cursos “relâmpagos” que eram ministrados pelos órgãos de saúde pública do país. Moreira (1999) assevera que tais cursos forneciam uma formação insuficiente em relação aos conhecimentos necessários para o exercício da enfermagem.

Nas primeiras décadas do século XX foram implementadas políticas públicas que colaboraram para a profissionalização da enfermagem no Brasil. Dentre tais medidas vale destacar: a criação da especialidade médica de higiene e saúde pública, criação do curso de enfermeiras de saúde pública e a fundação dos primeiros postos de Profilaxia e Saneamento Rural. A Fundação Rockfeller⁹ participou efetivamente das fundações anteriormente citadas. Em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob o comando de Carlos Chagas, firmou um convênio com a Fundação Rockfeller para organizar o primeiro serviço de enfermagem do Brasil. No ano seguinte, uma comissão de enfermeiras estadunidenses, chefiadas por Ethel Parsons¹⁰, realizou uma avaliação do modelo de enfermagem praticado no país. De acordo com essa avaliação, as práticas de enfermagem brasileiras foram consideradas insatisfatórias, como podemos observar no seguinte trecho:

9 A fundação foi criada nos Estados Unidos em 1913, denominando-se uma associação não-governamental, filantrópica cuja missão era promover o estímulo a pesquisa, ensino e saúde pública em diversos países do mundo, sobretudo nos menos desenvolvidos. A relação da fundação com o governo brasileiro se manteve de 1915 até a década de 1940. Realizou no Brasil ações essenciais para o desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e do ensino da enfermagem, estabelecendo uma relação de cooperação com os órgãos de saúde pública, sem a pretensão de importar para o nosso país os modelos e práticas vigentes em seu país de origem. Para mais informações sobre a contribuição da Fundação Rockefeller para a implementação dos serviços de saúde pública no Brasil, ver Campos (2008).

10 Antes de vir para o Brasil, atuava como enfermeira-chefe da Divisão de Higiene Infantil e Enfermagem de Saúde Pública do Texas, estado localizado na região sul dos Estados Unidos (BROTTO, 2014, p. 42).

Os hospitais do Rio de Janeiro, capital da República, eram, em sua maioria, bem construídos e localizados, mas mal ocupados, com excesso de população, segundo avaliação de Parsons. Os médicos estavam sinceramente interessados na assistência, mas a enfermagem era realizada por atendentes, homens e mulheres ignorantes e sem treinamento adequado, como ela própria faz questão de ressaltar. Observa ainda que eram pouco melhores as condições do Departamento Nacional de Saúde, composto pelas divisões de Tuberculose, Doenças Venéreas e Higiene Infantil, nas quais labutavam 44 mulheres jovens capacitadas como enfermeiras visitadoras por curso de 12 leituras teóricas (MOREIRA, 1999, p. 626).

A colaboração entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro foi denominada de Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem. Essa Cooperação promoveu um avanço significativo na saúde pública do país, garantindo, de imediato, a inserção do serviço de enfermeiras na estrutura administrativa do DNSP - no ano de 1922 - que tinha a função de fiscalizar os assuntos relativos à enfermagem em nível federal, bem como a criação, em caráter emergencial, do curso de visitantes sanitários¹¹, com duração de 6 a 10 meses. O curso de visitantes sanitários foi implementado em caráter de urgência para expandir o número de profissionais atuando na área, enquanto o curso de enfermagem estava sendo organizado. Ethel Parsons destacou a urgência em estabelecer instituições capazes de treinar enfermeiras para atender as necessidades da população brasileira. Em 10 de novembro de 1922, o Decreto n. 15.799 autorizou a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP - a instalação ocorreu em 19 de fevereiro de 1923 - que passou a funcionar no Hospital Geral de Assistência do Rio de Janeiro, obtendo recursos humanos e materiais da Fundação Rockefeller (BROTTO, 2014).

11 Profissionais vinculados aos programas de saúde destinados a controlar os surtos de doenças que assolavam a população brasileira, como malária, peste bubônica e febre amarela. Tais profissionais recebiam uma formação de aproximadamente 6 meses, quando eram considerados aptos para o exercício da função. Tinham a tarefa de visitar as residências, propagando as medidas higiênicas capazes de prevenir doenças, bem como a importância da vacinação. Deveriam ainda informar às autoridades competentes sobre a existência de doenças transmissíveis. Para mais informações sobre o tema ver Santos (2004).

A partir daquele momento, a escola passou a atuar como um dos mecanismos de reorganização da saúde pública e do serviço hospitalar. O trabalho junto aos pacientes, a princípio, seria executado por auxiliares e técnicos com formação básica e elementar, sendo tarefa das supervisoras atuarem como capacitadoras e educadoras junto à equipe. Após a formatura das primeiras enfermeiras brasileiras, tais profissionais seriam incumbidas de fiscalizar o trabalho das visitadoras da saúde, sendo que estas teriam a oportunidade de obter o diploma do curso completo de enfermagem, considerando os 6 meses de capacitação recebidos para atuarem na função de visitadoras. Outrossim, para as enfermeiras norte-americanas as visitadoras deveriam ser gradativamente substituídas por profissionais capacitadas pela escola de enfermagem, afim de manter a excelência dos serviços e a profissionalização da enfermagem (MOREIRA, 1999 *apud* SANTOS, 2004, p. 35-36).

Em 1926, através do Decreto n. 17.168, de 31 de maio, a Escola do DNPS passou a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery (EEAN), em homenagem a voluntária que atuou junto aos soldados feridos na guerra do Paraguai, cujo nome era Anna Justina Ferreira Nery¹². Na Escola, as áreas de formação prioritárias eram educação sanitária em higiene pré-natal, infantil e rural, além do atendimento a tuberculosos. De acordo com Brotto (2014), as enfermeiras estadunidenses tinham a pretensão de criar uma identidade profissional para a categoria, por isso, o corpo docente que atuava na Escola era formado prioritariamente por enfermeiras. Para ingressar na instituição era necessário atender aos seguintes requisitos: ser mulher, ter idade entre 17 e 37 anos, ser solteira, viúva ou separada legalmente do marido. Destarte, era necessário apresentar atestado médico que garantisse que a candidata não possuía deficiência física, doença contagiosa ou problemas orgânicos. Outra exigência era a apresentação de carta

12 Anna Justina Ferreira Nery é considerada a pioneira da enfermagem no Brasil, por isso, a primeira escola oficial de enfermagem brasileira recebeu em 1926 o nome de Escola de Enfermagem Dona Anna Nery. No dia 20 de maio, data de sua morte, é comemorado o dia do enfermeiro. Para saber mais sobre a trajetória de Anna Justina Ferreira Nery ver Cardoso e Miranda (1999).

de referência das qualidades morais e intelectuais da aspirante. Na seleção havia a preferência por professoras, enfermeiras práticas ou comerciárias. A escolaridade exigida das jovens era o curso normal ou equivalente, caso contrário eram submetidas a um rigoroso exame no qual constavam questões sobre história natural, aritmética, português, história do Brasil, química, física e geografia. As exigências relacionadas à escolaridade demonstravam que a EEAN almejava alunas oriundas das classes média e alta, visto que a grande maioria das brasileiras pertencentes às classes populares possuíam baixo grau de instrução. Em 1931, o convênio entre o DNSP e a Fundação Rockefeller chegou ao fim e a institucionalização da enfermagem no Brasil demonstrou ter um longo caminho a percorrer. Outrossim, antes do encerramento da Missão, foi elaborado um documento de alerta às futuras dirigentes da EEAN, para que estas preservassem o lugar de destaque da Escola no processo de institucionalização da enfermagem. Entre as recomendações para alcançar esses objetivos constavam: inserir a EEAN em uma universidade; estabelecer equivalência entre o aprendizado teórico e prático; criar mecanismos para classificar as futuras escolas de enfermagem, afim de impedir que escolas com baixo padrão de qualidade, obtivessem reconhecimento, para não “desmoralizar” a profissão.

Com a criação da Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, ocorreu uma mudança significativa no modelo de enfermagem praticado no Brasil, desde o período imperial, época em que as Irmãs de Caridade passaram a atuar em diversos hospitais do país. Em geral, o serviço de enfermagem era realizado pelas freiras, mas estas não possuíam qualificação para exercerem tal tarefa, além disso, os salários que recebiam eram irrisórios. Nessa perspectiva, Bezerra (2002) assevera que o modelo de ensino praticado na Escola elevava as enfermeiras à condição de profissionais instruídas e bem remuneradas, fato que contrastava com a realidade das religiosas que trabalhavam nos hospitais. Ademais, as Irmãs matriculadas na EEAN eram impossibilitadas de praticarem os preceitos relacionados à sua “vocação religiosa”, como o uso do

hábito, silêncio completo durante as refeições, rigidez de horários e penitências. Esse foi um dos fatores que motivaram a criação de escolas de enfermagem católicas no decorrer da década de 1930.

A Associação São Vicente de Paula¹³ (ASVP), a partir da década de 1930, comandou um movimento em prol da criação de escolas de enfermagem católicas. No ano de 1933 foi criada a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), embora fosse um instituto leigo, de acordo com a ASVP, a escola possuía condições favoráveis para a profissionalização das freiras. A instituição funcionava nas dependências do Hospital São Vicente de Paula, em Belo Horizonte. Em 1938 quatro freiras da companhia das Filhas de Caridade de São Vicente de Paula se formaram na escola. No ano seguinte, com o apoio da ASVP, foi criada a Escola de enfermagem Luiza de Marillac, a primeira escola do Rio de Janeiro destinada às religiosas. A criação de escolas de enfermagem católicas visava manter as Irmãs de Caridade na assistência e na administração dos hospitais, visto que a permanência das religiosas na área hospitalar se tornou incerta, desde a criação da EEAN e sobretudo da regulamentação da enfermagem através do Decreto n. 20.109, de 1931, que, como mencionamos anteriormente, determinava que para exercer a profissão de enfermeira era necessário obter diploma da escola padrão – EEAN – ou instituição equivalente. Em 1942, a Escola de Enfermagem Luiza de Marillac passou no teste de equivalência e foi reconhecida como instituição de ensino de enfermagem. O interesse da Igreja em criar escolas de enfermagem estava relacionado com o esforço em manter a hegemonia sobre serviços considerados estratégicos para a disseminação dos ideais cristãos – católicos – nas áreas de educação, assistência e cuidado (BEZERRA, 2002).

13 A associação foi fundada no século XVII, na França, pelo padre Vicente de Paulo e por Luiza de Marillac, com a finalidade de prestar auxílio aos necessitados e doentes. Para mais informações sobre o tema ver Castro (1936) e Padilha (1999).

Mudanças no Cotidiano das Irmãs na Santa Casa de Cachoeiro

A institucionalização da enfermagem acarretou mudanças significativas na rotina dos profissionais que atuavam na área da saúde no país. Além na necessidade de especialização, através da formação em escolas de enfermagem, haviam padrões relacionados à vestimenta destes profissionais, que deveriam ser adequados de acordo com as novas determinações dos órgãos responsáveis. Em carta de 10 de agosto de 1939, a Superiora da congregação das Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia alertava as freiras que atuavam na Santa Casa de Cachoeiro sobre a importância da obediência às determinações da saúde pública, que estabelecia a obrigatoriedade de uma vestimenta específica aos profissionais que atuavam junto aos doentes:

Aconselho-vos também em obediência a Saúde Pública, que ordena a todas as pessoas que tratam de doentes, seja nas enfermarias, como nas salas de operação e curativos, a vestirem-se de branco, portanto em todos os nossos hospitais as Irmãs desde já usarão um avental inteiro com mangas compridas e véu branco, conforme o modelo que já deixei em todas as casas (*Cartas de madre Gertrudes de São José*, 19 de agosto de 1939, p. 116-120).

Houve resistência por parte das religiosas em acatar a nova vestimenta, pois, em 9 de outubro do mesmo ano, a madre escreveu outra carta queixando-se que algumas freiras não estavam cumprindo tais exigências:

Cumprindo as leis e exigências da Saúde Pública, ordenei como vós sabeis, que todas as irmãs dos diversos Hospitais pusessem avental branco inteiro com mangas compridas e véu branco de morim cambraia mas há Diretoras que, ao invés de serem as primeiras a obedecer às ordens de sua Superiora Geral, recusam-se a cumprir o que ela manda dando assim mau exemplo às suas subalternas. Para evitar escândalos dessa natureza, proibirei a renovação dos votos às Irmãs que antes da data fixada para a renovação, não estiverem todas vestidas de branco (*Cartas de madre Gertrudes de São José*, 9 de outubro de 1939).

Em relação à qualificação profissional, a Superiora da Congregação das Irmãs de Jesus passou, a partir da década de 1940¹⁴, a enviar freiras da irmandade para estudarem na EEAN no Rio de Janeiro. No dia 08 de março de 1946, madre Gertrudes escreveu às Irmãs Olívia e Celestina sobre a importância do curso que estavam fazendo na renomada Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery. A Superiora enfatizou que a prática adquirida naquela escola possuía muito valor nos hospitais e encorajou a freira Celestina a continuar estudando, uma vez que esta havia ficado reprovada naquele ano. Vejamos um trecho dessa correspondência:

Compreendo a situação da Irmã Celestina na Escola Ana Nery, mas é preciso que ela continue e faça o curso de auxiliar em primeiro lugar para fazer companhia a Irmã Olívia e segundo sempre lhe aproveitará o estudo e a prática que fará aí na Escola muito mais que num Hospital e mesmo porque tirará o certificado de ter feito o Curso na Escola Ana Nery que tem muito valor nos nossos hospitais. Portanto acho conveniente continuar aí [...] Já escrevi a Dona Lays pedindo a sua matrícula [...] Para o ano se Deus quiser irá a Irmã Clementina para seguir o curso de enfermagem e a Irmã Celestina acabando deixará a Escola (*Cartas de madre Gertrudes de São José*, 8 de março de 1946, p. 67-69).

De acordo com o relato da freira Aurora Côgo, ao regressar para o município, Irmã Olívia passou a ministrar na Santa Casa, cursos de auxiliar de enfermagem com emissão de certificado, afim de propagar os conhecimentos adquiridos na Escola e qualificar os profissionais que atuavam na instituição.

As freiras começam a perder espaço dentro dos hospitais a partir da década de 1940, quando os órgãos de regulamentação da saúde pública no país passaram a exigir a profissionalização de todas as pessoas que atuavam diretamente junto aos doentes. Embora algumas religiosas da congregação das Irmãs de Jesus

14 Em nenhuma das fontes pesquisadas encontramos registros anteriores à década de 1940, indicando que freiras da congregação tenham sido enviadas para estudar em escolas de enfermagem. Concluímos, portanto, que só a partir dessa década que tais religiosas passaram a ingressar em institutos de formação de enfermeiras.

tenham frequentado a Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, no Rio de Janeiro, nem todas puderam fazer o mesmo. Encontramos a evidência de que apenas duas religiosas frequentaram efetivamente o curso de enfermagem na instituição¹⁵. Em contrapartida, muitos leigos passaram a atuar na Santa Casa nesse período como enfermeiros e enfermeiras, suas vivências e formação acadêmica diferiam muito dos ideais religiosos das freiras e aproximavam-se dos princípios higienistas vigentes no país.

Os profissionais que ingressavam na Santa Casa nesse período traziam consigo valores bastante distintos dos que eram produzidos no interior de uma irmandade religiosa. Visto que o trabalho das freiras junto aos doentes era um serviço missionário, voltado para o cuidado com o próximo. Além dos cuidados corporais, preocupavam-se com a vida espiritual dos doentes. Caso houvesse o risco eminente de morte, elas deveriam conduzi-los à confissão, afim de alcançarem a salvação de suas almas. Vejamos um trecho das Constituições das Irmãs de Jesus que demonstram nossa assertiva:

As Irmãs destinadas para o serviço de enfermeiras considere na pessoa do doente a pessoa de Nosso Senhor Jesus Cristo e julguem prestar a ele mesmo os cuidados que prestam aos enfermos [...] Faça com que os doentes cumpram com os deveres de cristão e mesmo que não haja perigo de morte instruem-nos na doutrina cristã afim de que possam receber os sacramentos da confissão e comunhão. Estando em perigo de morte mesmo que o doente não possa o sacerdote o chame para desagrar sua conciencia o resto fica aos cuidados do sacerdote. Quando o doente estiver morrendo redobre seus cuidados e orações (Capítulo 39º das *Constituições das Irmãs de Cristo Rei*, 1932-1950).

Haviam demasiadas dissonâncias entre o universo religioso e o laico. Em algum momento tais concepções entraram em conflito, modificando as relações estabelecidas no interior do nosocômio.

15 Estamos nos referindo ao período pesquisado, de 1929 a 1950, e a formação na Escola Dona Anna Nery. Visto que algumas religiosas relataram que fizeram cursos de auxiliar de enfermagem em outros locais e períodos posteriores.

As Freiras deixam a Administração da Santa Casa de Cachoeiro

Conforme relatos das Irmãs, estas deixaram a administração da Santa Casa de Cachoeiro em 1950. Entretanto, não encontramos nenhum documento definindo a data precisa, tampouco o motivo do desligamento destas das funções administrativas do hospital. Mas detectamos que o contrato de trabalho entre a congregação e a Santa Casa perderia sua vigência em 1949, necessitando ser renovado caso ambas as partes estivessem de acordo. Constatamos, através da Ata do Conselho Diretor de 20 de dezembro de 1949 – referente às despesas para o ano vindouro – que as religiosas permaneceram na instituição após 1950, contudo, sem a responsabilidade de administrarem todos os setores do nosocômio, como ocorreu nos anos anteriores. A partir dessa data, as freiras passam a ser listadas nas atas da seguinte forma: administração (Irmãs e serviço religioso): serviço social, serviço funerário, cozinha, copa e lavanderia. No mesmo documento foi elencado gastos com “pessoal de enfermagem”¹⁶. É importante mencionar que até essa data – 1949 – aparecia apenas os gastos com administração, sem especificar as Irmãs, tampouco os setores de atuação destas. Acreditamos que a partir de 1950, as freiras não administravam mais o nosocômio, mas ficaram encarregadas de atuar na direção de alguns setores, como serviço religioso, copa e cozinha, conforme consta em ata de 1972:

Às 19:30 horas foi aberta a reunião, com a presença de todos os diretores e o presidente comenta o andamento da administração geral da casa, observando apenas no setor da copa e cozinha, que poderão ser sanados após entendimentos com a Irmã que dirige aquela equipe (*Livro de Atas da Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim*, 13 de novembro de 1972).

A freira Aurora Cògo asseverou que a motivação para a saída das Irmãs da administração da Santa Casa foram as

16 Nas atas anteriores não havia referência aos gastos com profissionais de enfermagem, tal informação passa a constar a partir de 20 de dezembro de 1949, quando era feita a previsão de gastos para o ano seguinte.

queixas dos demais funcionários. Eles alegavam que as religiosas possuíam privilégios porque seus trajés eram higienizados na lavanderia e se alimentavam da comida produzida na instituição. Contudo, refutamos essa concepção, pois as religiosas deixaram a administração do nosocômio, mas continuaram morando no interior do hospital e utilizando os serviços do mesmo.

Compreendemos que tais conflitos estavam relacionados às diferenças existentes entre os princípios religiosos das Irmãs e as práticas culturais dos leigos que atuavam no nosocômio. As freiras podiam se eximir de realizar qualquer atividade que fosse contrária aos seus princípios ou que pudesse comprometer sua reputação religiosa, o que deveria desagradar os funcionários laicos. Conforme demonstra os trechos das Constituições referente às Irmãs que atuavam como enfermeiras:

As Irmãs se abstenham de prestar serviço que lhe possa causar inquietações de consciência. Para prestar tais serviços não recusem servir-se boamente de uma pessoa leiga, e nas casas particulares onde estiverem, peça o ministério de algum membro da família; em caso de necessidade, porém, designe a superiora uma Irmã de idade madura, de provada virtude que consinta em prestar essas obras de caridade (Capítulo 225º das *Constituições das Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia*, 1951-1971, p. 64).

Se no desempenho de suas atividades as Irmãs enfermeiras fossem importunadas por pacientes, eram orientadas a informar à Superiora para que o problema fosse solucionado:

Si algum doente faltar-lhe o respeito com palavras livres levem-no ao conhecimento da Superiora para que esta por sua vez leve ao conhecimento dos administradores para que providenciem a este respeito. E assim procederá sempre que houver qualquer inconveniente (Capítulo 39º das *Constituições das Irmãs de Cristo Rei*, 1932-1950).

Os rígidos princípios morais que orientavam a vida das freiras representavam um elemento de convergência entre elas, algo que fortalecia o sentimento de pertença, na medida em que,

como membros de uma irmandade, compartilhavam as mesmas crenças e dogmas. Mas para os demais seculares que conviviam com as religiosas, tais princípios resultavam em divergências e dissensos, que acabaram provocando a saída voluntária das freiras da administração do Hospital.

Acreditamos que a saída das Irmãs da administração da Santa Casa estava relacionada às transformações sociais que afetaram a dinâmica do hospital. A demanda por atendimento aumentou significativamente, o que acarretou a expansão do quadro de funcionários, além disso, havia a determinação dos órgãos de saúde pública para que o atendimento aos enfermos fosse realizado por profissionais formados nas escolas de enfermagem regulamentadas. Nesse período, passaram a atuar na instituição enfermeiras e enfermeiros com formação técnica, seus valores e vivências acabavam indo de encontro aos ideais religiosos das Irmãs, que eram proibidas de manter amizades com seculares. Ademais, as freiras eram ensinadas a falar estritamente o necessário e guardar silêncio absoluto em determinados momentos, como durante as refeições e após as últimas orações da noite.

As religiosas acabaram imprimindo em sua administração princípios rígidos, como os que regiam a irmandade, exigindo: silêncio no espaço hospitalar, proibindo funcionários e pacientes de manterem amizades particulares ou entreterem-se com conversas fiadas. A rigidez com a qual as religiosas conduziam a administração do nosocômio provocou a insatisfação dos funcionários e demais pessoas que utilizavam os serviços do hospital, motivando o surgimento de dissensões no cotidiano da instituição. Isto posto, as freiras decidiram desligar-se voluntariamente da direção interna da Santa Casa, a partir de 1950, mas permaneceram atuando como funcionárias, executando as tarefas pertinentes a seus cargos, bem como o serviço espiritual que sempre prestaram no nosocômio. A obediência era um dos requisitos essenciais das freiras. Elas eram orientadas a obedecer seus superiores sem jamais questionar. Dessa forma, a sujeição das Irmãs de Jesus a outros administradores ocorreu de forma serena.

Conforme demonstramos no capítulo anterior, a capacidade de adaptação das religiosas de vida ativa ocorria de forma satisfatória, na medida em que seus princípios religiosos fossem respeitados e que as atribuições referentes à atuação profissional não entrassem em conflito com o seu chamado espiritual. Foi o que ocorreu com as freiras que atuavam na Santa Casa. Destarte, nas décadas seguintes o hospital continuou valendo-se dos inestimáveis serviços prestados pelas religiosas da congregação fundada por madre Gertrudes de São José.

Considerações Finais

A Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro foi fundada em 1899 por iniciativa das camadas mais abastadas da sociedade cachoeirense, formada, em sua maioria, por maçons. Havia o paradigma de que o atendimento no hospital era essencialmente para indigentes, por isso, nos primórdios de sua fundação, apenas os desassistidos, ou casos mais graves, procuravam atendimento junto à instituição. Desde os primeiros anos do século XX, os membros da Mesa Diretora intentavam contratar Irmãs de Caridade para administrarem o nosocômio.

Com a fundação da Congregação das Irmãs de Jesus no município, em 1927, o sonho se tornou uma possibilidade. Destarte, no ano de 1929 as Irmãs passaram a atuar na administração interna do hospital. O trabalho junto aos enfermos e seus familiares rompia as fronteiras do corpo e alcançavam a alma, pois a atuação das freiras ia além dos cuidados corporais de enfermagem. Havia o auxílio espiritual, que tornava o atendimento mais humanizado, levando alento aos que estavam fragilizados em virtude da doença ou da perda de um ente querido.

A chegada de Irmã Gertrudes de São José em Cachoeiro de Itapemirim, em 1927, representou para a comunidade católica a esperança de retomar o espaço de influência da Igreja na região, uma vez que era crescente o número de protestantes e maçons, sendo que os últimos, além de encamparem

importantes empreendimentos, como a fundação da Santa Casa de Misericórdia, eram personagens influentes na política local. O apoio recebido pela religiosa para fundar a congregação e o Colégio, bem como a posterior presença das freiras na Santa Casa de Cachoeiro, demonstram que as religiosas passaram a ocupar postos estratégicos para a difusão dos princípios cristãos – católicos – na sociedade cachoeirense. A partir da chegada das freiras no nosocômio ocorreu a desconstrução do paradigma de que o Hospital era destinado apenas aos indigentes, além disso, a assistência prestada pelas Irmãs representava, simbolicamente, a presença da Igreja na entidade, como ocorreu nas demais instituições congêneres espalhadas pelo país.

Durante o período estudado, a maioria das jovens que ingressavam na congregação eram oriundas da zona rural e membros de famílias numerosas. Para muitas dessas moças, ingressar em uma congregação religiosa representava a possibilidade de desvencilhar-se das obrigações oriundas do meio rural, livrar-se de um casamento indesejado, avançar nos estudos ou aventurar-se em missões para outros países. Muitas entraram para a congregação ainda adolescentes e, a partir de então, incorporavam os atributos essenciais à boa religiosa. A formação das freiras era norteadas por princípios morais e religiosos rígidos, que tinham a finalidade de forjar o caráter das jovens, que eram treinadas a exercer a extrema obediência, em escala decrescente: ao papa, ao bispo e às suas superiores, sem jamais questionar. As Irmãs que não se enquadravam às normas do Instituto eram expulsas, fugiam ou simplesmente desistiam da carreira religiosa.

No período em que as freiras assumiram a administração da Santa Casa ocorreram importantes mudanças relacionadas ao modelo de saúde pública praticado no país. Com a finalidade de institucionalizar a enfermagem, em 1922 foi criada a Escola de enfermeiras do DNSP, sendo que, em 1926, a instituição passou a ser denominada de Escola de enfermeiras Dona Anna Nery. Com a formação das primeiras turmas de enfermeiras, o governo editou o Decreto 20.100, em 1931, que exigia a formação em

escolas especializadas de todos os profissionais que atuavam junto aos doentes. Dessa forma, as freiras que trabalhavam em hospitais precisaram buscar capacitação em escolas de enfermagem. Foi o que aconteceu com algumas Irmãs da congregação em estudo, que foram enviadas para estudar na renomada Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro.

Apesar das Irmãs de Jesus não viverem em regime de clausura, deveriam manter um certo distanciamento de tudo o que fosse considerado mundano e pudesse, de alguma forma, comprometer sua reputação. Por isso, impetravam na administração do nosocômio princípios morais e normas rígidas, semelhantes às da congregação. Tal postura desagradava os subordinados e as demais pessoas que utilizavam os serviços da instituição, gerando conflitos e desavenças que acabaram provocando, em 1950, o desligamento das freiras da administração da Santa Casa. A partir dessa data, as religiosas continuaram a atuar no nosocômio apenas como funcionárias do mesmo, realizando as tarefas inerentes aos seus cargos e prestando auxílio espiritual aos enfermos, seus familiares e demais funcionários da instituição. Em virtude dos valiosos serviços prestados na área educacional, espiritual e hospitalar, as Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia se tornaram personagens importantes para a história da Santa Casa e do município de Cachoeiro de Itapemirim.

Referências

Documentação Primária

ANCHIETA, José de. *Cartas, Informações, Fragmentos Históricos e Sermões do Padre José de Anchieta (1554-1594)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1933.

Constituições das Irmãs de Cristo Rei, 1932 -1950.

Constituições das Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia, 1951-1971.

Constituição do Grande Oriente do Brasil – Tribunal Federal Maçônico. Processo n.397/2007, 30 de maio de 2008.

Estatutos da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – 1928 e 1941.

Jornal *Correio do Sul*, Ano I, junho de 1928 a junho de 1929. Biblioteca da Loja Maçônica Fraternidade e Luz. Cachoeiro de Itapemirim.

Jornal *O Cachoeirano*, 1900 e 1901. Biblioteca nacional - hemeroteca digital.

Jornal *O Cachoeiro*, 1940. Biblioteca da Loja Maçônica Fraternidade e Luz. Cachoeiro de Itapemirim.

Livro de Impressões – Relatos de Visitantes da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – 1929 a 1949.

Livro de inscrição e matrícula das Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia 1927-2018.

Livro de Atas do Conselho Superior da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – 1927-1954.

Livro de Contratações de funcionários da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – 1929 - 1942.

Livros de Atas da Diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim – 1916 - 1951.

MADRE GERTRUDES DE SÃO JOSÉ. *Cartas*. Congregação das irmãs de Jesus na eucaristia (maio de 1937 a junho de 1962). Belo Horizonte: Editora São Vicente, 1981.

Regimento Interno da Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim – 1945.

Material Bibliográfico

ALGRANTI, Leila Mezan. *Honradas e devotas: mulheres da colônia. Condição feminina nos conventos e recolhimentos do Sudeste do Brasil, 1750-1822*. Rio de Janeiro: José Olympo, 1993.

AZZI, Riolando. *A vida religiosa no Brasil: enfoques históricos*. São Paulo: Paulinas, 1983.

Vol. 12, nº 2. Fortaleza, set/dez 2013, p. 51-67.

BROTTO, Renata Batista. *O sentido de servir: assistência e formação profissional de enfermeiras católicas no Brasil (1931-1961)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

LAGE, Ana Cristina Pereira. *Conexões Vicentinas: particulares e religiosas da educação confessional em Mariana e Lisboa oitocentista*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2011.

MACHADO, Roberto. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACIEL, Manoel Gonçalves. *Voltando ao Cachoeiro antigo*. Vol. II, Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2003.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. *A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República*. Revista História, Ciências, Saúde Manguinhos, v.5, n.3, Rio de Janeiro, p. 621- 645, nov./fev., 1999.

MOULIN, Ariette. *Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, 1900 – 2010*. Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2011.

OGUISSO, Taka. *Trajetória histórica da enfermagem*. Belo Horizonte: Manole, 2014.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. *As Representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 52, n. 3, p. 443 – 454, jul./set., 1999.

SANGLARD, Gisele. *A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização*. Esboços. Revista do Programa de Pós-graduação em História da UFSC, Florianópolis, v.13, n.16,

p.11-33. 2006.

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira. *Escola de enfermagem Carlos Chagas: projeto, mudanças e resistência (1933-1950)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.

SÃO JOSÉ, Angelina de. *et al. Morte de um Grão Certeza de Vida*. Belo Horizonte: Imprimatur, 1990.

Bernardo de Gordônio e Aldobrandinino de Siena: Discursos Médicos sobre os Cuidados com as Crianças (Século XIII-XIV)

Larissa Lacé Sousa¹

Dulce Oliveira Amarante dos Santos²

Introdução

O presente trabalho tem como proposta analisar os cuidados médicos destinados as crianças na Idade Média, investigando assim, como essa temática era explicada pela medicina universitária medieval. As fontes para análise são: o *Tratado de Los Niños y regimento del ama*, do físico e mestre da Faculdade de Medicina na Universidade de Montpellier, Bernardo de Gordônio (1258-1318). Esse escrito, composto no início do século XIV, está dividido em 28 pequenos capítulos. Na primeira parte o autor discute principalmente sobre o nascimento das crianças e os primeiros cuidados com os bebês. O segundo capítulo é

1 Mestranda pelo Programa de pós-graduação em História (PPGH/UFG); sousalace@discente.ufg.br

2 Orientadora – É professora titular da Universidade Federal de Goiás. Possui graduação em História pela Universidade de São Paulo (1971) e doutorado em História Social pela Universidade de São Paulo (1997). Pós-doutorado em História da Medicina na Universidade de Navarra, em Pamplona, Espanha, em 2012 com bolsa estágio sênior da CAPES. doas52@hotmail.com

direcionado aos critérios para escolha da ama de leite. O terceiro, Gordônio dedica ao período de nascimento dos dentes e 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 sexto o autor cita várias doenças, explicando o que fazer para tratá-las.

Regime du Corps, da autoria de Aldobrandino de Siena (1287). É dividido em quatro partes: a primeira se intitula: “*De garder le corps*” – Como manter o corpo, traz um panorama de higiene geral apresentando meios para manter o equilíbrio fisiológico. A segunda “*De garder chacun membre par lui*” – Para manter todos os membros, traz os cuidados com alguns órgãos como o estômago, fígado, coração, os olhos, o cabelo. Na terceira “*Des simples choses*” – Das coisas simples, dedica-se a dietética, trazendo as qualidades e propriedades dos alimentos, fala sobre a importância e o valor nutritivo das coisas simples, o uso de cereais, o poder de nutrição das carnes de mamíferos, aves e peixes. A quarta é intitulada como “*Phisanomie*” – Fisionomia, que através das características físicas revela e faz reconhecer as aptidões morais dos indivíduos. Nesta pesquisa vamos trabalhar apenas com a primeira parte, sendo quatro capítulos: o VII – *Sobre habitar com uma mulher*; o capítulo XVI - *Dos lugares que são sãos e insalubres para habitar*; o XVIII - *Como a mulher deve se preservar quando está grávida* e o capítulo XIX *Como devemos manter a criança depois que ela nasce*.

Em seu tratado, Gordônio trabalha a dietética, mas em maior parte traz a terapêutica medicamentosa quando ensina o que fazer com cada enfermidade. No segundo tratado a dietética ocupa a parte principal, Aldobrandino se revela um higienista que descreve e demonstra os procedimentos, naturaliza a questão do costume das refeições do comer e do beber e de como isso refletia na saúde. Fala sobre os agentes físicos de conservação da saúde: a ação do ar, sono, exercícios, descanso, os banhos, temperamentos e estações. Manter um corpo saudável não era apenas seu lema, mas era um objetivo que seria alcançado através do respeito às

prescrições, o corpo se manteria saudável respeitando os cuidados de prevenção.

Metodologia

O foco de investigação é compreender a saúde infantil a partir do saber produzido nos séculos XIII e XIV. Assim, está sendo feito um levantamento e fichamento da historiografia sobre a medicina e a história das crianças na Idade Média. As fontes *Tratado de Los Niños y regimiento del ama* e *Regime du Corps* estão sendo analisadas observando a problematização proposta no projeto de mestrado.

Resultados

O objetivo do *Tratado de Los Niños e Regimiento del ama* é abordar sobre as crianças e as enfermidades que as atingiam, mas Gordônio faz muito mais, ele aborda sobre as ameaças antes mesmo do nascimento e os cuidados que as mães deviam ter para evitar problemas. O físico recomendava que quando estivessem esperando seus filhos, ficassem atentas aos perigos ou obstáculos que pudessem atrapalhar a tranquilidade da gestação. Quando a hora do parto estava chegando, que caminhassem por lugares baixos, sem pressa e tomassem banho em águas doces com ervas. Todo esse ritual era necessário para evitar a possibilidade de aborto e outras consequências. (TNBG³, p. 76).

Aldobrandino no capítulo XVIII também se preocupa com as mulheres grávidas. Ele alerta para os três primeiros meses de gravidez onde se a mulher não se preservasse poderia sofrer um aborto, não devia comer coisas salgadas e o consumo de carnes devia ser reduzido, geralmente deviam ingerir carnes fáceis para cozinhar como: galinha, perdiz, carneiro. Outra coisa importante era preservá-la dos sentimentos ruins, fazendo apenas coisas alegres e prazerosas. Em quinze dias antes do parto, as parturientes deviam

3 A sigla TNBG refere-se a obra *Tratado de Los Niños y Regimiento del ama* da autoria de Bernardo de Gordônio.

ser banhadas em água com ervas, malvas, violetas, camomila, devia também ungir as coxas e a região da vulva com óleo de camomila e gordura de galinha (RCAS⁴, p. 71-72).

Se tratando dos primeiros cuidados infantis ambos os físicos ensinam os procedimentos para cortar o cordão umbilical. Gordônio apresenta os procedimentos para cortar e curar: “Ser cortado o umbigo como quatro dedos, mas antes deve ser amarrado com lã torcida e untada com azeite de sésamo⁵. Após o corte, espalhe encima pó feito com mirra e sangue de dragão⁶” (TNBG, p. 76).

Aldobrandino indicava duas medidas se tratando do umbigo: a primeira muito parecida com a concepção de Gordônio seria: “Tem que lhe cortar o cordão umbilical, no comprimento de quatro polegares, e colocar por cima pó de sangue de dragão, sarcocola⁷, de cominho e de mirra, e um pano de linho molhado com azeite, tal é o ensinamento de muitos filósofos”. A segunda indicação seria amarrar o umbigo com lã retorcida contendo óleo e deixasse essa mistura por quatro dias, então em seguida ele cairia sozinho sem ser necessário cortar (RCAS, p. 74).

Segundo Oliveira (2007, p. 100) os cuidados direcionados as crianças deviam ser feitos sempre com carinho e doçura, desde o banho, até as vestimentas quando elas tinham seus membros envolvidos em uma faixa de linho, a indumentária, até a amamentação, colocar para dormir, dar os primeiros alimentos sólidos, acompanhar os primeiros passos e todo o desenvolvimento da criança em sua infância.

4 A sigla RCAS refere-se a obra Regime du Corps da autoria de Aldobrandino de Siena.

5 Azeite de sésamo também é conhecido como azeite de gergelim, tem propriedades anti-inflamatórias.

6 Sangue de dragão - nome da seiva da árvore *Croton lechleri*/ dragoeiro, nativa do Marrocos e presente na Amazônia, que possui coloração vermelha intensa. Com propriedades cicatrizantes e anti-inflamatórias.

7 Sarcocola - goma extraída da árvore sarcocoleira (*Penaea sarcocolla*), tem usos medicinais.

Durante toda a abordagem do *Tratado de Los Niños e Regimiento del ama* o autor fala sobre o banho apenas no primeiro capítulo quando diz sobre a importância da água morna para dar o banho e depois alongar todos os membros do corpo infantil. Diferentemente, no *Regime du Corps* Aldobrandino dá mais ênfase a essa parte, dizendo:

Quando terá dormido o bastante, deve-se lavá-la, pois é a hora exata, e se pode fazer isso duas ou três vezes por dia, e se for no verão se tiver calor faça-se a água um pouco morna e se for no inverno, seja mais quente, e no banho, cuide que a água não lhe entre nos ouvidos (RCAS, p. 75).

No medievo as condições de infraestrutura não facilitavam o asseio e cuidados higiênicos. A melhor higiene estaria entre os grupos privilegiados até porque as famílias tinham várias amas para ajudar nesses cuidados. Tomar banho parece simples, mas naquela época em alguns lugares o abastecimento de água era insuficiente (CABRERA SÁNCHEZ, 2006, p. 15).

Após o banho e a limpeza de cada parte do corpo, Gordônio recomendava colocar as crianças para dormir em um ambiente mais escuro: “Depois seja secado com panos delgados e suaves. Depois seja posto no berço e seja espalhado pó de menta e de néveda⁸, rosas e sândalos⁹. Depois seja coberto e o aposento escuro...” (TNBG, p. 76).

Aldobrandino segue o mesmo padrão, após o banho e a vestimenta colocada corretamente, ele indica:

E quando terá amarrado, os braços, as mãos em direção aos joelhos, e a cabeça levemente amarrada e coberta, deixe-a dormir no berço, mas que não seja cheio de coisas duras e ásperas, mas de coisas que a protejam do frio e não lhe deem muito calor; e cuidem que a cabeça esteja mais alta que o corpo, e durma reto,

8 Néveda – erva proveniente das azeitonas, ramosa, de folhas pequenas. A infusão das suas folhas é muito empregada como estimulante do aparelho digestivo, nos embaraços gastrointestinais.

9 Sândalos - Madeira rara e valiosa. É utilizada sobretudo em perfumaria e farmácia, com propriedades anti-inflamatórias, antioxidantes e diuréticas.

que o corpo não se incline de um lado e a cabeça do outro, nem algum dos outros membros. E a casa onde dormirá seja escura, mas sem exagero, pois a grande claridade poderia danificar sua visão. (RCAS, p. 75).

Apesar das obras terem sido compostas em séculos diferentes, XIII e XIV, a preocupação fundamental dos físicos acaba sendo a mesma, proteger as crianças através da prevenção, e a promoção de saúde. Os pensamentos acabam sendo em grande parte parecidos, podemos levantar a hipótese de que os escritos de Aldobrandino podem ter inspirado a escrita de Gordônio. Os médicos buscavam sempre mantê-las saudáveis e vivas desde o ventre até quando ficavam maiores, evitando o frio para não ficar doente, usando ervas para curar o umbigo e diversos outros medicamentos naturais. É uma mistura da dietética e terapêutica visando o bem estar. Os resultados estão sendo divulgados em congressos e seminários.

Considerações finais

Com base nas leituras realizadas, é possível afirmar que na medicina medieval, os cuidados com os recém-nascidos centravam-se nas coisas simples, mas era preciso respeitar as indicações cotidianas, para que a saúde continuasse equilibrada. Bernardo de Gordônio juntamente com Aldobrandino de Siena foram precursores na abordagem deste assunto, e a partir deles, vários autores começaram a perceber que era relevante e necessário estudar a saúde infantil. Seguindo as indicações médicas de acordo com a compleição das crianças, tudo ficaria bem.

Fontes:

GORDÔNIO, Bernardo de. **Tratado De Los Niños**. In: *Merídies*, Revista de História Medieval, 9, 2011, p. 76- 86.

SIENA, Aldobrandino de. **Regime du Corps**. In: *Bibliothèque Nationale et de la Bibliothèque l'Arsenal*, 1911, Arquivo digitalizado em 2016.

Referências Bibliográficas:

CABRERA SÁNCHEZ, Margarita. **La transmisión del saber médico**: La vida infantil em la edad media através de los tratados pediátricos y de otras fuentes de la época. In: *Merídies*, VIII, ISSN: 2445-2378, 2006, p. 7-36.

OLIVEIRA, Rodrigues Ana. **A criança na sociedade medieval Portuguesa**. Lisboa: Editora Teorema, 2007.

A AIDS vira notícia: os discursos sobre a “Doença Nova” nos periódicos cearenses na década de 1980

Érica Cavalcante Lima

Introdução

O presente trabalho consiste em um resumo de apresentação do livro *A AIDS vira notícia: os discursos sobre a “doença nova” nos periódicos cearenses na década de 1980*, que é fruto de uma pesquisa monográfica, exigência parcial para o grau de graduado(a) em História na Universidade Estadual do Ceará (UECE). O livro foi publicado em 2021, pela editora dessa mesma instituição (EdUECE).

O livro que ora apresento trata da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (Sida), também conhecida como Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), enfermidade que provocou intensas reações de medo, de curiosidade e de fascínio, por conta, sobretudo, da miscelânea de tabus milenares que a envolvem, tais como os da sexualidade, da homossexualidade e da morte. Rapidamente, ela preocupou não só os que se sentiam diretamente atingidos ou ameaçados, mas o conjunto da sociedade.

A “doença nova”¹, que eclodiu no início da década de 1980, período que corresponde ao declínio da chamada idade industrial e ascensão da idade da informação, veio inaugurar a mundialização ou globalização “instantânea” das sensações ocasionadas por uma doença de tamanha magnitude. Diferentemente das outras grandes e marcantes epidemias que a antecederam, a Aids “foi a primeira doença da mídia” (SPINK *et al.*, 2001, p. 2), e, em virtude de sua ampla divulgação nos meios de comunicação em massa, estimulava a geração de temores e apreensões relacionados à sua representação, antes mesmo de sua atuação biológica no meio social. Ela se tornou um dos elementos proeminentes de nossa sociedade naquele período, conhecida e comentada por todos, entrando na esfera dos acontecimentos sociais, que, como assinala Verón (1981), são produtos que, nas sociedades industriais, só tomam a forma que apresentam à medida que são moldados pela mídia.

Pelo fato de ter surgido em um momento de grande atuação midiática, visto que, naquele momento, a imprensa vivia uma fase bastante favorável no tocante à aquisição e divulgação de informações, por conta, principalmente, das evoluções tecnológicas, como a criação do fax, por exemplo, que ensaiava a “diminuição das distâncias” antes do surgimento da *internet*, nos anos 1990 as maneiras pelas quais a sociedade respondeu a essa nova enfermidade devem ser interpretadas dentro desse contexto.

Nessa perspectiva, a mídia exerceu dupla função na formação da Aids como um acontecimento social², pois ao passo

1 No livro, a referência à Aids como “doença nova” deve-se ao fato de que tanto no meio médico quanto no espaço midiático ela foi diversas vezes retratada dessa forma, dentro do recorte temporal analisado por esse estudo. Todavia, considerando a perspectiva do cientista e historiador da medicina Mirko Grmek, expressa em seu texto “O enigma do aparecimento da Aids”, é interessante ressaltar os seguintes questionamentos: até que ponto a doença seria realmente “nova”? Seria a Aids nova por não ter sido conhecida antes ou por não ter existido? A ideia de “não existir” se refere à sua completa inexistência no mundo ou, simplesmente, de estar ausente de um lugar apenas e não se proliferar em determinados espaços e populações específicas? Por não ter se manifestado em um passado próximo ou nunca antes ao longo da história? Diante dessas incertezas em relação à suposta “novidade” da síndrome, o referido historiador entende como uma “doença emergente” e não, necessariamente, como uma doença nova.

2 Por acontecimentos sociais podemos compreender os eventos que surgem como

que anunciou o aparecimento de um novo fenômeno patológico, foi o principal meio de transmissão dos informes sobre a doença, operando a passagem do conhecimento médico/científico para o registro social, aspecto que possibilitou a modelagem progressiva dos contornos que a enfermidade adquiriu socialmente (SPINK *et al.*, 2001). Dessa maneira, cremos que os veículos de comunicação em massa sejam lugares privilegiados para acompanhar as narrativas sobre a Aids, sendo o jornal um dos maiores expoentes nesse sentido.

Trazendo para a realidade brasileira, mais especificamente, a Aids, mesmo antes de ter chegado e se instalado de fato no país, já era noticiada pelos principais periódicos, que buscavam retratar o pouco conhecimento que se tinha sobre essa nova enfermidade, conhecimento esse proveniente, em grande medida, das agências norte-americanas de informação, o que fez, por exemplo, com que a maneira como a síndrome era abordada nos Estados Unidos exercesse grande influência no noticiário nacional e, conseqüentemente, no imaginário social a ela relacionado.

No tocante ao espaço geográfico abordado pelo livro, o estado do Ceará, a doença chegou ainda mais tardiamente. Portanto, longe de experiências com casos da enfermidade, até, pelo menos, 1984, o que se publicava nos jornais locais sobre a síndrome dizia respeito às informações pertinentes ao que vinha de fora, fosse de outros países ou de outros estados, como São Paulo, que por muito tempo foi o epicentro da Aids no Brasil. Nesse sentido, para tal momento que configura os primeiros anos da década de 1980, para a formulação das notícias sobre a enfermidade houve uma

grandes marcadores simbólicos, promotores de integração e coesão sociais. São isentos de sentido prévio, pois eles se desenvolvem em dependência com o modo como os indivíduos o percebem e lhes dão inteligibilidade. Desse modo, os acontecimentos sociais nunca são neutros, são antes objetos de uma produção social constituída por diversas apropriações e recepções diferenciadas que instigam a sua problematidade (MATEUS, 2011). Seus significados se devem à sua relação com outros acontecimentos; aos sentidos que lhes são imputados pela sua inscrição social e cultural no compartilhamento de costumes, convenções e instituições; à experiência pública e à maneira como a sua materialidade e as conseqüências que dela decorrem são interpretadas, apreendidas e vividas (BABO-LANÇA, 2011).

espécie de “importação” de conhecimento, bem como de sensações que a ela se relacionaram.

Em outro momento, quando das confirmações dos primeiros diagnósticos de Aids no Ceará, as notícias que, anteriormente, abordavam a síndrome através de perspectivas externas ao estado, passaram, diante dessa nova realidade, a enfatizar publicações que faziam referência à situação da doença na própria localidade, modificando o tipo de notícia que se fazia a esse respeito.

Ao longo da década, sobretudo em seus anos finais, a enfermidade, que já atingia números preocupantes de acometidos em todo o mundo, participava efetivamente do quadro epidemiológico do estado e de todo o Brasil, que, naquele momento, figurava como um dos países em que a Aids mais se fazia presente. Assim, as notícias que abordaram os últimos anos da década analisada nesse estudo retrataram, mormente, as preocupações demonstradas diante da necessidade de enfrentar a doença e de inibir a sua proliferação no Ceará.

Nessa pesquisa, buscou-se tecer uma análise sobre como a Aids foi representada nos discursos proferidos pelas notícias dos periódicos cearenses durante toda a década de 1980, visto que foi a imprensa um dos principais setores a fornecer algum tipo de resposta à enfermidade e que, literalmente, apresentou-a ao mundo, acompanhou e divulgou grande parte dos processos e dos discursos que à síndrome foram pertencentes.

Dessa maneira, concordando com a perspectiva de Sontag (1984), de que o significado que as doenças podem vir a ter numa coletividade se fundamenta, em grande medida, nas experiências históricas e culturais experimentadas pelos indivíduos que a compõem, diferenciando-se a depender da época vivenciada — a escolha por abordar a Aids a partir da análise de notícias de jornais se deu por considerar que esse tipo de documento, o qual retrata as narrativas de sua contemporaneidade, representa uma importante ferramenta na compreensão dos modos como uma determinada sociedade lida com suas doenças, sobretudo com

aquelas de grande impacto e de exaustiva publicização, como a enfermidade em questão.

Para a elaboração do estudo, dois periódicos do estado foram analisados, quais sejam: *O Povo* e *Diário do Nordeste*. É importante mencionar que a escolha por esses jornais se deu pelo fato de ambos terem coberto de maneira regular as informações médicas acerca da doença, abordando-a nos cadernos nacional, internacional e de saúde, bem como pela razão de, no contexto analisado, terem sido os periódicos de maior domínio e difusão no Ceará.

Foram empregadas, em cada capítulo, a utilização e completa exploração de cinco notícias sobre a doença. No primeiro, foram trabalhados os registros jornalísticos que abordaram a Aids antes de sua chegada ao Ceará, os quais são referentes aos anos de 1982 a 1984. No segundo, foram utilizadas as notícias relativas ao período que vai de 1985, ano de confirmação dos primeiros diagnósticos da doença no estado, a 1987, ano que corresponde à efetivação da doença nos quadros epidemiológicos do Brasil. Já no terceiro capítulo foram analisadas as notícias que configuraram os anos finais da década, 1988 e 1989, período em que a Aids já consistia em uma epidemia mundial com enorme incidência no Brasil, bem como no Ceará, que já era considerado o terceiro estado do Nordeste com maior presença de casos confirmados da enfermidade.

Nessa esteira, almejou-se, em cada um dos capítulos, compreender o modo como a síndrome se fazia perceber nos jornais locais, que aspectos foram abordados sobre ela nesses periódicos, bem como os sujeitos enunciados pelas notícias quando da formulação dos discursos sobre a enfermidade. Objetivou-se, nas análises das notícias, enfatizar a contextualização do momento histórico da epidemia, para que, desse modo, fosse possível perceber as prováveis influências que as diferentes fases da doença tenham exercido na formulação e no desenvolvimento dos discursos sobre ela, tendo em vista que, como assinala Foucault (2004), os discursos difundidos em uma sociedade são produzidos

mediante controle, seleção, organização e redistribuição, com o fim de monitorar seus poderes e perigos e de moderar a sua espontaneidade.

Desse modo, com a análise das notícias sobre a Aids dos dois principais periódicos do Ceará, na década de 1980, esse livro tentou observar quais foram as “vontades de verdade”³ que regeram o desenvolvimento dos discursos sobre tal enfermidade, buscando perceber as suas modificações e diferentes fundamentações ao longo de toda a década de 1980.

A AIDS antes da AIDS: as notícias que tratavam da nova doença antes dos primeiros casos no Ceará

No Brasil, soube-se — por meio de poucas notícias que vinham, principalmente, de jornais norte-americanos — de uma nova doença que parecia escolher indivíduos e classes sociais específicas.

No Ceará, o conhecimento da síndrome, assim como no restante do Brasil, deu-se antes da sua chegada propriamente dita, por isso dizemos que a Aids chegou antes da Aids. As primeiras suspeitas de casos noticiadas no país datam de 1983, cerca de dois anos depois do primeiro caso descoberto no mundo, veiculado com grande destaque pela mídia. E no Ceará, espaço abordado por este livro, a moléstia chegou ainda mais tardiamente, por volta de 1985. Portanto, todas as notícias que foram divulgadas nesse período que antecede os primeiros casos registrados no estado difundiram as experiências e sensações de outros espaços. A enfermidade se tornou conhecida antes que casos de Aids fossem oficialmente reportados ao Ceará. Nesse sentido, houve uma importação do que se pensava sobre a doença, a princípio.

A década de 1980, especificamente no Brasil, marca o início

3 Em seu livro *A Ordem do Discurso*, Foucault problematiza através de Nietzsche a concepção tradicional da verdade, ressaltando a necessidade de negar o suposto caráter de neutralidade, originalidade e fidedignidade, pois o que se tem por “verdade” em um dado momento é, antes de tudo, uma construção discursiva intrinsecamente relacionada às vontades e aos interesses dos que, de algum modo, detêm o poder.

do seu processo de redemocratização. Nesse momento, a Aids, então denominada na mídia por nomes como “câncer gay”, “praga gay” e “doença dos homossexuais”, fazia referência à década de 1970 no que havia de mais “escandaloso” – drogas e sexo, desviando as atenções de questões políticas que pululavam no país.

Devido ao pouquíssimo conhecimento médico acerca dos agentes etiológicos da síndrome, e tendo em vista o fato de os primeiros indivíduos a apresentarem o vírus fazerem parte dos chamados “grupos de riscos” (homossexuais e usuários de drogas injetáveis), difundiu-se a ideia de que a doença representava uma manifestação divina, que vinha punir aqueles que transgrediam o que se tinha por correto e socialmente aceito.

A compreensão desejada e difundida pelos veículos midiáticos apresentava a enfermidade como um completo desencorajamento à defesa das teorias libertárias da década anterior, embora o “desbunde” característico dos anos 1970 não tenha sido sentido tão fortemente no Brasil, já que o país vivia o ápice de uma ditadura nesse período. A apresentação da Aids por parte desses veículos, que ressaltava o caráter estrangeiro da doença e o perfil duvidoso dos que eram acometidos, sujeitos de vida assumidamente promíscua, corroborava a representação da enfermidade como um castigo aos comportamentos transgressores e fazia-se “conveniente” ao fortalecimento dos discursos conservadores, tão característicos do período ditatorial do Brasil.

Sem a experiência de casos da enfermidade no país, não se tinha, nesse período, uma literatura médica disponível, visto que a doença ainda não “exigia”, devido a sua aparente “distância” do Brasil, iniciativas governamentais e não governamentais que intervissem na sua proliferação. Um dos setores responsáveis pela formulação de um tipo de resposta nos anos iniciais da década de 1980 foi a imprensa. Para esse momento da Aids no Brasil, a mídia se coloca como principal e quase único meio de informação, sobretudo dada à abrangência nacional de alguns veículos de comunicação.

Assim, nesse capítulo, pretendeu-se perceber a maneira como a Aids foi abordada por essa mídia, as influências que os jornais cearenses receberam dessa abordagem e, mormente, como repassaram essas informações à população local. Para tanto, foram utilizadas as notícias veiculadas pelos jornais *O Povo*⁴ e *Diário do Nordeste*⁵, datadas de 1980 a 1984, a fim de perceber o que representou e como fora tratada a doença nos periódicos cearenses, antes dos primeiros casos notificados e noticiados no estado.

No trabalho com as fontes tivemos acesso, na sede do jornal *Diário do Nordeste*, a notícias de periódicos de todo o Brasil (*Folha de São Paulo*, *O Globo* e *Jornal do Brasil*, por exemplo), mas que não foram tratados diretamente na elaboração desse trabalho, que restringiu sua pesquisa aos periódicos do Ceará. Todavia, esse contato com as matérias dos jornais de outros estados contribuiu para a sondagem das informações que eram transmitidas fora do Ceará e dos modos como os jornais locais absorveram tais conteúdos e, mormente, como os repassaram.

Na análise dessas notícias que tratam dos primeiros anos do surgimento da doença no país, verificamos um denominador comum nas matérias desse período: a expressa ligação “homossexualidade – Aids”, e as mais variadas interpretações que

4 *O Povo* tem sua sede em Fortaleza (CE) e é publicado desde 1928. Em sua origem, defendeu o propósito de um jornal que “lutasse pelo direito do povo contra as oligarquias dominantes” da época. O nome do jornal foi escolhido pelos próprios fortalezenses. Ao ser lançado, durante muito tempo o seu *slogan* foi “o jornal das multidões”. Desde a sua fundação, o periódico passou por várias linhas editoriais, mas sempre abriu espaço para as discussões da intelectualidade cearense. Publicou inúmeros artigos de personalidades como Raquel de Queiroz, Jáder Moreira Carvalho, Antônio Drummond e Filgueiras Lima, dentre outros. Desde 1997 o jornal possui o seu conselho de leitores, formado por representantes da sociedade civil, que avalia, critica e sugere pautas. O jornal *O Povo* é o único do estado do Ceará a ter *ombudsman* (profissional contratado por um órgão, instituição ou empresa que tem a função de receber críticas, sugestões e reclamações, devendo agir em defesa imparcial da comunidade).

5 O jornal *Diário do Nordeste* tem sua sede também em Fortaleza (CE) e sucursais em Crato (CE), Iguatu (CE), Juazeiro do Norte (CE), Sobral (CE), Brasília (DF) e Recife (PE). O jornal faz parte do Sistema Verdes Mares (aglomerado de empresas de comunicação), que pertence a um dos grupos empresariais mais ricos do estado, o Grupo Édson Queiroz.

tentavam explicar o porquê da alta incidência da infecção entre os homossexuais.

Como exemplo, podemos citar uma notícia do jornal *O Globo*, de 1981, cujo título era: “Doença misteriosa leva à morte os homossexuais”, que sugeria como um possível fator de acometimento entre os homossexuais uma suposta falha imunológica desses indivíduos, bem como as drogas afrodisíacas por eles utilizadas. Tais notícias eram repletas de elementos estigmatizantes, os quais, considerando a velocidade de propagação da doença, eram tardiamente superados pelos conhecimentos científicos adquiridos, deixando para trás um rastro de preconceito e desinformação.

No Ceará, a única notícia que encontramos que aborda a doença nos dois primeiros anos da década, data de 1982, do jornal *O Povo*. Apesar da inexistência de casos confirmados no estado e de tudo o que se sabia da doença provir de outros países e de outros estados do Brasil, o relato traz outra abordagem, que não vincula a doença, como era comum no período, estritamente aos homossexuais. Pelo contrário, traz a novidade, já em 1982, da possibilidade de crianças também poderem ser contaminadas pela infecção que, até então, acreditava-se afetar somente os homossexuais e os outros indivíduos que compunham o chamado “grupo de risco”, como os usuários de drogas injetáveis.

Na análise das notícias que compuseram o primeiro capítulo do livro, procurou-se mostrar a maneira como a Aids foi abordada pelos jornais cearenses, verificando, mormente, os discursos difundidos que muito contribuíram para a cristalização de alguns elementos que colaboraram para a formação do imaginário sobre a doença nos primeiros anos de sua existência. Buscou-se destacar os elementos que apareceram para formar o quadro figurativo que caracterizou a síndrome e os seus portadores, bem como as referências que foram utilizadas para as supostas fundamentações. Destacou-se os elementos que apareceram para formar o quadro figurativo que caracterizou a síndrome e os seus portadores, bem como as referências que foram constituindo a enunciação

da enfermidade nas notícias. Observou-se que os elementos que a caracterizaram quando do seu “descobrimento” perduraram na construção alegórica da doença, embora, ao longo da década, tenha havido um esforço para incutir outras configurações à sua representação, conforme constatamos com a leitura dos demais capítulos.

Verificou-se, por fim, que nesse primeiro momento em que a Aids ainda não se fazia presente como um fenômeno biomédico no Ceará, sua materialização enquanto notícia antecedeu a epidemiologia propriamente dita, aspecto que, sem dúvida, exerceu grande influência sobre a formação da doença como um fenômeno social, pois, utilizando-se das palavras de Herlizch e Pierret (1992), foi, de certa maneira, a imprensa quem fez a Aids existir para o conjunto da sociedade.

“O medo do medo”. A chegada da AIDS ao Ceará e a proliferação da doença no Brasil

Em 1985 foi notificado oficialmente o primeiro caso de Aids no Ceará. A partir desse ano a doença começa a protagonizar diversas manchetes e notícias do estado. A síndrome, que outrora parecia estar distante da população cearense, tornava-se parte do cotidiano das pessoas. Na conjuntura do surgimento da patologia no Ceará, vivia-se um momento muito significativo na história da Aids no Brasil, pois, diante do aumento considerável do número de casos, esse momento é marcado pela sistematização dos trabalhos de informação/prevenção por parte da sociedade civil como uma das respostas à necessidade de enfrentamento da doença. Desse modo, a enfermidade começava a se tornar um elemento de apropriação de distintos setores da sociedade e, portanto, passava a gerar campos de disputa, como, por exemplo, entre conhecimento científico e reflexões bíblico-pastorais, dentre outros.

A cada novo caso que surgia se firmava, socialmente, ainda mais a estreita ligação que se fazia da doença com a homossexualidade, embora, cientificamente, já existisse a certeza

de que a doença não era de “pertencimento” exclusivo dos homossexuais, tampouco dos demais componentes do chamado “grupo de risco”. No entanto, assumir a síndrome, ainda imbricava forçosamente uma invasão de privacidade do indivíduo e um pré-julgamento da sua sexualidade.

Os casos de maior repercussão na mídia só confirmavam essa intrínseca relação. Indivíduos de grande visibilidade, tais como artistas e intelectuais, dentre outros sujeitos, que se sabiam doentes, acabavam por relatar a sua condição e, principalmente, a maneira como se dera o contágio, tendo em vista a impossibilidade de ocultação dos sintomas, que eram rapidamente percebidos.

Esses relatos de grande repercussão, sobretudo, serviram para reforçar o estigma que recaiu sobre a síndrome, causando uma verdadeira reviravolta na vida dos infectados, assim como na vida daqueles não infectados, mas que se “enquadravam” no estereotipado “grupo de risco” e eram também estigmatizados, como os homossexuais.

No contexto de aparecimento do primeiro diagnóstico da síndrome no Ceará, já havia se passado alguns anos desde o primeiro caso no Brasil, como nos é sabido, e várias medidas já vinham sendo tomadas em prevenção e combate à doença. Nesse sentido, a enfermidade não chegou ao estado de maneira tão inesperada como em outros lugares do país. Já eram vistas tímidas ações governamentais no âmbito da saúde pública, assim como iniciativas não governamentais, tais como as desempenhadas pelas Organizações não Governamentais (ONGs)/Aids e pelos grupos de militantes homossexuais, que participavam efetivamente na distribuição das informações sobre os meios de contágio e prevenção (GALVÃO, 2000).

Desse modo, neste capítulo enfatizou-se a análise da materialidade das notícias dos jornais cearenses a partir das seguintes questões: as transformações sociais resultantes das ideias pertinentes à doença e aos seus doentes; as modificações estruturais na saúde pública; e os modos de exposição dos novos

casos no estado. Para tanto, foram utilizadas as notícias que correspondem ao período de 1985 a 1987.

No trabalho com as notícias referentes a esses anos objetivou-se verificar as modificações sofridas na abordagem dos jornais cearenses em relação à síndrome e ao seu doente, visto que, nesse período, houve a confirmação do primeiro caso da doença no estado, bem como o surgimento de uma diversidade de iniciativas, que consideravam fundamental a luta contra a proliferação da epidemia aliada à conscientização social acerca da necessidade de dispensar um tratamento humanizado ao doente de Aids, aspectos que influenciaram substancialmente a produção das publicações sobre a enfermidade nesse contexto, as quais passaram a substituir as abordagens quantitativas e estatísticas, bastante formatadas pelo olhar médico, por recursos que “aproximavam” o leitor dos doentes, através do relato de suas experiências de adoecimento, com ênfase nos dramas que envolviam esse fato.

O “clarear” das notícias: era preciso saber viver com a AIDS

Depois de um considerável período marcado pelo medo e pela surpresa do surgimento de uma nova enfermidade viral e fatal, nos anos finais da chamada “década perdida”⁶ pareciam surgir as primeiras soluções para esse mal. Desde o primeiro caso descoberto até o período abordado pelo terceiro capítulo do livro, foram anos de experiência com a síndrome, e foram muitas as transformações ocorridas em virtude da doença ao longo dessa década.

A Aids, conforme demonstrado nos capítulos anteriores, ao trazer à tona a necessidade de visibilizar temas que sempre foram

6 A década perdida é uma referência à estagnação econômica vivida pela América Latina durante a década de 1980, quando se verificou uma forte retração da produção industrial e um menor crescimento da economia como um todo. Para a maioria dos países esse período é sinônimo de crise econômica, volatilidade de mercados, problemas de solvência externa e baixo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). No caso do Brasil, houve, inclusive, queda, tratando-se do fim do ciclo de expansão vivido nos anos 1970 pelo “milagre econômico” (ALMEIDA, 2011).

reprimidos socialmente, tais como a homossexualidade, o sexo, o preconceito e a morte, e ao forçar significativas modificações políticas, econômicas e culturais, representou, desde sempre, muito mais do que um simples fato biomédico, significando um fenômeno social⁷, capaz de causar desequilíbrio na coesão e na estabilidade social, em virtude de suas características e representações, como também de motivar novas ações a partir das quais decorreram transformações sociais positivas.

Os imperativos gerados pela doença mobilizaram inúmeras iniciativas de órgãos não governamentais em prol de seu enfrentamento; colaboraram para algumas das transformações do aparelho político de saúde — tendo-se em vista que os hospitais, assim como os profissionais da saúde, não tinham preparo para lidar com os casos da enfermidade; bem como estimularam várias empreitadas da medicina pela necessidade de buscar a cura, ou pelo menos tratamentos mais eficazes, face aos efeitos devastadores dos sintomas na vida dos acometidos, cujo número só aumentava.

7 Na perspectiva de Durkheim (2005), os fenômenos sociais são acontecimentos que exercem profunda influência sobre a vida e o comportamento dos indivíduos. Atingem, quase sempre, grandes dimensões e podem afetar o funcionamento normal e coeso da sociedade, desequilibrando-a. Para que entendamos o que fez da Aids um fenômeno social, é necessário que primeiramente compreendamos o conceito de representação social, visto que foi justamente a sua representação que ampliou sua condição de fenômeno biológico, trazendo-a para a esfera dos acontecimentos sociais. Segundo Jodelet (2009), a representação social é uma forma de conhecimento generalizada como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa se relacionar com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações ao seu respeito. Para Moscovici (2000), as representações sociais adquirem suas formas de identificação através das comunicações em geral, onde se elaboram os conhecimentos de senso comum. Dessa forma, em nossa sociedade, as representações sociais são equivalentes aos mitos e aos sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Nessa perspectiva, na difusão do senso comum sobre os mais variados assuntos, os processos de comunicação são peças fundamentais. Considerando a relevância dos veículos midiáticos nos processos de comunicação da sociedade contemporânea, esses meios são peças imprescindíveis na produção do “senso comum” sobre as mais diversas temáticas. Tendo em vista a massiva publicização da Aids na esfera midiática, os aspectos que eram publicamente reforçados sobre a doença se tornavam a matéria-prima para a produção dos sentidos sobre ela e para a produção do conhecimento socialmente compartilhado. Levando em conta que esses aspectos, quase sempre, referiam-se a tabus sociais, o pensamento socialmente compartilhado sobre a Aids tornou um fenômeno social que conseguiu abalar, em diferentes proporções, a estabilidade social.

Dessa forma, devido há anos de pesquisas e de experiências com a síndrome, naquele momento, a classe médica já possuía bastante propriedade na difusão de certezas sobre a patologia, pelo menos no que compete aos meios de contágio, ao conhecimento do agente etiológico e aos meios de detecção da doença, através do teste de HIV, por exemplo, já bastante conhecido no período. Portanto, diante dessas novas condições, o teor de mistério, pavor e fatalismo que envolvia os discursos sobre a doença passou a ser gradativamente modificado.

A cada dia se tornavam mais perceptíveis as mudanças no perfil epidemiológico, caracterizado, nesse momento, pela progressiva pauperização, interiorização, feminilização e heterossexualização da doença. Diante dessa realidade, a apropriação da Aids por parte do estado se fez imprescindível, no que diz respeito, sobretudo, às medidas de prevenção ao alastramento da enfermidade, as quais se concretizaram na disponibilização de recursos para o desenvolvimento de pesquisas; criação de campanhas nacionais de prevenção; e distribuição de medicação gratuita para o tratamento dos enfermos (GALVÃO, 2000).

Nesse período, surgiram os grandes avanços terapêuticos, resultantes da introdução de medicamentos como o AZT no tratamento dos pacientes, que propiciava uma significativa melhora nas condições de saúde e sobrevivência das pessoas com HIV/Aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Tais fatores contribuíram para as modificações dos discursos difundidos sobre a síndrome, os quais passaram a destacar, gradativamente, as ideias de prevenção sexual e responsabilização individual, por meio de estratégias que visavam atingir a todas as classes sociais.

Nesse contexto, como destaca Biancarelli (1997), a maior parte da imprensa se viu na emergência de “evoluir”, aprendendo a escolher termos e nomenclaturas menos degradantes na produção das notícias referentes à Aids. Dessa forma, a palavra “aidético” passou a ser gradualmente substituída por “doente de Aids”, “grupo de risco” por “grupos mais expostos ao risco”, e “drogados”

por “dependentes de drogas”. Conforme Mann, Tarantola e Netter (1996), a escolha por um novo repertório de referências ao conjunto de elementos que envolviam o tema Aids foi de grande importância, pois contribuíram com o esforço pela prevenção e assistência à doença e aos doentes, como também pela mudança do *status quo* do pensamento social sobre ela.

Pollak (1990) assinala que a medicalização do problema, bem como a estratégia de responsabilização individual frente ao contágio, que há alguns anos era sobressalente nos discursos de prevenção, levou os responsáveis políticos a autorizarem a distribuição de preservativos e de seringas, passando por cima de questões morais que, anteriormente, tanto permearam boa parte das referências sobre a síndrome.

No entanto, essas ações foram amplamente combatidas por um segundo agente promotor de respostas à proliferação da epidemia, nesse momento, a Igreja Católica, a qual interpretava a primeira dessas medidas como uma defesa da sexualidade livre, e a segunda, em concordância com alguns setores mais conservadores, como um incentivo ao uso de entorpecentes. Tais medidas de ampla prevenção lideradas pelos governos feriam diretamente diversas subjetividades morais da sociedade.

Embora a discussão desses tópicos tão necessários às novas estratégias de enfrentamento da doença gerasse muitos conflitos entre os diferentes setores que dela se apropriaram, a necessidade de união das instituições em prol da contenção da patologia foi inevitável, dado a fatores como a pauperização da epidemia, já mencionada, aliada ao empobrecimento da sociedade brasileira como um todo, e ao sucateamento da rede pública de saúde (GALVÃO, 2000).

Nesse capítulo, destaca-se o início da consolidação da apropriação da doença por parte dos governos, aspecto que, até então, não havia sido percebido nos registros anteriores, conforme vimos, tendo sido a síndrome enfrentada, mormente, por setores não governamentais. Nesse momento, no entanto,

percebemos que a doença começava a participar efetivamente das preocupações da saúde pública em níveis mundiais. Na luta contra a enfermidade que crescia de maneira preocupante em todo o mundo, a “globalização” das medidas que objetivavam a sua contenção se figurava como estratégia importante, e, nesse sentido, os jornais, bem como os demais veículos de comunicação em massa, exerceram vultoso papel.

Considerações Finais

Sendo a Aids uma doença socialmente impactante, por todas as características que lhe são peculiares, e por ter eclodido em um período de grande dominação midiática nos processos de comunicação social, entendemos que a imprensa exerceu papel fundamental na produção de sentidos sobre a doença, pois a mídia, como um todo, constituiu-se em um poderoso meio de criar e fazer circular repertórios sobre quaisquer temas que ela venha a se apropriar, tal como fez com essa enfermidade na década de 1980. Desse modo, as notícias veiculadas sobre a patologia, correspondentes ao recorte temporal escolhido por esse livro, tornam-se ferramentas importantes para o estudo da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida enquanto fenômeno social.

Frente ao crescimento da ameaça global da epidemia de Aids, as matérias sobre a doença registraram, ao longo da década, reações de negação, de pânico, de discriminação, de luta por direitos e de solidariedade, empregando diferentes níveis de importância a essas questões na abordagem de cada uma delas, que, quase sempre, relacionaram-se às diferentes fases do enfrentamento da síndrome e ao “recado” que se buscava transmitir sobre ela. Desse modo, a imprensa assumiu um papel de dupla importância, pois ao passo que divulgava as informações mais atualizadas à população, por meio da diversificação de suas abordagens e dos discursos enunciados, atuava de modo a tentar orquestrar os tipos de comportamentos sociais desejados.

Nesse sentido, observou-se claramente que os tipos de publicações sobre a síndrome estavam intrinsecamente relacionados às fases da epidemia e às medidas de enfrentamento efetivadas, as quais iam se configurando como respostas à emergência de frear a proliferação da patologia; diminuir as tensões nas relações entre enfermos, estigmatizados e sadios; bem como amenizar o sofrimento dos acometidos pela doença, que a cada ano fazia mais vítimas.

Com a análise dessas publicações foi possível não somente sistematizar alguns dados que auxiliam na preservação da memória das respostas frente à epidemia de HIV/Aids em sua primeira década, como também colaborar para a possibilidade de se interpretar diversos outros aspectos da doença enquanto fenômeno social, no período de maior volatilidade nos discursos sobre ela, considerando que as notícias absorviam a inconstância na lida com a síndrome, e tal fator se refletia nos tipos de abordagens conferidas à doença, o que conseqüentemente contribuía para modificar o conhecimento compartilhado sobre ela, podendo alterar, também, as suas representações sociais.

Dessa maneira, as notícias analisadas demonstraram que nos primeiros anos da década de 1980, quando os casos da doença começaram a ser publicados e a enfermidade parecia ser restrita a outros países, assumindo um caráter peculiar de pertencimento a grupos restritos, as notícias publicadas, nesse momento, as quais foram analisadas no primeiro capítulo, de um modo geral, abordavam, sobretudo, a novidade que a enfermidade representava, ressaltando aspectos que diziam sobre o seu mistério e o pouco conhecimento que a ciência, “aquela que tudo sabia”, detinha sobre a patologia, o que tornava desatualizado o conhecimento médico. Portanto, no que diz respeito aos primeiros anos da epidemia, é notória a predominância do discurso da ciência, protagonizado por toda e qualquer referência às elucubrações científicas de outros países, principalmente dos Estados Unidos. Nesse momento em que a doença parecia não ter se instalado no

Ceará, os jornais locais a abordavam como um fenômeno alheio ao estado.

Quando surgem os primeiros casos confirmados da doença no Ceará, considerando que nesse momento já havia passado alguns anos de experiência com a síndrome, inclusive no Brasil, onde já existiam muitos casos confirmados em São Paulo, as abordagens continuaram, sobretudo, priorizando o discurso médico, mas imprimindo-lhe outras tonalidades. Se antes esse discurso era difundido para demonstrar que a ciência quase nada sabia sobre a patologia, nesse período, o discurso médico-científico era utilizado para falar sobre os novos conhecimentos adquiridos; os meios de contágio e prevenção; e as expectativas em relação às possibilidades terapêuticas que começavam a ser descobertas.

Nesse momento, também foram amplamente difundidas as publicações que relatavam a experiência dos indivíduos estigmatizados pela síndrome, tendo em vista que as suas representações geravam inúmeros desafios à sociedade, decorrentes, em grande medida, das tensões nas relações entre sadios e enfermos. As matérias correspondentes a esse período se caracterizaram, também, pela busca de publicizar a condição das pessoas vivendo com o HIV/Aids, numa clara tentativa de despertar a solidariedade e diminuir as reações de preconceito. Essas notícias se assinalaram, ademais, pela projeção dos trabalhos ativistas, tais como os desenvolvidos por ONGs, que almejavam prestar auxílio jurídico, político e social aos doentes.

Já nos anos finais da década de 1980, quando a Aids já se configurava como uma pandemia e se tornava indispensável a responsabilização dos poderes constituídos pela contenção da enfermidade — a qual atingia indiscriminadamente todos os tipos de pessoas, pertencentes às mais variadas esferas sociais —, os discursos difundidos na imprensa foram protagonizados pelos representantes do Estado ou por referências às medidas as quais tinham o Estado (instituição) como regente, que enfatizavam a busca pelo controle total da epidemia. Bem como pelo discurso da Igreja, que dessa vez aparecia como uma aliada dos doentes,

no esforço pela sistematização de trabalhos de solidariedade junto aos acometidos, embora surgisse, também, como a principal antagonista das medidas estatais de enfrentamento que ferissem os preceitos morais da religião.

Por fim, nesse momento em que a doença já fazia parte dos quadros epidemiológicos do Ceará, as matérias produzidas priorizaram, ademais, a enunciação da realidade local, no tocante aos modos de se perceber e de se enfrentar a síndrome.

Com essa pesquisa foi possível evidenciar que as notícias sobre Aids assumiram diversas características ao longo da década de 1980 e passaram por amplas remodelações, as quais procuraram atender às necessidades que a realidade das circunstâncias exigia, contribuindo para que as representações sociais se dinamizassem, reafirmando-se em algumas ocasiões e se modificando em outras, a partir dos diferentes momentos históricos do país, da epidemia e dos grupos sociais envolvidos.

Desse modo, o estudo dessa enfermidade, a partir da análise das narrativas tecidas nas páginas dos jornais do Ceará, procurou contribuir com a compreensão de que as doenças, sobretudo as epidêmicas, quando analisadas numa perspectiva histórica, revelam-se exemplos importantes da relação indissociável entre indivíduo e sociedade, pois embora a doença seja um fenômeno privado, que atinge um corpo, especificamente, os processos de adoecer e de curar-se são socialmente vivenciados e construídos, mormente, nos momentos de epidemia, demonstrando a fragilidade das barreiras que supomos existir entre a particularidade dos sujeitos e a força do todo social (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004).

O estudo dessa patologia, que fez a sociedade contemporânea retroceder à concepção da doença como um desastre social, fez-nos enxergar que as enfermidades não têm existência em si, que elas são, na verdade, entidades abstratas nomeadas pelos homens, os quais determinam a sua história (SOURNIA, 1985). Desse modo, cada época investe numa doença a sua angústia diante da fragilidade da condição humana, por isso, tenta por todos os meios negá-la e afastá-la do seu horizonte, fugindo, inclusive, daqueles que são atingidos por ela (IMBAULT-HUART, 1985).

Nessa perspectiva, o livro ora apresentado destaca que o estudo histórico das enfermidades nos auxilia a apreender sobre saberes e práticas de uma dada época, a partir da identificação das atitudes para com o fenômeno doença, assim como possibilita analisar as diferentes ações de grupos sociais e a pluralidade de comportamentos humanos, o que nos faz perceber o quanto que as narrativas elaboradas a fim de dar sentido à doença se relacionam com o coletivo do pensamento, com a mentalidade social, mas, sobretudo, com as estruturas de poder e os significados por elas desejados.

Referências

ABREU, Alzira Alves de. **A Modernização da Imprensa** (1970 – 2000). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

ALMEIDA, Gelson Rozentino de. **História de uma década quase perdida: PT, CUT, crise e democracia no Brasil. 1979-1989.** Rio de Janeiro: Garamond, 2011.

ARMUS, Diego. **Entre Médicos y curandeiros: cultura, história y enfermedad em La América Latina Moderna.** Buenos Ayres: Grupo Editorial Norma, 2002.

BABO-LANÇA, Isabel. Configuração mediática dos acontecimentos do ano. In: **Caleidoscópico, Revista de Comunicação e Cultura** – Dimensões do acontecimento - Configuração, mediação, tempo e experiência. Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – departamento de Ciências da Comunicação, Artes e Tecnologias da Informação. Edições Universitárias Lusófonas, n. 10, 1º semestre 2011.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social do tuberculoso: Perspectivas documentais,** Cadernos de História e Saúde, n. 2, Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1992.

BIANCARELLI, A. Doença em foco: As reportagens sobre AIDS publicadas pela Folha de São Paulo. **Revista USP**, v. 33, n. 33, p. 137-147, 1997.

COMISSÃO SOCIAL DO EPISCOPADO. **SIDA: a sociedade em questão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

DURANS, Cláudia Alves; SANTOS, Rosenverck Estrela. Haiti: significado histórico, realidade e perspectivas. **Revista de Políticas Públicas**. São Luís, Número Especial, p. 127-133, 2016.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

FARREL, Jean. **A Assustadora História das Pestes e Epidemias**. Tradução: Mauro Silva. São Paulo: Ediouro, 2003.

FAUSTO NETO, Antônio *et al.* (Re) Visitando os conceitos de contrato de leitura. Uma proposta de entendimento dos pontos de vínculo entre emissor/receptor da sociedade dos meios para sociedade midiaticizada. Intercom. **Anais [...]**. XI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul, 2010.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. Edições Loyola: São Paulo, 2004.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S.A. Rio de Janeiro: 1963.

GOUDSBLOM, Johan. “Les grandes épidémies et la civilisation des mœurs”. **Actes de la Recherche em Sciences Sociales**, n. 68, p. 12, jun. 1987. Disponível em: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_0335. Acesso em: 10 nov. 2020.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panam Salud Pública**. v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GRMEK, Mirko. O enigma do aparecimento da Aids. **Estudos Avançados**. v. 9, n. 24, São Paulo maio/ago. 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141995000200011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2020.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda, 1990.

HEGEMBERG, Leônidas. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

HERLIZCH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma Doença no Espaço Público. A AIDS em Seis Jornais Franceses. **Physis**. v. 2, n. 1, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

IMBAULT-HUART, Marie-José. História do Cancro. In: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985, p. 176-186.

JODELET, Denise. (Orgs). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009.

JOFFE, Helene. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In. GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 4 Editora Petrópolis: Vozes, 1998.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **História da AIDS no Brasil. 1983-2003**. v. 1: as respostas governamentais à epidemia de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde/Secretária de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985.

LIMA, Zilda Maria Menezes. **Uma enfermeira à flor da pele: A lepra em Fortaleza (1920-1937)**. Fortaleza: Museu do Ceará:

Secult, 2009.

MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. From epidemiology to vulnerability to human rights. In: MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. **AIDS in the World II**. New York: Oxford University Press, 1996.

MATEUS, Samuel. A Configuração Evenemencial da Publicidade. **Caleidoscópio Revista de Comunicação e Cultura**, n. 10, – Dimensões do acontecimento - Configuração, mediação, tempo e experiência. Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Edições Universitárias Lusófonas, 2011, p. 137-145.

MAYER, Ken; PIZER, Hank. **AIDS: a epidemia mais assustadora do nosso século**. São Paulo: Três Livros e Fascículos, 1983.

MOSCOVICI, Serge. Prefácio. In. GUARESCHI, Pedro; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. 4. Editora Petrópolis: Vozes, 2000.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (orgs). **Uma História Brasileira de Doenças**. Brasília: Paralelo, 2004.

OBREGON, Diana. **Batalhas contra La lepra: estado, medicina y ciência em Colômbia**. Medellín: Banco de La República/ Fondo Editorial Universida, 2002.

PALLARES-BURKE, Maria Lucia Garcia. A imprensa periódica como uma empresa educativa no século XIX. In: **Caderno de Pesquisa**, n. 104, p. 144-161. São Paulo: jul. 1998.

POLLACK, Michael. **Os homossexuais e a AIDS: sociologia de uma epidemia**. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

SANTOS, Luiza A. de Castro.; MORAES, Cláudia.; COELHO, Vera Schattan P. A hemoterapia de 64 a 80. **Physis** [online], vol. 1, n. 1, pp. 161-182. Rio de Janeiro, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/08.pdf>. Acesso em: 10

nov. 2020.

SANTOS, Luiza A. de Castro.; MORAES, Cláudia.; COELHO, Vera Schattan P. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis* [online], vol. 2, n. 1, pp. 107-149. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/05.pdf>. Acesso em. 10 nov. 2020.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene R. do. A doença revelando a história. In: SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene R. do (orgs). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo, 2004.

SOARES, Rosana L. AIDS e imprensa: São Paulo: interface. **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.

SODRÉ, Nelson Werneck. **História da Imprensa no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

SONTAG, Susan. **A doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SONTAG, Susan. **A AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques. **As doenças têm História**. Lisboa: Terramar, 1985, p. 359-361.

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito, MENEGON, Vera M.; LYRA, Jorge; LIMA, Helena. **A construção da AIDS - notícia**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: v. 17, n. 4, p. 851862, jul. ago. 2001.

TREVISAN, João S. **Devassos no paraíso**. A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Record, 2007.

TRONCA, Ítalo A. **As Máscaras do medo: lepra e AIDS**. Campinas, São Paulo: Ed Unicamp, 2000.

VERON, Eliseo. **Construire l'événement**. Paris: Minuir, 1981.

VERON, Eliseo. **Fragmentos de um tecido**. São Leopoldo: UNISINOS, 2004.

FONTES

Jornal O POVO – Acervo da Biblioteca Menezes Pimentel

Fortaleza, 12 dez. 1982, p. 08.

Fortaleza, 01 jul. 1983, p. 13.

Fortaleza, 15 maio 1984, p. 06.

Fortaleza, 03 jul. 1985, p. 09.

Fortaleza, 20 out. 1985, p. 04.

Fortaleza, 07 jan. 1986, p. 08.

Fortaleza, 23 fev. 1986, p. 10.

Fortaleza, 04 jul. 1988, p. 05.

Fortaleza, 18 jul. 1988, p. 05.

Fortaleza, 28 jul. 1988, p. 07.

Fortaleza, 20 fev. 1989, p. 08.

Fortaleza, 14 maio 1989, p. 12.

Jornal Diário do Nordeste – Acervo do arquivo particular do próprio jornal.

Fortaleza, 08 out. 1983, p. 03.

Fortaleza, 15 out. 1983, p. 11.

Fortaleza, 15 maio 1985, p. 03.

Fortaleza, 25 jan. 1988, p. 07.

Fortaleza, 08 out. 1988, p. 15.

Fortaleza, 15 nov. 1988, p. 06.

Fortaleza, 11 nov. 1989, p. 09.

Fortaleza, 31 dez. 1989, p. 01.

O Olhar Médico sobre as Doenças, as Epidemias e os Problemas Sanitários no Portugal de Oitocentos (1855-1920)

Emmanuel Nascimento

Introdução

No ano de 2020, a sociedade deparou-se com uma nova pandemia, a segunda ocorrida no século, de acordo com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde, que classificou como pandêmicas a gripe “Influenza A”, causada pelo vírus H1N1, em 2009, e mais recentemente, a doença respiratória aguda, causada pelo coronavírus (Covid-19).

Os surtos epidêmicos e pandêmicos despertam interesse sobre as doenças. Isso tem levado ao crescimento, nos últimos anos, do número de investigações nas mais diversas áreas que atuam sobre as enfermidades que atingiram e ainda atingem a sociedade. Buscou-se, neste artigo fazer uma análise do saber científico dos médicos portugueses sobre a cólera, varíola, peste bubónica, tifo, febre tifoide e gripe espanhola, doenças pandêmicas e epidêmicas ocorridas, desde meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX, em Portugal.

O nascimento da bacteriologia, da epidemiologia, bem como os novos paradigmas higiênicos geraram impactos positivos em toda a sociedade. Porém, foram os facultativos os responsáveis por descodificar esses saberes e os colocarem em prática. Tendo em vista essas considerações, procurou-se compreender como estava estruturado o conhecimento médico-científico português no período especificado, partindo do profissional clínico e do seu saber particular como forma de mensurar o acesso às descobertas, às informações sobre as doenças, às terapêuticas utilizadas e à visão dos clínicos.

comum encontrar trabalhos que apontam um atraso científico português no século XIX, como Bernardo (2021) e a conclusão sobre “atrasos significativos nas políticas de saúde pública e estruturas sanitárias, públicas e privadas” (Abreu, 2018, p. 101). Contudo, indaga-se: como isso foi mensurado? Esse atraso atingia todas as áreas? Durante todo o século, o conhecimento estava obsoleto? Se havia atraso, como um médico português diagnosticou a peste bubônica na cidade do Porto, em 1899, enquanto a comunidade científica portuguesa julgava ser impossível o retorno dessa doença ao país?

O desafio deste trabalho foi o de identificar o conhecimento dos clínicos portugueses no período e buscar entender os impactos científico e terapêutico no enfrentamento das epidemias que ocorreram no país de 1855 até 1920.

Fontes e métodos

Para realização desta investigação, procedeu-se à análise da produção científica dos clínicos portugueses por meio dos trabalhos obrigatórios de conclusão de curso, apresentados no Ato Grande da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, que, após 1911, passou a ser a Faculdade de Medicina do Porto.

A escolha de trabalhos acadêmicos como fonte de pesquisa deve-se ao fato de esses trabalhos serem, tradicionalmente, meios de receção e de proliferação de novos saberes. Com relação ao

período selecionado para a análise, contemplou-se de 1850 a 1920, em virtude do número considerável de epidemias que Portugal conheceu nesse tempo, bem como das descobertas científicas que mudaram diversos paradigmas no âmbito da medicina.

Em contato com esses documentos, através do repositório da Universidade do Porto, procedeu-se a uma análise por meio do método quantitativo e qualitativo. O quantitativo baseado em Barros (2012), permitiu organizar uma base de dados e separar as teses médicas por doenças e outros assuntos abordados pelos autores, sendo possível, na análise, traçar comparações com as epidemias ocorridas, as descobertas científicas e os acontecimentos importantes que estavam refletidos nos trabalhos. Essa catalogação facilitou o processo de interpretação qualitativa dos dados. Para a análise qualitativa de interpretação dos seus conteúdos, foi utilizado o modelo de análise de conteúdo de Bardin (2011).

Após a leitura das dissertações médicas apresentadas no Ato Grande, foi possível traçar um panorama sobre o conhecimento científico português quando esses trabalhos foram elaborados. O trabalho de Costa e Vieira (2011) sobre as teses inaugurais da Escola Médico-Cirúrgica do Porto e o de Garnel (2006) sobre a Escola Médico-Cirúrgica e Lisboa defendiam o uso aprofundado dessas dissertações em outros trabalhos acadêmicos, devido à riqueza de informações.

A relevância destas fontes, as teses inaugurais da Escola Médico-Cirúrgica do Porto, já reconhecidas em alguns trabalhos, como afirmam Costa & Vieira (2011, p. 2): “as potencialidades desses documentos para a historiografia da saúde e das ciências biomédicas em Portugal, enquanto fontes incontornáveis à reconstrução do saber médico”. Na análise empreendida pelo presente artigo, essa riqueza foi constatada, sendo possível perceber as referências científicas dos autores.

O saber médico perante as doenças

A cólera

A cólera é uma doença antiga. Há relatos no Oriente, mais precisamente na Ásia. Porém, seu efeito na Europa provocou uma grande produção historiográfica. Nos séculos XII e XIII, iniciaram-se as primeiras narrativas da presença da doença no continente europeu, contudo, seu protagonismo ocorreu no século XIX, como afirma Santos (1994, p. 80). Em Portugal, a doença ocorreu em diversos momentos do século XIX, mais precisamente em 1833, retornando em 1855-56 e em 1865. Após esses períodos, ocorreram pequenos surtos no século XX, sendo o último em 1974.

Como podemos ver na investigação de Esteves (2020), os efeitos nocivos da cólera na região do Minho foram potencializados pela pobreza, a falta de medidas higiênicas e as péssimas condições de vida de grande parte da população. Na análise de Pita (2017), o enfrentamento da segunda pandemia de cólera, ocorrida em meados do século XIX, apresentou avanços frente a primeira vaga, ocorrida em 1833, salientando que este avanço estava associado a uma maior autonomia dos médicos.

A época, o conhecimento médico sobre a causa de doenças amparava-se em duas grandes teorias explicativas, que também foram associadas à cólera. A primeira era a miasmática, hipótese mais aceite pela comunidade médica, que partia do princípio de que o ar contaminado de matéria orgânica em putrefação, quando respirado, causava males e doenças ao ser humano. A segunda era a dos germes ou teoria microbiana das doenças. Teoria científica aceita para muitas doenças, que afirma o protagonismo dos microrganismos, conhecidos como patógenos ou “germes”, como causadores das doenças.

Em meados do século XIX, as experiências empíricas desenvolvidas no combate à cólera pelo médico inglês John Snow conseguiram associar a água à contaminação e proliferação da doença. Uma bactéria contaminava a água, deixando-a impura

e causando a cólera (Ujvari, 2003). Essa descoberta fortaleceu a teoria dos germes, influenciando os estudos de cientistas. Ao partirem desse princípio, muitos deles aprofundaram as pesquisas, como o médico alemão Robert Koch (1843-1910), um dos fundadores da microbiologia, sendo o responsável pela explicação epidemiológica. Além disso, Koch descobriu diversos agentes responsáveis por diversas doenças, como o carbúnculo, a tuberculose e a cólera (Jeppesen, 2006).

Com base nessas informações básicas sobre a cólera e seu enfrentamento, pode-se estabelecer um cruzamento entre elas e as dissertações médicas relacionadas com o tema.

Conforme a dissertação *Breves considerações sobre a Anatomia-pathologica do colera-morbus-epidemicus, e, em particular, dos phenomenos de contracção muscular, observados post mortem em individuos atacados por esta moléstia*, de Manuel Monteiro Gonçalves de Oliveira, de 1861, a cólera teve origem no Índia, mais especificamente nas margens do Rio Ganges. O autor defendia que a moléstia se abatia sobre toda a gente, independentemente da classe social. A visão de Oliveira (1861) com relação à saúde reproduz ideias do período. Ele critica as rodas e as casas dos expostos, afirmando que estas eram inúteis socialmente e prejudiciais à saúde e que os hospitais eram responsáveis pela imoralidade e pelas infeções. Diante disso, ele defendia o atendimento médico no domicílio.

Com relação à doença, o autor sugere que a anatomia patológica e a química deveriam seguir o caminho científico para compreendê-la. No entanto, estavam defasadas, perdendo espaço para teorias médicas que apresentavam explicações incompletas, baseadas em ideias engenhosas. No trabalho não são mostradas quais teorias seriam essas. O autor acreditava que o “aumento da civilização diminuiria a frequência e intensidade das epidemias” (Oliveira, 1861, p. 23).

As experiências e as teorias do médico John Snow já tinham sido publicadas na Inglaterra sete anos antes de a dissertação de Oliveira ser apresentada. Pode-se aventar que o trabalho deste

último fazia referência a essas teorias. Ele baseou seu trabalho em experiências de clínicos ingleses no hospital Westminster, comprovando que tinha acesso a livros e informações da região. No entanto, sem uma bibliografia não tem como acessar a essas obras e respectivos anos de publicação, a fim de verificar se foram ou não publicadas depois das descobertas de Snow. As análises anatômicas também foram valorizadas, uma vez que continham narrativas sobre espasmos pós-morte detalhadas, tendo destaque as análises sobre órgãos, como o intestino. Oliveira (1861) descreveu as alterações desse órgão em mortos por cólera, bem como a dilatação e a coloração do líquido extraído.

Acerca da dissertação intitulada *A inutilidade dos cordões sanitários*, de Flávio Norberto de Barros, de 1890, pode-se afirmar que o autor dominava o conhecimento médico-científico de sua época. Foram especificados os nomes, as pesquisas e o domínio sobre as descobertas de John Snow, bem como as de Robert Koch sobre as origens da cólera, todas da mesma década. No tocante à pesquisa de Snow, Barros apresentou ideias do médico inglês sobre o consumo de água da chuva na região da Holanda. A coleta e o consumo das águas pluviais fez com que nalgumas regiões diminuíssem os casos de cólera em comparação com as que consumiam a água de rios e fontes.

Em defesa do fim dos cordões sanitários, o autor usou como argumento que a água era o problema a ser resolvido no enfrentamento da cólera, e não a circulação de pessoas. Por isso, o governo deveria investir em higiene e meios sanitários, e menos em medidas de isolamento, pois estas eram um fracasso.

Concluindo diremos, que de preferencia as medidas de defeza contra epidemias por cordões sanitários, os governos devem atender unicamente a tudo o que possa melhorar as condições hygienicas da população (Barros, 1890, p. 59).

O trabalho de Esteves e Pinto (2021) permite compreender a visão negativa que existia sobre as quarentenas e cordões sanitários, pois eram consideradas pelos críticos como medidas

improdutivas, devido o volume de recursos humanos e de capital que era investido, sem que houvesse uma certeza da eficácia em impedir o ingresso e a disseminação de doenças.

A atualização do saber médico ficou bem evidente na dissertação de Barros. Este apresentou dados da campanha de Robert Koch no Egito (1883-1884), onde houve epidemia de cólera (Barros, 1890). À época, Koch liderou um grupo de médicos no local. O autor citou informações detalhadas sobre essa missão, como o fato de os operários franceses, que trabalhavam na região, não terem sido contaminados por consumirem água fervida, diferentemente da população local, que consumia água diretamente das fontes locais.

A dissertação de António Carlos Leite da Cunha Vasconcelos, *O bacillo da diphteria, sua prophylaxia e tratamento*, de 1890, não buscou analisar particularmente a cólera. Contudo, o autor a citou diversas vezes ao apresentar informações sobre profilaxia, vacina e bacteriologia, demonstrando, em seu trabalho, que esse conhecimento era novo e estava a ser disseminado. Como referenciado em seu trabalho, no último quarto do século XIX, o conhecimento sobre os micróbios cresceu muito, principalmente com o trabalho de Pasteur, que isolou o causador da doença bovina – o carbúnculo³² (Frazão, 2019). Desse modo, as descobertas auxiliaram na compreensão das causas de diversas enfermidades. Isso facilitou a prevenção. Porém, as consequências e as terapêuticas ainda careciam de pesquisas.

Como a título *Propagação, prophylaxia e tratamento do cholera-morbus*, a dissertação de Severiano José da Silva, de 1890, trouxe vastas informações, apontando detalhes de diferentes epidemias de cólera e como se iniciaram em Portugal, além de um conhecimento acerca da doença. Diferentemente do trabalho de Vasconcelos (1890), a dissertação de Silva (1890) apresenta um domínio maior sobre os novos paradigmas da ciência médica. Segundo o autor, o fator humano é decisivo para a cólera, e não apenas a água, pois esta passa a ser perigosa após o contato com alguma pessoa infetada.

Essas ideias denotam maior compreensão sobre o saber científico, diferindo de outros autores, que associavam a doença à água contaminada. Silva lança uma hipótese acerca do modo como se dá essa contaminação: “Na hypothèse de ser a água não é possível explicar como logares importantes e que mantêm constante e intimo contacto com o rio, não foram primeiro atacados” (Silva, 1890, p. 27).

Para sustentar sua argumentação, ele apresentou resultados de experiências com bacilo de cólera no ar, na água e no solo, sendo que nesses locais o vibrião colérico desaparecia em pouco tempo, justificando, assim, o papel fundamental do fator humano. O homem colérico era o grande veículo de propagação da cólera. “O intestino fornece condições de sobrevivência ao micróbio e as fezes são o veículo para o exterior (...). Assim, o dejetos do colérico tem de receber a atenção” (Silva, 1890, p. 39).

Os dados que fundamentaram a argumentação do autor permitiram-lhe introduzir, na segunda parte de seu trabalho, conceitos de profilaxia, sendo os principais a defesa dos cordões sanitários e o isolamento em lazaretos de indivíduos diagnosticados com a doença, permitindo a livre circulação deles após estarem desinfetados.

Sobre a terapêutica utilizada para curar os enfermos de cólera, Jorge (1885) refere que eram empregues o bicloreto de mercúrio (HgCl_2) e o salol. Na visão de Silva (1890), ambos agiam de forma prejudicial à saúde dos doentes. Essas substâncias, quando aplicadas no corpo humano, ampliavam a diarreia e o vômito, agravando o estado do colérico pelo fato de acelerar o processo de desidratação. Nos dias atuais, o bicloreto de mercúrio é denominado de cloreto de mercúrio. Este é um reagente laboratorial extremamente tóxico e venenoso ao homem (Infopédia, 2020). Por sua vez, o salol³³ é utilizado como antisséptico. No século XIX, foi experimentado no combate a diversas doenças, como a febre-amarela e a tuberculose, como demonstrado no trabalho do médico Adolpho Lutz (Benchimol & Sá, 2005). Com relação à cólera, não apresentou resultado efetivo.

A dissertação *A cholera: impressões da epidemia da Madeira de 1910-911 - noções d'epidemiologia*, de José Maria Rodrigues Teixeira Júnior, de 1911, evidenciou uma experiência médica rica em informação, com conhecimento aprofundado sobre a doença, os tratamentos conhecidos e a forma como ocorreu o combate à moléstia na região da Madeira. O surto epidêmico teve início em 1910 e foi constatado pelo Dr. Carlos França. O seu enfrentamento foi eficaz devido ao conjunto de medidas aplicadas rapidamente pelo poder público, o que explica o número relativamente baixo de óbitos (faleceram 556 habitantes) e a rápida erradicação da cólera. Os serviços sanitários, para além da doença, suportaram as mesmas dificuldades de outras doenças anteriores devido a situação social portuguesa, a desconfiança da população no poder público, descumprimento de regras sanitárias, descrença na epidemia e ocultação de casos (Direção Regional do Arquivo e Biblioteca da Madeira, 2016).

O autor descreveu os resultados do trabalho de Robert Koch sobre bactérias, mostrando como eram feitas as análises laboratoriais da água, bem como o emprego de diferentes técnicas. Além disso, como demonstração de um conhecimento atualizado, alimentos e objetos contaminados também foram apontados como meios de propagação da cólera. Teixeira (1911) aprofundou questões que, em outros trabalhos, como o de Barros (1890), Silva (1890) e Vasconcelos (1890), foram abordadas, mas não com a mesma riqueza de informações. A diferença de mais de duas décadas de publicação das dissertações justifica o amadurecimento sobre os saberes, em virtude, principalmente, do estabelecimento da Direção Geral de Saúde no fim do século XIX (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

As medidas sanitárias e as condições higiênicas foram apontadas como fundamentais para impedir o avanço das doenças, pois em “epidemias hydricas a curva sobe rapidamente” (Teixeira, 1911, p. 6). Nesse contexto, a imprensa, conforme Teixeira (1911), cumpria um papel importante, dado que divulgava comportamentos julgados essenciais, como lavar as mãos, ferver

a água, lavar e esterilizar utensílios domésticos. O conhecimento sobre aspetos geográficos e sociais da região demonstra que existia uma estrutura para o enfrentamento da enfermidade. A comparação com as vilas de Santa Cruz e Machico ratificam isso. Santa Cruz possuía melhores condições de higiene e salubridade, enquanto Machico, uma vila de pescadores, não apresentava condição favorável. Dessa maneira, o número de infetados foi muito maior na região mais humilde.

No entanto, o uso de soluções de soro fisiológico levaram a cura à região de Machico, tendo uma menor mortalidade que Santa Cruz. “Tive o ensejo de observar a sua acao admiravel em casos gravissimos, multo dos quaes terminado por cura” (Teixeira, 1911, p. 17). O soro fisiológico começou a ser utilizado em 1896 e até o século XXI continua a ser um dos principais e mais efetivos tratamentos contra a cólera (Organização Mundial da Saúde, 2017).

A varíola

A varíola é conhecida desde a Antiguidade. Relatos acerca de seus males foram encontrados em diferentes locais e épocas. Ocupou, no quadro epidemiológico mundial, lugar de expressão, difundindo-se indiscriminada e violentamente. Uma das narrativas mais antigas e detalhadas remonta ao ano de 430 a. C., quando um surto da doença atingiu a região da Grécia, chegando a matar cerca de um terço da população (Toledo, 2004).

A doença persistiu ao longo dos séculos, sendo frequente sua presença na Europa durante a Idade Média, de acordo com Meštrović (2021). Do século XVI ao XVIII, a doença foi levada para América através dos colonos, atingindo em alguns períodos a taxa de fatalidade na casa dos 90% e sendo responsável pelo extermínio de diversas comunidades nativas. Extremamente contagiosa, ela pode ser transmitida por secreções e saliva de pessoas infetadas. O corpo contaminado forma pústulas que, cheias de líquido contendo o vírus, passam a ser uma ameaça

constante de propagação da doença. Por isso, um dos atos para o seu combate era o isolamento do doente.

Causada pelo vírus da família de *Poxviridae*, os sintomas iniciais da varíola eram febre e vômitos. Em seguida, havia formação de úlceras na boca e erupções cutâneas na pele. Estas, após alguns dias, evoluíam para bolhas características, repletas de líquido que, em determinado momento, passavam a ter crostas secas e se soltavam da pele, deixando cicatrizes. Ao evoluir, a infecção poderia atingir as vias respiratórias, encontrando ambiente favorável à sua proliferação no pulmão, multiplicando-se nas células e espalhando-se pelos órgãos linfáticos e pelo sistema sanguíneo, alcançando o cérebro e produzindo a morte a partir da segunda semana da doença (Santos, 2021).

O controle sobre a doença foi alcançado somente no século XX, precisamente em 1980, quando foi declarada erradicada pela OMS (Garrett, 1994). Segundo Toledo (2004), o processo que levou à eliminação da enfermidade teve início no século XI, e foi chamado de variolização. Esse processo ocorria com a inoculação de material recolhido das crostas da varíola em pessoas não doentes. A ação nasceu da observação de que sobreviventes ficavam imunes, e pessoas que contraíam a doença por via cutânea apresentavam sintomas mais leves.

A evolução do combate à doença seria alcançada a partir da produção da vacina pelo médico inglês Edward Jenner. Em 1775, atuando como inoculador de varíola, ele observou que as pessoas contaminadas com a varíola da vaca (*cowpox*) não tinham sintomas quando inoculadas pela varíola. Mulheres que trabalhavam na ordenha da vaca apresentavam, raras vezes, cicatrizes de varíola (Toledo, 2004).

Após estabelecer a sua hipótese, vinte anos transcorreram para que pudesse comprová-la. Em 1796, ele inoculou um menino com material retirado de feridas de *cowpox*. Após alguns meses variolizada, a criança não apresentou nenhum sintoma. Depois disso, várias crianças foram inoculadas no sistema braço a

braço. Observou-se que, quando elas passavam pela variolização, não sofriam com a varíola. Diante dos resultados obtidos, Jenner publicou, em 1801, um trabalho intitulado *The Origin of the Vaccine Inoculation* (Plotkin & Plotkin, 1994). O método jenneriano encontrou resistência, mas, mesmo assim, continuou sendo aplicado, expandindo-se pelo mundo. Isso porque a vacina tinha a vantagem de impedir a doença, e não oferecia risco de adoecimento aos utentes. Assim, não havia possibilidade de disseminação do vírus.

Contudo, surgiram dificuldades no processo de vacinação. Uma delas dizia respeito à obtenção do material vacinal – a varíola da vaca. Essa não era uma doença que atingia todo o gado em todos os países e em todas as regiões. Outra dificuldade encontrada ocorreu com a vacinação braço a braço, que espalhava doenças como a sífilis e a hepatite. E mais, em cada passagem de braço, o poder de imunização da vacina diminuía. De acordo com Magenta (2020), as soluções para esses problemas começaram a surgir em 1864, quando foi adotado o uso de cobaias vivas bovinas para inocular o material vacinal, por meio de novilhos, sendo possível vacinar em locais mais distantes, mantendo uma maior força da imunização da vacina e evitando o braço a braço. Entre o final do século XIX e meados do século XX, observou-se grande evolução das vacinas, aprimorando a retirada e a conservação do material vacinal através do processo de congelamento. O avanço técnico veio seguido de programas nacionais de vacinação para o combate e o controle da varíola.

Com o título *Algumas considerações sobre os efeitos da vacina*, a dissertação de Manuel Caetano da Silva Lima, de 1870, apresenta uma análise sobre a descoberta e o desenvolvimento da vacina jenneriana. Na sua abordagem, o autor resgatou as técnicas de inoculação dos hindus como a base para a vacina. O trabalho traz também debates sobre a aceitação dos novos métodos de saúde.

Para Lima, a imunização era essencial para mitigar a doença. No seu trabalho, salientou que o movimento anti vacina era crescente, podendo significar atraso com relação aos avanços

médicos. As críticas desse movimento associavam a inoculação aos casos de sífilis, ao aumento de alienados e à diminuição do efeito da terapia com o tempo.

na Inglaterra; mas as enérgicas providencias tomadas pelos membros do estabelecimento nacional de vacina contra os que, inoculando a variola, assim multiplicavam os germens d'esta doença e propagavam o contágio, embargou as manobras egoístas e interesseiras dos detratores da vacina (Lima, 1870, p. 15).

Com base em dados de pesquisadores franceses, Lima (1870) afirmou que a diminuição do efeito da terapia era uma verdade, mas que isso seria solucionado com a diminuição de vacinação braço a braço. Para tanto, apresentou dados de pesquisas com relação aos vírus *cowpox* e *equinox*. Afirmou ainda que, em debates na Academia de Medicina de Paris, a solução apontada foi a de colher o vírus vacínico na vaca, e que Londres seguiria o mesmo modelo. No mais, em Lisboa, estariam sendo tomadas decisões no mesmo sentido, por Bernardino A. Gomes. Este foi médico e filho de outro importante cientista português de mesmo nome e responsável pela criação da instituição vacínica subordinada a Academia Real das Ciências em 1812, destinando estabelecer vacinação gratuita em Lisboa (Fernandes, 2015).

Bernardino Gomes foi Presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa (1864) e representou Portugal na Conferência de Higiene de Constantinopla, em 1866 (Almeida, 2011b). É importante mencionar que, desde 1864, se defendia esse caminho para ampliar a duração da imunização. Observa-se, assim, que a dissertação abordou debates científicos contemporâneos.

Sobre a questão de a vacina causar males, como a alienação, Lima (1870) narra diferentes efeitos, mas afirma que não havia provas, contra-argumentando, assim, que não houve alteração que permitisse essa associação. Com relação à sífilis, analisando diversos autores e pesquisadores, concluiu que a vacinação estava aumentando o caso da doença entre crianças, mas sem conseguir

afirmar se era responsabilidade do vírus vacínico ou de algum acidente no processo de imunização.

ainda quando o perigo seja maior do que é atualmente, a adoção de simples precauções da parte do vacinador, tornará a inoculação da syphilis no ato da vacinação um acontecimento quase impossível (Lima, 1870, p. 50).

A dissertação *Breve estudo sobre a vacina anti-variólica*, de António Maria de Freitas Monteiro, apresentada em 1898, permite compreender as informações sobre a produção da vacina, suas técnicas de aplicação e o debate relacionado com o uso da vacina, consistindo num relato do que ocorria na sociedade portuguesa naquele período. Com relação à vacina, o autor apresentou as primeiras técnicas utilizadas e como foram sendo aperfeiçoadas ao longo do tempo. Descreveu, também, a superação das dificuldades da vacinação braço a braço e os resultados científicos detalhados alcançados pelo uso da vacina em alguns países europeus, como França, Bélgica, Alemanha e Inglaterra, bem como seus efeitos colaterais em diferentes faixas etárias.

Esses dados serviram como fundamentação da argumentação de Monteiro sobre a vacinação em Portugal. O autor defendeu a obrigatoriedade da vacinação, sendo que os argumentos acerca das liberdades individuais não contradiziam a vacinação compulsória. Em Portugal, infelizmente, obrigatoriedade da vacina não conseguiu ainda implantar-se, apesar dos esforços de vários, morrendo à nascença um projecto de lei que um membro da passada sessão legislativa apresentou ao parlamento (Monteiro, 1898, pp. 72-73).

Em Portugal, a vacinação contra a varíola teve início no ano de 1894 (Feliciano, 2002). Decorridos quatro anos, conforme Monteiro, ainda existiam debates sobre a sua aceitação ou não, evidenciando resistência por parte de grupos mais letrados, que apelavam aos direitos individuais, bem como por parte das classes populares.

A resistência ao processo vacinal não foi um acontecimento exclusivo em Portugal. No Brasil, a resistência deu início a Revolta da Vacina (1902). A revolta foi um processo violento que colocou a cidade do Rio de Janeiro, capital do país, em um conflito entre as forças policiais e a população (Carvalho, 1987).

Os revoltosos promoveram a destruição de bondes, a construção de barricadas, o ataque a prédios públicos, a morte do chefe de polícia e a libertação de presos, o movimento somente foi controlado após a suspensão da vacinação compulsória e a intervenção das forças militares.

De acordo com Carvalho (1987), a Revolta da Vacina teve causas mais profundas que apenas a desinformação da sociedade sobre os efeitos da vacina. A imposição de medidas sanitárias pelo Estado, se destacando a vacinação obrigatória, se somaram a todo um contexto de medidas autoritárias de exclusão político-social, adotadas com o advento da República, sobre as camadas populares, sendo os estatutos sanitários o estopim do processo.

Em sua tese, o médico Monteiro defendia que a autoridade sanitária deveria ter mais poderes, pois assim poderia salvar vidas.

A revolta contra os dogmas científicos encontra sempre elementos nas classes menos instruídas da sociedade, e por isso, para que as auctoridades sanitárias possam imprimir o prestígio dos seus conselhos no espirito rebelde das populações, faz-se mister que haja a imposição da lei e o seu exacto cumprimento, porque só assim elles poderão produzir salutaes effeitos. A obrigatoriedade da vaccina impõe-se, a nosso vêr, como uma medida social de alevantado patriotismo (Monteiro, 1898, p. 52).

João Mário Meireles de Moura e Castro elaborou um trabalho intitulado *A vacina animal como meio prophylactico e therapeutico*, no ano de 1910. Na sua dissertação, descreveu os métodos da vacina jenneriana, apresentando os momentos de seu uso em Portugal, dados sobre bacteriologia e uso de outras vacinas, estabelecendo uma análise sobre a eficácia da vacina animal. Segundo o autor, a primeira vacinação animal em Portugal foi em 1869. Porém, sem

recursos, esse processo pouco evoluiu, adquirindo importância no ano de 1885, quando foi criado um instituto de vacinação em Leça da Palmeira. Todavia, esse instituto não avançou. Uma ação que gerou avanço sanitário foi a criação do Instituto Vacínico Português, no ano de 1887, com início dos trabalhos em 1890.

As interpretações baseadas apenas nas informações da dissertação de Castro conduzem à conclusão de que o processo de vacinação até o fim do século XIX foi um fracasso. Como verificado no trabalho desenvolvido por Subtil e Vieira (2011), Portugal teve acesso ao conhecimento vacinal rapidamente. As informações sobre a vacina circulavam pelo país deste 1799, tendo ocorrido uma primeira vacinação em 1803, e a criação da Instituição Vacínica em 1812.

No entanto, os autores corroboram a visão de Castro, afirmando que o resultado da vacinação foi um fracasso (Subtil & Vieira, 2011, p. 173). Esse resultado estava relacionado com as dificuldades econômicas ao longo do século XIX, somadas à resistência de algumas autoridades políticas, bem como de médicos, cirurgiões e camadas populares. Os padres faziam apelos nas cerimônias religiosas para que a população aderisse a vacinação, mais tarde nas escolas os professores faziam apelos também, mas devido a ignorância esta se mantinha resistente (Feliciano, 2002).

Acerca da descrença do povo frente aos efeitos da vacina, Monteiro (1898) afirma que algumas pessoas, ao buscarem a celebridade, contestavam os avanços científicos, beneficiando-se da ignorância da população.

Sobre a eficácia da inoculação por meio do uso da vacina de origem animal e humana, Castro (1910) estabeleceu uma comparação, considerando dados e diversos casos médicos. Conforme o autor, no ano 1910, o debate era sobre o tempo de efeito e se a inoculação por via animal possuía maior duração. O trabalho de Almeida (2013, p. 184) mostra que, desde 1899, as notícias dos jornais portugueses divulgavam a extração do vírus de animais como mais efetiva, seguindo o protocolo criado por

Pasteur, em 1885, tendo pouco resistência.

Outra questão abordada foi sobre as doenças que acompanhavam a vacina humana, como a sífilis. Por meio do uso de estatística, ficou comprovado que essas doenças ocorriam em menor proporção com o uso de vacina animal. No que diz respeito às diferentes vagas de varíola em Portugal, a dissertação de Castro (1910) mostrou que as causas eram a demora e o abandono da revacinação, o não isolamento dos que estavam com varíola e a falta de cuidados higiênicos. Ao trazer informações sobre o combate à doença, afirmou, no fim da sua dissertação, após apresentar um quadro comparativo do número de morte entre vacinados e não vacinados, que a vacina, associada a hábitos de higiene, erradicaria a varíola. É importante mencionar que este médico, em vida, trabalhou na Cruz Vermelha e foi diretor do Instituto Vacínico.

A peste bubônica

A peste bubônica é uma das apresentações clínicas da chamada peste. Como explica Hinrichsen (2020), existem outras duas formas, que são a peste septicêmica e a peste pneumônica. A bubônica é uma doença causada pela bactéria *Yersinia pestis*, transmitida por pulgas entre animais de pequeno porte. Mediante a picada da pulga infetada, a bactéria adentra a pele humana, dirigindo-se ao sistema linfático, produzindo infecção, com crescimento de bubões na virilha, nas axilas e na cervical.

Em níveis infecciosos mais avançados, os gânglios linfáticos inflamados podem transformar-se em feridas abertas e supurativas, com perigo de contração de uma nova infecção nessa área. As bactérias, ao chegarem à corrente sanguínea, podem atingir qualquer órgão. A forma mais grave da doença é a peste pulmonar, quase sempre fatal (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Ao longo da história, há registos de três grandes pandemias relacionadas com a peste bubônica. No século VI, teve lugar a Peste de Justiniano, alastrando-se do Egito até a capital do Império Bizantino, Constantinopla, posteriormente para a região

do mar Mediterrâneo. No século XIV, foi chamada de Peste Negra, matando entre 75 e 200 milhões de pessoas, voltando de forma intermitente até o século XIX.

No fim do século XIX, a peste retornou à Europa e foi reconhecida como Terceira Epidemia (Barata, 2020). A evolução tecnológica dos transportes, com o crescimento de ferrovias e dos barcos movidos a força do motor a vapor, facilitaram sua propagação. Segundo Snowden (2019) a peste teve início na região de Yunan, onde era endêmica, chegando a Índia e desta, devido ao intenso comércio com o ocidente, alcançou rapidamente o Mediterrâneo.

Em 1899, a doença atingiria Portugal, mais precisamente a região do Porto, encontrando na cidade um ambiente favorável à sua proliferação. A arquitetura urbana desorganizada, desenvolvida no período de rápido crescimento industrial, associada ao grande fluxo populacional que migrava para a cidade, promoveu a construção de habitações de bairros populares sem condições de higiene e saneamento, chamadas de “ilhas”. A acumulação de lixo, o grande número de pessoas que viviam em habitações apertadas e a proliferação de ratos facilitaram a epidemia (Ujvari, 2003).

O nascimento das ilhas resultou do processo de industrialização da cidade do Porto. Com a chegada de população migrante do campo foi desenvolvida a construção desse modelo de habitação de características específicas para abrigar o operariado, sendo financiada por comerciantes ou industriais que buscavam maximizar ao realizarem uma construção com traçado uniforme, pronta para receber grande número de pessoas sem seguir preocupações higiênicas (Matos & Rodrigues, 2009).

A lógica nestas construções foi a mesma de outras cidades industriais, como Londres, Nova Iorque, Espanha, Lisboa, São Paulo e o Rio de Janeiro. No Porto, as ilhas definiram o espaço urbano, desde meados do século XIX, como a principal forma de habitação da classe operária, mas com o avanço das preocupações

sanitárias, foram condenadas devido à sua insalubridade, sendo destruídas no século XX (Teixeira, 2018).

A terceira vaga da doença merece atenção especial, não somente por atingir Portugal, mas também por alcançar pela primeira vez a América. Este processo se relacionou com o aprendizado e as descobertas que a ciência fez no período. Por meio desse saber, a Medicina pôde combater as causas, definir os meios de prevenção, identificar os sintomas e estabelecer terapêuticas válidas contra a peste.

Com relação à ciência, Alexandre J. E. Yersin e Shibamiro Kitasato descobriram a bactéria causadora da peste em 1896. Nesse mesmo ano, o cientista russo Waldemar Hafkine desenvolveu uma vacina contra a doença. Em 1898, Yersin usou os primeiros soros antipestosos em seres vivos. Ainda em 1898, a teoria da transmissão do bacilo da peste pela pulga do rato foi estabelecida por Paul Louis Simond (Altman, 2014).

A ideia do rato relacionado com a doença não era nova. Mas foi somente a partir da confirmação científica que houve incentivo para a adoção, por parte das autoridades, de medidas higiênicas e sanitárias, como forma de combatê-la. No entanto, não seria um processo fácil, devido à resistência de diversos setores, por preverem o aumento de gastos, o fortalecimento do poder médico e a ampliação da intervenção na sociedade.

Em Portugal, o médico Ricardo Jorge (1858 - 1939) foi um símbolo deste processo de ascensão e fortalecimento dos facultativos. O seu trabalho produziu relatórios bacteriológicos e análises microscópicas que permitiram diagnosticar a peste em Portugal, mesmo sendo esta considerada extinta no país desde o século XVIII. Após o diagnóstico, solicitou a vinda de autoridades nacionais, como Câmara Pestana, e estrangeiras para procederem a novos exames, que confirmaram a sua descoberta (Morais, 2011).

O enfrentamento à doença passou a ocorrer por meios de prevenção higiênica, com medidas sanitárias, reformas urbanas e nova terapêutica (uso de medicação). Dentre os avanços médicos

e científicos, o uso da vacina não se mostrou tão eficaz quanto os resultados obtidos com o antibiótico, produzido a partir de 1928 e sendo o principal remédio contra a peste bubônica, que a transformou de uma doença de alto grau de mortalidade em uma enfermidade superável (Araújo, 2013).

Uma dissertação foi apresentada no Ato Grande tendo como tema principal a peste bubônica em Portugal. O trabalho foi elaborado por Carlos Maciel Ribeiro Fortes, no ano de 1910, tendo como título, *Peste Bubônica Etiologia e Prophylaxia segundo as modernas aquisições a Campanha dos Açores*.

O estudo empreendido por Fortes abordou o combate à chegada da bubônica na região dos Açores, assunto não muito abordado pela historiografia. A doença chegou à região em 1908 e permaneceu por quase cinco décadas no século XX, de forma intermitente. O trabalho apresentado pelo referido médico traz referências consistentes e bem fundamentadas. Com base nisso, ele afirma que a peste foi decretada como extinta no Porto não em razão de evidências e pesquisas científicas, e sim pelas decisões da esfera burocrática. Segundo Fortes (1910), a peste permaneceu no Porto para além de sua extinção oficial, em novembro de 1889.

Para comprovar isso, ele apresentou casos diagnosticados, com local e data, citando médicos e instituições envolvidas no tratamento dos pacientes. Essa narrativa compõe a introdução do trabalho, chamada pelo autor de “Duas palavras prévias”, e tem por objetivo justificar a chegada da peste na região dos Açores, em 1908 (Fortes, 1910).

Para o autor, a chegada da bubônica à região das ilhas açorianas, em 1908, tinha relação com o comércio intenso com o Porto e com a continuidade da peste nesta cidade. Sobre a falta de condições de higiene nas ruas e moradias do Porto, afirmou que nas ilhas não era isto um fator de contaminação humana pela bubônica. Na região, o problema estava relacionado com a existência de condições para a proliferação de ratos, como excesso de lixo.

Nos Açores, igualmente, pode dizer que se não averiguou qualquer relação entre os casos humanos e a porcaria; é até notável que na cidade da Horta ocorreram alguns casos em habitações de farta ventilação, de bastante limpeza e sem acumulação de pessoas. Pelo contrário, viu-se que podem estar relacionados com o contacto com ratos (Fortes, 1910, p. 110).

Utilizando referências bibliográficas datadas de 1887 até 1907, o autor descreveu trabalhos de diversos médicos, inclusive de Ricardo Jorge, e de diferentes comissões internacionais de estudos sobre a bubônica. Conforme consta na dissertação, diversas causas foram pesquisadas, mas o piolho do rato consistia ainda no principal agente de transmissão (Fortes, 1910, p. 24).

Ao descrever o combate à epidemia na região, Fortes forneceu nomes de pessoas envolvidas nesse combate e a forma como ocorreu, contando com o esforço de professores e autoridades sanitárias. Descreveu, ainda, as atividades atribuídas a cada um. Muitos realizavam diversas tarefas devido ao pequeno número de profissionais na campanha.

Com relação à terapêutica utilizada, o médico não descreveu em detalhe os procedimentos, mas separou uma parte de seu trabalho sobre a vacinação. Ele explicou que seu estudo consistia em uma breve análise sobre o assunto. Assim, apontou dados de utilização em diferentes países, concluindo que a vacina produzida por meio do agente infeccioso vivo era mais efetiva do que a inoculada mediante outros métodos.

A parte mais robusta de seu trabalho tratou de evidenciar todo o conhecimento sobre os ratos e as pulgas, seguindo protocolos que eram utilizados em outros países, como no Brasil (Carvalho, 1987). O autor defendia que a melhor forma de agir era mediante a eliminação desse vetor. Os mecanismos de captura e análise foram descritos e exemplificados em figuras. Portanto, o trabalho configura-se em uma fonte de informação sobre o conhecimento médico do período associado ao de zoonose.

Se, por um lado, os conhecimentos avançados de microbiologia, bacteriologia e laboratorial auxiliavam o conhecimento médico, por outro, Fortes (1910) demonstrou a importância da caça aos ratos para eliminar a peste. À época, foram oferecidos pagamentos de prêmios pela captura de ratos como forma de incentivar a colaboração da população. Existiam, até mesmo, cartazes que incentivavam a isso.

Com a descoberta da peste bubônica por Ricardo Jorge, na cidade do Porto, em 1899, muito se debateu sobre a higiene como forma de combater a epidemia. Assim, veio à tona a necessidade de reformar as ilhas a fim de acautelar aspetos sanitários. Diversas dissertações foram elaboradas posteriormente, abordando temas relacionados com a higiene no Porto, inclusive nas próprias “ilhas”, como o trabalho intitulado *Contribuição para o estudo da higiene do Porto: ilhas*, de António Gomes Ferreira Lemos, de 1914. Porém, essa dissertação não fez referência à peste.

O tifo

O tifo é uma doença sobre a qual há diversos relatos de incidência ao longo da história. Pesquisas biológicas sobre corpos encontrados em tumbas apontam sua presença na Antiguidade, em Atenas, como explicou o trabalho de Esteves & Araújo (2021). No século XVI, o processo de dominação colonial europeu, segundo Crosby (2011), contou com o apoio da varíola e também do tifo. As doenças associadas a campanha militar e domínio cultural e religioso desempenharam papel fundamental para dominar a resistência nativa na América, processo que definiu com a expressão “imperialismo ecológico”.

A relação entre a doença e as guerras foi presente com o tifo. Para além dos conflitos coloniais do século XV e XVI, encontramos seu registo nas guerras napoleônicas do século XIX, nas trincheiras da Primeira Guerra (Marcolin, 2011), no Gueto de Varsóvia (Centamori, 2020), nos campos de concentração nazistas e áreas de batalhas soviéticas, como Estalinegrado na Segunda Guerra Mundial (Werth, 2019).

Em Portugal, o trabalho de Barbosa (2001) apontou os fatores que afetavam a demografia do país, do século XVI ao XIX, e entre estes, a tifo esteve presente ao longo do tempo. O tifo é uma doença bacteriana infecciosa causada pelo agente *Rickettsia*, que foi descoberto no ano de 1916 pelo médico brasileiro Henrique da Rocha Lima (1879-1956). A forma de transmissão para o homem foi descoberta anteriormente, em 1909, pelo médico francês Charles Nicolle. A transmissão dá-se por meio de vetores, como pulgas, piolhos e carrapatos, que, por sua vez, provêm de animais, como ratos, gatos, gambás, guaxinins e outros (Morais, 2011).

O homem picado por algum dos vetores recebe o agente bacteriológico, que penetra no sistema sanguíneo. Após o *Rickettsia* alcançar a corrente sanguínea, a pessoa passa a ter dores e febres como sintomas, entre outros. Ao mesmo tempo, ocorrem obstruções no aparelho circulatório sanguíneo, gerando lesões na pele e, posteriormente, necrose, conduzindo à perda de membros (dedos, braços e pernas). Com alto índice de mortalidade, o tifo provocava medo nas populações, devido ao aspeto adquirido pelos doentes (Ujvari, 2003). A doença espalhava-se rapidamente por áreas com grande presença humana e má higiene, ocorrendo com maior frequência em locais mais pobres, em contexto de guerras e nas cadeias, sendo conhecida até como a febre das prisões.

A descoberta do piolho como vetor do tifo levou alguns governos a tomarem medidas de enfrentamento nos locais atingidos, tais como: a criação de alas e estruturas específicas para tíficos em ambiente hospitalar; a desinfecção de residências; o isolamento dos doentes infetados; a lavagem ou até a destruição das roupas dos doentes. Em relação aos doentes, foram adotadas medidas compulsórias de higiene pessoal, como corte de cabelo e barba; lavagem do corpo com sabão e uso de substâncias para matar lêndeas e piolhos em postos de despiolhamento criados para o efeito.

O tratamento mais adequado para a doença era com o uso de antibióticos, descobertos, em 1928, pelo médico britânico

Alexander Fleming. Existe a prevenção com vacinas, sendo estas utilizadas em situações emergenciais, em populações mais vulneráveis durante surtos endêmicos e em viajantes e estrangeiros que cruzam regiões onde a doença é mais comum.

No tocante ao tifo, foram selecionados dois trabalhos. Ambos apresentam um conhecimento aprofundado sobre a produção científica da época, configurando-se também em importantes relatos dos trabalhos promovidos pelos autores no combate à doença.

A dissertação *Higiene e Profilaxia do tifo exantemático* foi apresentada por José de Magalhães Sequeira no ano de 1918. Na introdução, o autor faz uma homenagem aos médicos portugueses que estavam na Grande Guerra, na França. Explicou que o tema do trabalho estava associado à sua atividade como subdelegado no combate à epidemia de tifo na cidade do Porto (1918 -1919).

Sequeira (1918) não se apoiou em estudos e compêndios científicos, mas citou o trabalho de Charles Nicolle, que definiu o vetor da doença. Com relação à causa do tifo, foi apontado a descoberta do agente *Rickettsia*, mas, segundo o autor, essa descoberta ainda carecia de maior verificação. Na dissertação, Sequeira pontua que havia um debate entre cientistas franceses e americanos acerca da causa doença, se era por um protozoário ou uma bactéria.

A bactéria foi identificada como causadora do tifo em 1916. Tratando-se de um conhecimento novo – menos de dois anos de descoberta –, o fato de o médico ter citado o debate em seu trabalho evidenciou que ele tinha contato com a vanguarda de produção da ciência médica. Para o autor, as experiências de Ricketts e Wilder, apesar dos resultados imperfeitos, eram as mais adequadas.

Acerca do tratamento, Sequeira (1918) analisou os procedimentos utilizados. Aos suspeitos, aplicava-se o mesmo tratamento de higiene utilizado em outras doenças infecciosas, com o isolamento domiciliário ou hospitalização, mas passando

anteriormente pelo despiolhamento e limpeza das habitações dos infetados. E ainda, conforme mencionado pelo autor, alguns médicos indicavam cebola e alho, garrafadas tónicas e elixires como produtos que integravam o tratamento da doença.

Ao reproduzir ideias de terapêuticas do período, o clínico recomendou o afastamento do meio urbano: “O bom ar e a boa luz, o ar livre do campo ou vivificante da beira-mar, a escolha acertada cios aposentos de repouso, que devem satisfazer a determinadas condições higiénicas modificam inteiramente o aspeto desses indivíduos” (Sequeira, 1918, p. 68).

Sobre uma potencial vacina, citou duas experiências que não apresentaram resultados satisfatórios. Reafirmou que a profilaxia higiénica era a principal arma para evitar a disseminação do tifo, sendo preciso seguir os exemplos utilizados em contexto militar. Por fim, enfatizou que a resistência das camadas populares e dos mendigos representavam um grande risco, por não aceitarem as medidas propostas e serem possível foco de proliferação da doença.

As camadas populares não seguiam as recomendações sanitárias necessárias. O atendimento médico preventivo era muitas vezes ignorado, o que causava uma subnotificação das autoridades e um crescimento de atendimentos emergenciais, visto que somente em caso de piora da condição os utentes procuravam auxílio. Outra conduta de resistência popular era de não seguir as regras de isolamento domiciliar e as recomendações de higiene.

A dissertação do médico Eurico de Almeida, com o título *O Tabardilho em Braga*, foi apresentada em 1920, e consiste em uma rica fonte de informações sobre a campanha de combate ao tifo na cidade de Braga. O autor descreve com detalhes casos, pacientes e sintomas, demarcando quais eram as freguesias mais atingidas. Durante o pico do surto, em abril de 1919, o hospital chegou a receber 677 epidemiados, como podemos ver em Esteves & Araújo (2021, p. 45).

No que diz respeito ao conhecimento científico, considerou que o saber sobre os agentes causadores e os vetores de contaminação já se encontrava consolidado, não aprofundando, no entanto, nessas informações. Enfatizou em seu trabalho a experiência que estava vivenciando no combate ao tifo.

Em outro ponto de sua dissertação, Almeida (1920) retratou a estrutura montada para o combate da epidemia na cidade: a construção do hospital provisório, as alterações promovidas dentro do hospital da cidade; a criação de estações de despiolhamento em diferentes freguesias; os meios de desinfecção das roupas e a organização da polícia sanitária. É importante ressaltar que o uso de imagens fotográficas, a apresentação de gráficos explicativos e as curvas epidemiológicas detalhadas possibilitam acompanhar, no trabalho desenvolvido pelo autor, a evolução dos casos e da doença.

Um ponto de destaque no estudo empreendido por Almeida (1920) diz respeito ao que ele denominou de paciente zero com tifo em Braga. Por meio de um rastreamento, constatou-se que esse paciente trouxe a doença da cidade do Porto.

Algumas dificuldades foram apresentadas pelo autor, a saber: o péssimo estado dos meios de transporte das equipes sanitárias; a dificuldade de relacionamento com o comissário de polícia para escolher os membros da polícia sanitária; a falta de preparação e as denúncias de abusos dos membros “que lutando não só com falta de pessoal habilitado e suficientemente inteligente para conhecer o alcance de algumas medidas, a grande maioria analfabetos e recrutados na rale, desobedientes, brigões e relapsos” (Almeida, 1920, p. 71).

Esses acontecimentos agravaram a relação com a população, descrita como ignorante e agressiva, sendo narrados conflitos entre as forças de saúde e populares, bem como desrespeito pelas decisões sanitárias e desprezo pelas medidas profiláticas apontadas como úteis à população. A imprensa local também foi retratada como fator de incentivo ao conflito, divulgando mentiras e

inflamando a opinião pública, a câmara e as autoridades da cidade contra a autoridade sanitária.

Além disso, a falta de recursos e as questões sociais atrapalhavam o serviço de isolamento, pois os utentes tinham de voltar à vida quotidiana para conseguirem recursos de sobrevivência, não podendo ficar internados durante o período de segurança. E mais, os médicos locais foram descritos pelo autor como resistentes às medidas, não cumprindo o regulamento sanitário e deixando de comunicar casos de infeção (Almeida, 1920).

As medidas adotadas baseavam-se na profilaxia. Por isso, a necessidade de possuir uma estrutura válida para efetuar o combate à doença nas casas contaminadas. Para a higiene individual, além do banho e de cuidados com cabelo e barba, eram utilizados petróleo, aguarrás e azeite sobre a pele e o couro cabeludo, como forma de eliminar lêndeas. Substâncias à base de petróleo e a aguarrás eram comuns e produziam efeitos colaterais, como intoxicação e irritação na pele.

A dissertação intitulada *Tifo Exantemático*, apresentada por Júlio Fernando Simões de Macedo, em 1920, trouxe dados de atendimentos realizados no Hospital Joaquim Urbano. Nesse processo, ele apresentou detalhadamente o início do atendimento, os dados sobre os utentes, os sintomas com análises físicas, as mudanças comportamentais e os tratamentos aplicados. Com relação a estes últimos, Macedo mencionou o uso de soro fisiológico para a recomposição dos doentes. Os óleos canforados, a hipofisina, a poção de Todd, os banhos e a eletragol visavam combater a bactéria; a adrenalina e a estrofantina eram aplicadas para a recomposição das funções cardíacas.

Macedo (1920) fez referência à influência dos trabalhos dos médicos e subdelegados sanitários Eurico de Almeida e José de Magalhães Sequeira no combate ao tifo, pontuando que o enfrentamento deveria se basear em três ações: higiene, dietética e medicação. O problema social, para o autor, agravava ainda

mais o efeito da doença, visto que muitos pacientes, em função de questões econômicas, alimentavam-se somente nos hospitais.

O tifo epidêmico foi a causa de diversas epidemias mortíferas na Europa e Ásia. Nos dias atuais existem focos da doença em muitos países da Ásia, África, regiões montanhosas do México, e América do Sul e Central. Os casos persistem em áreas carentes de saneamento sanitário e com grandes aglomerações populacionais.

A febre tifoide

A febre tifoide é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Salmonella typhi*, identificada em 1880, podendo levar à morte. A contaminação ocorre fundamentalmente por meio da ingestão de água e alimentos, bem como pelo contato direto com um infetado, quando não se segue as regras de higiene.

A bactéria entra no organismo pelo tubo digestivo, alcançando o intestino e espalhando-se pelo sistema sanguíneo (Atlas da Saúde, 2019). Quando contaminada, a pessoa sente febre e diarreia aguda, as vísceras aumentam, especialmente o fígado e o baço. Em alguns casos, há confusão mental progressiva.

Sem tratamento, cerca de 12% das pessoas infetadas de febre tifoide morrem, mas quando recebem cuidados médicos, essa percentagem cai para 1%. A maioria das pessoas que morrem desta doença na atualidade sofrem de desnutrição e são da faixa etária muito jovem e idosas.

Como forma de prevenção, é necessário tratar a água e os esgotos, eliminar o lixo adequadamente, lavar bem as mãos, os alimentos e cozinhá-los para eliminar o agente responsável. Caso alguém venha a contrair a febre tifoide, o principal medicamento é feito à base de antibióticos, reduzindo para menos de 1% o risco de morte.

A dissertação *Breves Considerações sobre a Etiologia, Pathogenia, e profilaxia da Febre tifoide*, de Luiz António de Vasconcelos Corte-Real, foi elaborada em 1877. O autor justificou seu trabalho com

base no número de doentes e mortos provocado pela doença no Porto, em 1876, período em que a enfermaria do Hospital Santo António não comportava mais pessoas.

A opção por abordar a doença pela perspetiva da profilaxia ocorreu devido à ineficácia observada na aplicação de diferentes medicações. Para Corte-Real (1877), a falta de uma medicação que conduzisse à cura obrigava os médicos a se preocuparem com a higiene como medida de combate à febre tifoide.

A verdadeira missão social do medico deveria ser antes prevenir do que curar as doenças depois d'ellas surprehenderem a sua victima mas se em geral a sciencia nos dá meios mais poderosos e em maior numero para preencher o primeiro fim do que para attingir o segundo (Corte-Real, 1877, p. 96).

O autor analisou as predisposições que poderiam facilitar o surto da febre tifoide, as condições que a incentivavam e as teorias sobre a origem da doença. Como fatores de predisposição analisou a idade, o sexo, a constituição física, o celibato, o casamento, o estado social, a consanguinidade e os estados mórbidos.

Para Corte-Real (1877), a faixa etária de 18 a 35 anos era a mais ameaçada pela doença, não havendo distinção de sexo, sendo que os homens eram mais atingidos devido a outros motivos. Os mais fortes apresentavam sintomas mais severos do que os mais fracos, e os celibatários eram mais atingidos do que os casados. Com relação ao grande número de membros de uma mesma família contaminados, o autor alegou não existir prova de predisposição sanguínea, mas, sim, proximidade na mesma habitação.

Sobre as questões sociais, Corte-Real (1877) afirmou que a profissão mais atingida pela doença era a dos limpadores de canos e esgotos, mas a crença de que os indivíduos das classes humildes e pobres da sociedade eram os mais afetados era um erro. Para o autor, a doença escolhia os mais fortes.

Acerca das condições que poderiam incentivar o crescimento da doença, analisou as afeições morais, a aclimação, os climas, a

altitude, os ventos, as estações, a temperatura, a umidade, o solo, os terrenos, o ozônio e a eletricidade. Com relação à altitude, à temperatura, ao clima e aos ventos, afirmou não haver relação entre esses elementos e a enfermidade.

As afeições morais não eram uma causa, mas o médico salientou que as paixões enfraquecem o indivíduo. A aclimação também não estaria entre as causas, porque as pessoas que vinham do campo para as grandes cidades, como Paris e Londres, apresentavam diversos casos de febre tifoide, mas que o caminho contrário, do campo para cidade não ocorria, portanto não era a mudança (Corte-Real, 1877).

Como fator favorável à doença, Corte-Real apontou os solos húmidos. Isso porque, em razão da acumulação de água, apresentavam relação com mais casos de febre tifoide. Sobre a associação da doença com a eletricidade e o magnetismo, o autor abordou a existência de teorias que denominou de obscuras. Ademais, para ele, o ozônio tinha condições de matar o agente causador da doença.

No que se refere à origem da doença, o autor analisou três teorias, que, segundo ele, seriam as de maior credibilidade: a da origem extrínseca da febre tifoide, chamada de teoria patogênica de Murchison; a da origem contagiosa ou por transmissão, denominada de teoria de Budd; e a da geração espontânea (Corte-Real, 1877). Contudo, refutou esta última ao afirmar que, após as descobertas de Pasteur, era difícil continuar acreditando que uma doença seria transmitida apenas pelo fato de o ar estar contaminado.

De acordo com Corte-Real (1877), a análise da teoria de Murchison, p princípio gerador da doença era a decomposição de matérias animais, nomeadamente as fezes humanas. A contaminação do ar ou da água potável consistiria na causa única da febre tifoide. Como comprovação da ideia, citou o caso inglês de 1848, em Westminster, onde uma epidemia de febre tifoide ocorreu associada a um cano coletor de diferentes latrinas, onde as matérias fecais estavam acumuladas.

A comida contaminada também foi apontada como fator de causa e propagação da doença, sendo relatado um caso de pessoas que a contraíram, possuindo como fator comum o consumo do mesmo leite. A associação entre os fatores causadores da cólera e as da febre tifoide foram perceptíveis.

A teoria de contágio de Budd baseava-se na ideia de que a epidemia era transmitida de uma pessoa para outra. Para comprovar a ideia, citou a escola militar francesa no ano de 1826, em que alunos sem sintomas foram considerados não contaminados. Dispensados, retornaram às suas cidades. Após isso, segundo Corte-Real (1877), os locais apresentaram casos da doença. Uma ressalva com relação a essa teoria relacionava-se com os profissionais da área da saúde dos hospitais que combatiam a febre tifoide e que não estavam contaminados. A hipótese para isso era a de que eles já deviriam ter tido contato anteriormente com a doença, desenvolvendo, dessa forma, a imunidade.

A dissertação faz referências a trabalhos e a informações elaborados e divulgadas até um ano antes de sua apresentação, demonstrando que o autor recebia informações atualizadas em relação aos debates promovidos sobre a doença.

O trabalho intitulado *Breves considerações sobre alguns casos de Febre Tifoide*, de Francisco Gonçalves de Araújo, foi apresentado em 1912, e relatou, com detalhes, casos que foram atendidos. Nas suas análises, Araújo demonstrou dominar as causas da doença e as medidas que poderiam evitá-la.

A desigualdade social foi evidenciada pelo autor como fator importante, pois os casos eram, em sua maioria, de pessoas pobres, que chegavam ao hospital num estado avançado da doença. Os utentes eram provenientes das ilhas do Porto, onde existiam poças de água contaminadas e que serviam para o consumo (Araújo, 1912).

Sobre a medicação utilizada, citou o uso do eletrágol, de loções com vinagre aromático, a criogenina, os clisteres e a estriçnina. Esta última foi utilizada como remédio higiênico, estimulante cardíaco e respiratório. Porém, constatou-se, em

meados do século XX, que se tratava de um veneno altamente letal.

Em 1913, o médico José Ferreira Henriques dos Reis e Castro apresentou a dissertação *Vacinação antitífica*. Ele não fez referências a casos clínicos, e sim um compilado de informações e notícias relacionado com a vacinação contra a febre tifoide. O autor evidenciou conhecimentos biológicos, explicando o processo celular causado pela vacina. Os métodos de vacinação também foram descritos, ressaltando a importância de seguir os procedimentos.

Sobre a vacina, Castro (1913) mencionou que esta possuía duração limitada, mas que deveria ser utilizada pelo benefício sanitário de diminuir a morbidade e a mortalidade advindas da doença. Defendeu, ainda, a obrigatoriedade da vacina nos militares e pessoas que se deslocassem às colônias.

No ano de 1920, Fernando Alves de Sousa apresentou a dissertação intitulada *A refrigeração precordial nas Febres Tifoides*. O autor narrou o uso do gelo no hospital Santo António como forma de combater os efeitos da doença.

A ideia de utilizar o gelo procurava superar as dificuldades que o tratamento balneário apresentava por poder ser utilizado em qualquer local. A água era utilizada como terapêutica para combater a febre tifoide. A água fria era utilizada para diminuir os sintomas que a doença causava em relação ao coração, sendo o uso do gelo uma possibilidade de conseguir o mesmo efeito sem necessitar de grandes espaços ou de fazer deslocamentos. Essa terapia estava associada a uma dieta com água e leite acrescidos de rum (Sousa, 1920).

A dissertação de Souza finaliza com a apresentação de dados sobre os óbitos de doentes atingidos pela febre tifoide ocorridos na cidade do Porto, no período de 1893 até 1919, e atendidos no hospital Joaquim Urbano. As tabelas foram organizadas contendo o número de mortos por ano e sexo, sendo seguidas por gráficos que relacionam os óbitos com dados da população da cidade do Porto, sendo separados o número de pessoas que obtiveram a cura.

A gripe espanhola

A gripe é uma doença sobre a qual há relatos em diferentes épocas, tendo em Hipócrates (460-370 a. C.) um dos relatos mais antigos, quando descreveu um surto de infecção catarral no Norte da Grécia, no ano 412 a. C. Contudo, foi Tucídides (460-395 a. C.) que, em Atenas, no ano de 431 a. C., descreveu um panorama de convulsão social na cidade causado pelos seus efeitos mortais (Sequeira, 2001).

O primeiro registo detalhado de uma epidemia de gripe se refere ao surto que teve início em 1580. Segundo Potter (2001), a doença teve início na Rússia se espalhando para Europa. Em Roma, o número de mortos alcançou 8000 pessoas e diversas cidades na Espanha sofreram de forma marcante a doença. Durante a Idade Moderna vários outros surtos ocorreram.

Em 1889-1890, ocorreu o início de uma nova pandemia de gripe, chamada de “gripe russa” ou “gripe asiática” devido ao facto de os primeiros relatos terem ocorrido na região de Bukhara, Império Russo. A doença se alastrou rapidamente pela Rússia, seguindo o caminho das populações que se deslocavam através da ferrovia transiberiana, alcançando assim as fronteiras do Império e atingindo outros países, inclusive a América (Potter, 2001). A doença provocava febre e pneumonia, com um número total de mortos que pode ter alcançado um milhão e meio em todo mundo, com cerca de 300 mil mortos apenas na Europa. Ocorreram casos, em menor número, entre o período de 1891 a 1895.

Ao longo da história, a gripe apresentou ora surtos maiores, ora surtos menores, tendo o maior destaque, no entanto, o de 1918. De acordo com Taschner (2020), essa pandemia ficou conhecida como gripe espanhola, não por sua origem ter sido na Espanha, mas pela grande cobertura que a doença obteve na imprensa daquele país. A gripe de 1918 foi causada pelo vírus *influenza* H1N1, tornando-se rapidamente numa pandemia, devido à circulação de tropas na altura da Grande Guerra.

Existem diversas teorias sobre sua origem, onde o paciente zero poderia ter ocorrido na China, ou na França, como explica o trabalho de Esteves e Pinto (2020). Uma outra teoria defendida em Oxford (2000) e aprofundada pela investigação de Kolata (2002), defende que o primeiro caso identificado ocorrera nos Estados Unidos, sendo associado a um soldado da base militar de Fort Riley, no Kansas, que, no dia 4 de março de 1918, foi acometido de uma forte gripe. Em quinze dias, mais de mil militares deram entrada no hospital militar com os mesmos sintomas. Porém, como estratégia de guerra, o governo americano optou por censurar as informações.

O envio de tropas para a Europa, a sua circulação por diferentes regiões e países, bem como o desenvolvimento de meios de transporte, aumentando as viagens civis, facilitou a propagação rápida da doença, que vitimou entre 50 e 100 milhões de pessoas nos anos de 1918 e 1920 (Sequeira, 2001).

A contaminação ocorria de pessoa para pessoa, por meio de gotículas de tosse ou espirros. Com a descoberta da facilidade de transmissão da doença, foram recomendadas medidas de isolamento dos doentes e contrárias às aglomerações, como explica Ujvari (2003). Em virtude da guerra, dos fatores econômicos e dos negacionistas sobre o alcance da doença, algumas autoridades não adotaram as medidas preventivas. Outro fator de proliferação foram as estruturas das grandes cidades e suas moradias populares. As habitações eram pequenas, construídas de forma próxima e comportavam muitos familiares no mesmo espaço. Assim, um infectado representava um grande risco de contágio para toda a família (Ujvari, 2003).

Em Portugal, a pandemia atingiu o país em três vagas, existindo autores que citam uma possível quarta, vitimando mais de 100 mil pessoas, sendo um desafio à Direção Geral da Saúde e à Cruz Vermelha. A primeira ficou incumbida de organizar a luta nacional contra a doença, estabelecendo medidas profiláticas e organizando a assistência. Coube à segunda fazer parte do esforço das instituições responsáveis por prestar assistência e promover tratamentos (Sobral & Lima, 2018).

A doença vitimava em maior número os jovens adultos, como mostram Van der Sluijs, Van der Poll, Lutter, Juffermans e Schultz (2010). A morte atingiu em maior número este grupo em específico, o que surpreendeu as autoridades médicas, pois habitualmente as pessoas deste grupo não eram as mais afetadas por outras gripes, como as crianças, subnutridos, doente e velhos (Sobral & Lima, 2018). Existem diversas explicações para esta característica da gripe. segundo Killingray (2009) uma delas seria que os organismos jovens provocavam uma reação do sistema imunitário de forma excessiva, prejudicando outras funções vitais e colapsando o sistema com consequência fatal.

A gripe evoluía para o comprometimento da função pulmonar, provocando pneumonia aguda, o que levava à morte. Além disso, a subnutrição deteriorava as condições de saúde dos doentes, sendo causa de diversas mortes. “As pessoas sangravam pelo nariz, pelos ouvidos, pelos olhos (...). Ficavam azuis com a falta de oxigênio, segundo relatos da época” (Taschner, 2020, n. p.).

O principal meio de combate à gripe espanhola foi a profilaxia, mostrando-se ser o mais eficaz. As autoridades adotaram como medidas o isolamento de doentes, algo que, em relação as camadas populares, era praticamente inviável em ambiente domiciliar, por serem espaços modestos e que abrigavam toda a família. Em relação aos eventos públicos, mesmo durante a epidemia foram mantidos, mas com o aumento do número de casos, foram suspensas as feiras e festividades com o objetivo de coibir aglomerações (Esteves & Pinto, 2020).

A hospitalização era uma forma conhecida de combate das epidemias, mas o elevado número de utentes colocou o sistema de assistência em colapso (Czeresnia, 2005). As limitações de espaço e a resistência de muitos em ingressar nos hospitais, por estarem associados aos pobres e desamparados, levaram a um aumento dos internamentos domiciliares (Esteves & Pinto, 2020). Promovia-se o isolamento em alguma área da residência, a desinfecção do ambiente com eucalipto e creolina, a adoção de banhos frequentes e a ingestão

de líquidos. Aos familiares, eram indicados o uso de máscara e a limpeza constante das mãos (Andrade & Felismino, 2018).

A alimentação também era uma preocupação. Isso porque os preços dos produtos aumentaram, devido à escassez causada pela guerra. Incentivou-se o uso de alguns alimentos para fortalecer o organismo designadamente leite, laranjas, limões e caldos de galinha (Dias, 1919).

Durante a pandemia, surgiram, na comunidade médico-científica, hipóteses sobre o agente causador da doença. As teorias baseavam-se nos conhecimentos bacteriológico e epidemiológico consolidados, sendo o bacilo de Pfeiffer apontado como o possível responsável, se baseando no estudo do bacteriologista alemão Richard Friedrich Johann Pfeiffer, em 1892, sobre a gripe de 1890 (Silveira, 2005). Por causar infecções pulmonares com sintomas parecidos com os da gripe, o bacilo de Pfeiffer foi apontado como possível agente da enfermidade em 1918, mas pesquisas realizadas com a gripe, em 1905, e aprofundadas, em 1918, afastavam o bacilo de ser o responsável, como explica Silveira (2005). O causador foi identificado em 1933 (Andrade & Felismino, 2018), sendo posteriormente designado como um vírus da estirpe H1N1.

A dissertação *Estudo Clínico da Gripe Epidémica* foi apresentada por Celestino da Costa Maia no ano de 1920. Na introdução desse trabalho, o autor asseverou ter sido essa a pior pandemia da história. Em razão da falta de certeza sobre as causas da doença, Maia (1920) apontou variados sintomas em diferentes casos, configurando diferenças entre os tipos de gripe que afligiam as pessoas, chamando a gripe comum de benigna, e a pandêmica de pneumônica. Citou os debates sobre o agente causador estar relacionado ao bacilo de Pfeiffer, mas que, mediante as incertezas, era importante seguir os métodos de prevenção adotados para outras doenças, salientado que medidas de isolamento internacional, como a praticada pela Espanha, foram ineficazes para impedir o avanço da doença.

Baseado nesta ideia, Maia (1920) reafirmou as teses do médico Ricardo Jorge, diretor da Direção Geral de Saúde, que

o contágio ocorria entre humanos. Por isso, o combate a doença passava pela defesa do isolamento dos doentes, a hospitalização obrigatória, a retirada do convalescente do convívio público, o evitamento de acumulações e a rigorosa higiene individual (uso de máscaras).

O desespero das pessoas e a falta de informações contribuíram para a venda de medicamentos e terapêuticas sem efeito ou que não tinham sido comprovados cientificamente (Marasciulo, 2020). O autor da dissertação afirmou ter utilizado as substâncias quinina, arsênio, salvarsan e alho. A quinina é uma substância retirada da casca de uma planta sul-americana e foi usada para combater doenças bacteriológicas, assim como o salvarsan, considerado o medicamento ideal contra a sífilis, amplamente utilizado até a descoberta da penicilina, em 1928.

Esses medicamentos não possuíam efeito contra o vírus da gripe, mas auxiliavam no combate às infecções bacterianas oportunistas que atingiam o corpo debilitado. O alho e seu efeito medicinal encaixavam-se na crença da alopatia natural, sendo que seu odor conseguiria diminuir os efeitos da doença.

O uso do arsênio adequou-se às tentativas médicas de se encontrar um remédio aos males, sendo experimentado para diversos fins e, mesmo sem nenhuma eficácia comprovada, passava a compor o universo dos medicamentos. No século XIX, muitas pessoas usavam essa substância diluída como um tônico fortificante. O arsênio, desde a Idade Média, era conhecido como um veneno, sendo uma substância tóxica ao organismo humano. Percebe-se que, no processo de experimentação para descobrir novos remédios, na passagem do século XIX para o XX, esse elemento foi utilizado sem demonstração científica em doenças que atingiam a pele e o estômago. Foi usado até mesmo contra a sífilis, ficando comprovado, em 1922, seu efeito nocivo ao organismo (Gontijo & Bittencourt, 2005).

Em relação a uma vacina, o autor demonstrou esperança de que em pouco tempo se produziria uma com resultado de cura eficaz, visto que em testes realizados em militares, no ano de

1918, o resultado foi positivo. A primeira vacina contra a gripe foi aprovada em 1940, e amplamente aplicada após a década de 1980, alcançando o resultado satisfatório de reduzir casos de internação hospitalar por pneumonia (Gontijo & Bittencourt, 2005).

No ano de 1920, César Augusto Fernandes Torres apresentou a dissertação com o título *Considerações sobre a gripe*. O autor participou do esforço de combate à gripe, mas foi acometido de tifo exantemático, o que dificultou a elaboração de seu trabalho acadêmico.

Ao citar diferentes hipóteses acerca da origem da gripe espanhola e sua relação com os micróbios conhecidos, Torres negou essa associação, afirmando que aquela gripe se tratava de uma doença diferente de todas, inclusive da gripe russa, ocorrida nos anos de 1889 e 1890. Assumindo a inexistência de um tratamento válido via medicação para combater a enfermidade, ele afirmou ser possível apenas tratar os sintomas, usando como materiais um termômetro, um estojo de ventosos e uma seringa (Torres, 1920).

Sobre a região de Sabrosa, que citou ser seu concelho, Torres (1920) afirmou que a segunda vaga da gripe havia chegado vindo da região do Douro e se espalhado mediante o costume tradicional de se visitar os doentes e ficar durante horas conversando; ao voltar para casa levavam a doença consigo, contaminando outras regiões.

Observa-se que ambos os trabalhos possuíam acesso a informações mais recentes sobre a doença. Foram apontados estudos com as hipóteses de origem e combate à enfermidade, mas a ausência de uma certeza científica dois anos após o início gripe espanhola e a proximidade com os casos fizeram com que os autores continuassem defendendo as medidas profiláticas, com base em experiências de combate a pandemias anteriores, como a única maneira de impedir o avanço dessa gripe.

As medidas sanitárias envolvendo quarentena e isolamento se mostraram ineficazes contra a pandemia causada pelo vírus *Influenza*. Junto a isto, o conhecimento de microbiologia e

bacteriologia em ascensão naquele momento também foram inúteis para controlar a propagação da enfermidade e fornecer informações explicativas científicas para auxiliar a população a escapar da gripe.

A ciência médica havia avançado muito desde o século XIX e apresentava a confiança do triunfo do saber frente as doenças, mas a gripe abalou essa certeza. Essa mudança mobilizou a classe médica, que percebeu que eram necessárias novas teorias científicas, mas que as antigas concepções de conhecimento bacteriológico eram saberes válidos.

O grande aprendizado para os clínicos e cientistas com a gripe espanhola passou por compreender que as evidências obtidas por investigação laboratorial são parte importante do trabalho de construção do saber científico, mas que estes não são determinados apenas por ela. Era preciso romper com a busca de modelos explicativos prontos, bem como diminuir a resistência frente novas ideias e a influência de discursos de autoridade.

O enfrentamento da gripe demonstrou ser preciso um maior refinamento do saber e que o desenvolvimento deste passaria por ampliar debates, fóruns e trocas de conhecimento sendo preciso compreender que o saber é a base para o enfrentamento dos novos desafios e não uma resposta pronta.

A causa da gripe associada a um vírus *Influenza* somente ocorreu nos anos 30 do século XX através do virologista do Rockefeller Institute, o norte americano Richard Shope. Os resultados auxiliaram o trabalho de isolamento do vírus feito no Reino Unido pelo grupo liderado pelo médico Patrick Laidlaw e este processo viabilizou a produção da primeira vacina contra gripe nos anos 40.

Conclusão

O presente artigo pretende ser uma (modesta) contribuição para a reconstrução do saber médico. Nota-se que há um

desfasamento de conhecimento em torno da vanguarda científica até a década de 1880, Porém, nas duas décadas finais do século XIX, o distanciamento entre o que era descoberto e descrito nas dissertações analisadas começou a diminuir progressivamente. Os trabalhos com análises sobre a gripe espanhola, datados de 1920, apresentam, por exemplo, citações de pesquisas e descobertas publicadas poucos meses antes de seu término.

No que diz respeito às terapêuticas, à bacteriologia e à compreensão das causas das doenças relacionadas com o “mundo invisível” microbiológico, foi possível perceber a falta de um saber uniforme, pois cada dissertação apresentou bases científicas parecidas, mas com o crescimento de crenças, opiniões e interpretações diferentes sobre um mesmo assunto. A existência de uma diferença entre os saberes apresentados e as descobertas técnicas é algo comum em se tratando de novidades científicas, pois estas estavam em processo de aprendizado e maturação. Com o tempo, as divergências entre trabalhos sobre um mesmo tema foram diminuindo.

Conclui-se, assim, que o acesso ao conhecimento médico científico em Portugal foi ampliado a partir de meados do século XIX e início do XX. O país não se transformou em um grande centro produtor de descobertas, mas se manteve atualizado, modernizando as instituições

de formação, estreitando o contato com os debates mais contemporâneos e promovendo interações por meio de conferências.

A mudança mais perceptível no pensamento clínico foi a defesa da adoção de medidas relacionadas com a higiene. A maturação científica médica portuguesa produziu discursos que valorizavam e defendiam a higiene como fator necessário para garantir o futuro e a saúde da população. Essa preocupação com questões sanitárias passou a compor a agenda de Estado no fim do Oitocentos, enquadrado no que ocorria em toda Europa.

O processo de ampliação da importância das questões

higiênica e sanitária foi acelerado pelas diversas epidemias ocorridas no século XIX e início do século XX. No entanto, esse processo também atendeu aos interesses de disputa pelo poder, sendo uma oportunidade para a ampliação da intervenção do governo na sociedade e um avanço para as elites médicas ascenderem às esferas de comando.

Referências

Abreu, L. (28 de Dezembro de 2018). A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX. *Ler História*(73), pp. 93-120. doi:<https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4118>

Almeida, M. P. (2011). A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa. ISSN 0104-5970. . *Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]*, 18(4), pp. 1057-1071. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000400006>.

Altman, M. (Junho de 2014). *1894: Alexandre Yersin descobre o bacilo da peste bubônica*. Obtido de História Ciência Saúde -Manguinhos: <http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/1894-alexandre-yersin-descobre-o-bacilo-da-pesto-bubonica/>

Andrade, H. R.-d., & Felismino, D. (2018). A pandemia de gripe de 1918-1919: um desafio à ciência médica no princípio do século XX. *Ler História*(73), pp. 67-92. doi:<https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4070>

Atlas da Saúde: Febre Tifóide. (18 de 07 de 2019). Obtido de Atlas da Saúde: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/febre-tifoide>

Barata, L. (março de 2020). As Epidemias e as Pandemias na História da Humanidade. *NEWS*(99). Obtido de <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/99/epidemias-e-pandemias-na-historia-da-humanidade>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, J. D. (3 de março de 2012). A história serial e história quantitativa. pp. 203-222.

Bernardo, L. M. (2021). *Sobre as causas do atraso científico em Portugal - Uma digressão histórica*. Porto: Faculdade de Ciências, Universidade do Porto. doi:<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.28>

Carvalho, j. M. (1987). *Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras.

Centamori, V. (25 de 07 de 2020). *ESTUDO REVELA QUE QUARENTENA E ISOLAMENTO PARARAM SURTO DE TIFO NO GUETO DE VARSÓVIA*. Obtido de Aventuras na História: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/historia-hoje/estudo-revela-como-medicos-judeus-pararam-epidemia-de-tifo-no-gueto-de-varsovia.phtml>

Costa, R. P., & Vieira , I. C. (2011). *As teses inaugurais da Escola Médico-cirúrgica do Porto (1827-1910): uma fonte histórica para a reconstrução do saber médico*.

Crosby, A. W. (2011). *Imperialismo ecológico: a expansão biológica*. São Paulo: Companhia da Letras.

Czeresnia, D. (out de 2005). Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5). Obtido de <https://www.scielo.br/j/csp/a/q6Rpm7t3QqbZNthQKqWxMLj/?lang=pt>

David de Moraes, J. (Out/dez de 2011). Surtos epidémicos ocorridos em Portugal na primeira metade do século XX: abordagem histórico-epidemiológica. I – Peste bubónica. 18(4). Obtido em 12 de abril de 2021, de História da Medicina: https://www.spmi.pt/revista/vol18/vol18_n4_2011_259_266.pdf

Esteves, A. P., & Pinto, S. (2020). A gripe espanhola em Portugal: a construção da memória. O trabalho médico e a assistência hospitalar. *Mundos do Trabalho*, 12, pp. 1-15. doi:DOI: <https://doi.org/10.5007/1984-9222.2020.e75134>

Esteves, A., & Araújo, M. (2021). Resquícios de epidemias no Minho: os surtos de tifo nos séculos XIX e XX. *Revista Portuguesa de História*, II, pp. 35-53. doi:https://doi.org/10.14195/0870-4147_52_2

Feliciano, J. (2002). A vacinação e a sua história. *Cadernos da Direção Geral da Saúde*(2), pp. 3-7.

Fernandes, P. S. (2015). *O hospital da misericórdia de Penafiel (1600-1850)*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Ciência Social. Obtido em 20 de Setembro de 2021, de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/40782/3/Paula%20Sofia%20Costa%20Fernandes.pdf>

Frazão, D. (19 de 07 de 2019). *Louis Pasteur cientista francês*. Obtido de E-Biografia: https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/

Garnel, R. (2006). A consolidação do poder médico: a medicina social nas teses da escola médico-cirúrgica de Lisboa (1900-1910). Em A. L. Pereira, & J. R. Pita, *Miguel Bombarda (1851-1910) e as singularidades de uma época*. (pp. 77-88.). Coimbra:: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 77-88.

Garrett, L. (1994). *A próxima Peste*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. Obtido em 23 de março de 2021, de <https://silo.tips/download/laurie-garrett-proxima-pestes-as-novas-doencas-de-um-mundo-em-desequilibrio-editor>

Gontijo, B., & Bittencourt, F. (Fev de 2005). Arsênio: uma revisão histórica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 1(80). doi:<https://doi.org/10.1590/S0365-05962005000100014>

Killingray, D. (2009). A pandemia de gripe de 1918-19: causas, evolução e consequências? Em J. M. Sobral, *A pandemia esquecida: Olhares comparados sobre a Pneumónica (1918/19)* (pp. 41-61). Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.

Kolata, G. (2002). *Gripe, a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro: Campus.

Magenta, M. (25 de julho de 2020). *As lições da vacina que chegou de 'braço em braço' ao Brasil em 1804*. Obtido em 02 de novembro de 2020, de BBC News: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53533707>

Marcolin, N. (dezembro de 2011). *No front da infecção*. Obtido de Revista Pesquisa Fapesp: <https://revistapesquisa.fapesp.br/no-front-da-infeccao/>

Meštrović, T. (1 de março de 2021). História da varíola. *News Medical Life Science*. Obtido em 22 de Abril de 2021, de [https://www.news-medical.net/health/Smallpox-History-\(Portuguese\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Smallpox-History-(Portuguese).aspx)

Oxford, J. S. (2000). Influenza A pandemics of the 20th century with special reference to 1918; virology, pathology and epidemiology. *Medical Virology*(10), pp. 119-133. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1654\(200003/04\)10:2<119::AID-RMV272>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1654(200003/04)10:2<119::AID-RMV272>3.0.CO;2-O)

Pita, A. F. (2017). *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e*. Dissertação de Mestrado em História Contemporânea - FCSH, Lisboa. Obtido em 18 de Dezembro de 2020, de <https://run.unl.pt/handle/10362/34849>

Plotkin, S. L., & Plotkin, S. (1994). Uma curta história de vacinação. Em M. E. Plotkin S, *Vaccines*. Philadelphia: WB Saunders. doi:10.1016 / B978-1-4557-0090-5.00017-3

Potter, C. (outubro de 2001). A History of Influenza. *Journal of Applied Microbiology*, 4, pp. 572-579. doi:doi:10.1046/j.1365-2672.2001.01492.x

Santos, H. S. (2021). *Varíola*. Obtido de Biologia Net: <https://www.biologianet.com/doencas/variola.htm>

Santos, L. d. (1994). Um Século de Cólera: Itinerário do Medo. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, 4(1), pp. 79-110. Obtido de https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v4n1/05.pdf

Sequeira, J. d. (1918). *Higiene e Profilaxia do tifo exantemático*. Porto: Imprensa portuguesa.

Silveira, A. J. (dezembro de 2005). A medicina e a influenza espanhola de 1918. *Dossiê: História e Saúde • Tempo*, 19. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-77042005000200007>

Snowden, F. M. (2019). *Epidemias e Sociedade*. Yale: New Haven and London.

Sobral, J. M., & Lima, M. L. (28 de dezembro de 2018). A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico. *Ler História*(73), pp. 45-66. doi:<https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4036>

Subtil, C. L., & Vieira, M. (Julho de 2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4). Obtido em 25 de 02 de 2021, de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18522/3/serIIIIn4a18.pdf>

Taschner, N. P. (11 de março de 2020). *Gripe espanhola: 100 anos da mãe das pandemias*. Obtido de Veja saúde: <https://saude.abril.com.br/blog/cientistas-explicam/gripe-espanhola-100-anos-da-mae-das-pandemias/>

Teixeira, A. T. (agosto- dezembro de 2018). AS ILHAS DO PORTO E AS TIPOLOGIAS DE HABITAÇÃO DOS SÉCULOS XIX E XX. *Revista 5% arquitetura+arte*, 1(16), pp. 96.1-96.27. Obtido em 06 de outubro de 2021, de <http://revista5.arquitetonica.com/index.php/magazine-1/arquitetura/as-ilhas-do-porto-e-as-tipologias-de-habitacao-dos-seculos-xix-e-xx>

Toledo Jr, A. C. (26 de Fevereiro de 2004). História da varíola. *Revista Médica de Minas Gerais*, 15(1). Obtido de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1461>

Ujvari, S. C. (2003). *A História e suas Epidemias - A Convivência do Homem com os Microorganismos*. Rio de Janeiro: Senac Rio.

van der Sluijs, K. F., Van der Poll, T., Lutter, R., Juffermans,

N. P., & Schultz, M. J. (19 de abril de 2010). Revisão da bancada ao leito: Pneumonia bacteriana com influenza - patogênese e implicações clínicas. *Crit Care*, 14(219). doi:<https://doi.org/10.1186/cc8893>

Werth, A. (2019). *STALINGRADO 1942: O INÍCIO DO FIM DA ALEMANHA NAZISTA*. São Paulo:

Xenofobia e Extremismo Político no Mundo Pandêmico

Ariel Cherxes Batista¹

Introdução

Em 5 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou seu primeiro boletim sobre uma pneumonia de origem desconhecida, identificada na China em 31 de dezembro de 2019. A doença contava à época, segundo o governo chinês, com mais de quarenta casos, todos detectados na cidade de Wuhan, na província de Hubei.

O surto posteriormente transformou Wuhan em epicentro de uma endemia, pois até então pensava-se que havia o perigo da doença apenas nesta localidade. Após dois meses, por volta de fevereiro de 2020 o vírus era visto como epidêmico, isto porque apenas na Ásia havia a chance de uma pessoa se contaminar. Esta situação não durou muito, visto que em março, o mundo conhecia a pandemia do “Novo Corona vírus”. Ressaltamos que as expressões “vírus chinês” ou “vírus de Wuhan” ainda eram utilizadas, todavia a doença batizada de “Corona Vírus”, popularizou-se com o nome

1 Doutorando e Mestre em História Social das Relações Políticas, pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), membro do Laboratório de Estudos em História do Tempo Presente (LABTEMPO - UFES), integrante da gestão da seção Espírito Santo da Anpuh, e professor da rede pública no estado do Espírito Santo.

de “Covid-19”. O nome dado é proveniente do inglês “COrona Virus Disease” e do seu já citado, ano de aparição, 2019.

Devido ao aumento nos casos de Covid-19 em todo o mundo, e da difusão global de notícias sobre a doença, multiplicaram-se os casos de discriminação e de violência contra populações asiáticas, inclusive contra migrantes e seus descendentes radicados no Ocidente. Este preconceito contra chineses e demais povos da Ásia não é uma novidade, contudo se intensificou em alguns lugares do mundo desde o início da pandemia.

Xenofobia, é uma palavra de origem grega que significa medo, aversão ou profunda antipatia em relação a estrangeiros. Esta prática não justificável ocorre nas sociedades desde a antiguidade. Os antigos gregos foram os primeiros a demonstrar sua contrariedade a nações estrangeiras, não os inserindo nas decisões políticas que deveriam tomar, chegando até mesmo a isolar indivíduos de outras nações em suas cidades. O sentimento xenofóbico manteve-se no decorrer dos tempos, e ainda hoje ocorre, causando situações problemáticas ao redor do mundo.

Donald Trump, presidente dos Estados Unidos entre janeiro de 2017 e janeiro de 2021 pode ser considerado um dos principais difusores de expressões xenofóbicas e preconceituosas ao referir-se a esta pandemia, pois proferiu expressões como “vírus chinês” ou “vírus de Wuhan” em suas aparições públicas durante o período de surto da doença. Conforme apurado por pesquisadores do site que também é banco de dados, Factobase, o presidente usou a expressão “vírus chinês” mais de 20 vezes entre 16 de março e 30 de março de 2020, nas falas e discursos que proferiu no período citado. A condução da pandemia pelo governo Trump destacou-se pelo descaso e minimização dos impactos causados pelo vírus. Vale lembrar que o ex-presidente em seus discursos deixava claro ser contrário ao uso de máscaras e da vacinação em massa. O combate a pandemia passou a ser efetivo nos Estados Unidos, apenas no governo de Joe Biden.

Materiais e Métodos

Desde janeiro de 2019, o poder Executivo brasileiro é chefiado pelo ex-capitão do exército brasileiro, Jair Messias Bolsonaro. Devido a arroubos autoritários, acenos antidemocráticos e medidas discutíveis relacionadas a condução da República no Brasil, alguns pesquisadores optaram em nomear o governo Bolsonaro de bolsonarismo. Pensando nisso, discutiremos este conceito utilizando alguns elementos trabalhados por Daniel Aarão Reis Filho (2020). Segundo o autor, esse fenômeno não é apenas brasileiro, e se insere em um contexto internacional de reações a mutações percebidas como ameaças mortais a tradições, valores e costumes, representando um novo tipo de força política, que em seus aspectos é: “[...] de grande ativismo público, com frequentes incursões nas ruas, explorando as deficiências dos regimes democráticos, desfigurando-os “por dentro” e usando intensamente os mecanismos próprios da revolução digital (REIS FILHO, 2020, p. 3).

O bolsonarismo está ligado a uma direita alternativa presente ao reder do mundo, conhecida como *Alt-Right*. Este grupamento se fortaleceu após o descrédito representativo que os governos liberais-democráticos viveram em todo o planeta desde o crash econômico de 2008. De certa maneira, possui como características gerais: a rejeição ao conservadorismo “clássico”, bem como o desenvolvimento de uma militância em favor da supremacia branca e do antissemitismo. Também são conspiracionistas e, sobretudo na Europa, partidários da anti-imigração, ou seja, xenófobos.

A *Alt-Right* pode ser definida em suas ações ao redor do mundo pelo desenvolvimento de práticas racistas, apreço a desigualdade de pessoas e raças, defesa da manutenção nos papéis tradicionais de gênero, e pela necessidade de hierarquia centrada na figura de um líder, assim como a ritos antidemocráticos. Ao contrário do que muitos estudiosos do assunto afirmam, não é antipolítica, mas a expressão da política democrática

contemporânea levada ao seu paroxismo (AUGUSTO, 2020, p.9). Em suma, o extremismo é normalizado no exercício do poder por este grupamento político. Desse modo, salientamos que negar a existência da pandemia, assim como vacinas, insumos e qualquer forma de combate epidemiológico durante uma endemia figura-se como autoritarismo, elemento de bastante apreço entre os representantes da *Alt-Right*.

Além da ligação com o governo Trump, o clã bolsonarista, também trata a pandemia de Corona Vírus com descaso, desenvolvendo práticas semelhantes as do trumpismo na condução da pandemia, e assim além de negacionista, o bolsonarismo também pode ser considerado xenófobo, devido a visão sustentada acerca do Corona Vírus².

Resultados

A base xenofóbica do bolsonarismo em relação a China, está associada ao anticomunismo, elemento presente na cultura política deste movimento em ascensão no Brasil. Inicialmente, o “perigo vermelho” era representado por Moscou, posteriormente, após a Revolução Cultural de 1948, a China passou também a ser considerada representante da ameaça comunista para o mundo. Para entendermos como o anticomunismo se faz presente no bolsonarismo, precisamos recapitular a relação do Brasil com este “perigo”.

Entre as décadas de 1930 e 1940, o país foi comandado por Getúlio Vargas. O período varguista é marcado por conservadorismos de várias ordens, e o anticomunismo era elemento presente na condução do poder pelo presidente. Vale mencionar que o dirigente comunista da Aliança Nacional Libertadora (ANL), Luís Carlos Prestes, foi considerado um dos principais inimigos políticos do regime Vargas.

2 Mais sobre isto: CALIL, GILBERTO GRASSI. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE*, v. -, p. 30-47, 2021.

O plano Cohen que inicia a ditadura do Estado Novo em 1937, utiliza como argumento uma suposta invasão comunista ao Brasil. Nesta conjuntura a opinião pública se uniu ao presidente Vargas e autorizou o golpe de Estado que trouxe a primeira experiência ditatorial ao Brasil. O temor anticomunista ligado a saídas autoritárias continua presente na política brasileira das décadas seguintes, pois um dos pretextos para se empreender o golpe civil-militar em abril de 1964 é o impedimento que o comunismo novamente assale o país, desta vez mediante a política empreendida pelo presidente João Goulart que foi deposto, mesmo que este nunca houvesse se declarado um comunista.

O comunismo brasileiro em nenhum momento de nossa história foi superior politicamente ou mesmo tomou o poder utilizando-se de métodos revolucionários, mas sempre foi fruto de intensa oposição. Conforme Rodrigo Patto Sá Motta (2002) a *ameaça comunista* no Brasil serviu como pretexto para justificar golpes autoritários, e reprimir movimentos populares que garantiam interesses imperialistas visando manter inalterado o *status quo*.

Um fato ocorrido no Congresso Nacional brasileiro em 2017, ilustra bem a ideia do anticomunismo ainda presente em nossa cultura política. O deputado Eduardo Bolsonaro do Partido Social Liberal de São Paulo (PSL), criou um projeto de lei que propunha a criminalização do comunismo. A proposta do deputado possuía como objetivo modificar as Leis Antirracismo e Antiterrorismo punindo qualquer indivíduo que fizesse apologia ao Comunismo ou se mostrasse favorável a este doutrinamento político com reclusão de dois a cinco anos ou multa. A Constituição Federal de 1988, defende a liberdade de ideias, desse modo, esta proposta de projeto apresentou incompatibilidade com a carta magna brasileira e foi arquivado. Caso este projeto fosse aprovado na Câmara dos deputados na ocasião, os partidos comunistas voltariam a ilegalidade, tal qual ocorreu no final da década de 1920 e também em 1947. O uso pejorativo da expressão “vírus chinês” pelo governo Bolsonaro associa-se a mesma ideia

deste projeto de lei. Pensando no fato de que a China é um país comunista, e o governo norteia-se por uma aversão ao “perigo vermelho”, é possível compreender o uso destes termos ao tratar do “Corona Vírus”.

Em suma, podemos dizer que o anticomunismo é elemento presente em nossa sociedade, o projeto de lei referido nas linhas anteriores, ou mesmo a visão xenófoba com a qual o governo Bolsonaro tratou o Corona Vírus indicam isso. Podemos exemplificar isto com a postagem feita pelo ex-ministro da educação do governo Bolsonaro, Abraham Weintraub a respeito da China, em abril de 2020³. A publicação feita no Twitter ridicularizou o sotaque dos chineses radicados no Brasil com o personagem Cebolinha, da Turma da Mônica, criação de Mauricio de Souza, e sugeriu que a China, criou o vírus para propositalmente se fortalecer com a crise do Corona vírus.

A Embaixada da China no Brasil respondeu ao ex-ministro por meio de seu Twitter oficial, segue nota na íntegra:

Em 5 de abril, o Ministro da Educação do Brasil Abraham Weintraub, ignorando a posição defendida pela parte chinesa em diversas gestões, fez declarações difamatórias contra a China em redes sociais, estigmatizando a China ao associar a origem da COVID-19 ao país. Deliberadamente elaboradas, tais declarações são completamente absurdas e desprezíveis, que têm cunho fortemente racista e objetivos indizíveis, tendo causado influências negativas no desenvolvimento saudável das relações bilaterais China-Brasil. O lado chinês manifesta forte indignação e repúdio a esse tipo de atitude. Atualmente, a pandemia da Covid-19 está se espalhando globalmente, trazendo um desafio que nenhum país consegue enfrentar sozinho. A maior urgência neste momento é unir todos os países numa proativa cooperação internacional para acabar com a pandemia com a maior brevidade, com vistas a salvaguardar a saúde pública mundial e o bem-estar da Humanidade. A OMS e a comunidade internacional se opõem explicitamente à associação de vírus a um certo país ou uma certa região, combatendo a Estigmatização

3 Weintraub usa Cebolinha da Turma da Mônica para fazer chacota de chineses. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/04/weintraub-usa-cebolinha-da-turma-da-monica-para-fazer-chacota-de-chineses.shtml>. Acessado em 20 de novembro de 2022.

sobre qualquer pretexto. Instamos que alguns indivíduos do Brasil corrijam imediatamente os seus erros cometidos e parem com acusações infundadas contra a China⁴.

Meses antes da fala do ministro Weintraub, o deputado federal Eduardo Bolsonaro do Partido Liberal de São Paulo (PL-SP), à época filiado ao Partido Social Liberal (PSL –SP), também proferiu falas xenófobas relacionadas a China, culpando o país pela pandemia⁵.

Figuras Como Jair e Eduardo Bolsonaro, ou mesmo Abraham Weintraub são pessoas que de certa maneira representam um projeto cuja atividade principal consiste em fornecer supostas justificativas históricas para os objetivos políticos da construção acerca de uma memória. Eles usam sua autoridade e o capital decorrente de sua qualificação ou posição para se comunicar ao público de uma forma que parece tradicional à história e à memória com o objetivo de manipular a memória social. Todavia, mesmo com este cenário de episódios xenofóbicos por parte do presidente, aliados e correligionários, a China ainda permaneceu como um dos principais parceiros econômicos do Brasil.

Considerações Finais

O bolsonarismo pode ser considerado como um tipo de populismo autoritário que atua em conformidade com a alt-right, ou seja, a direita alternativa mundial pós-fascista legitimada institucionalmente em diversos países ao redor do mundo. A forma autoritária de democracia destas lideranças deteriora o sistema democrático por dentro, e visa o seu fim gradual. Ressaltamos que a política bolsonarista em relação a pandemia foi representada

4 Twitter: @EmbaixadaChina. Disponível em: <https://twitter.com/EmbaixadaChina/status/1247001680417341441>. Acessado em 26 de novembro de 2022.

5 Eduardo Bolsonaro culpa China por coronavírus e gera crise diplomática. *G1*. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/19/eduardo-bolsonaro-culpa-china-por-coronavirus-e-gera-crise-diplomatica.ghtml>. Acessado em 26 de novembro de 2022.

pela minimização da gravidade da doença, pelo estímulo a comportamentos inadequados referentes ao combate ao contágio do vírus, e por sua vez pela disseminação de informações falsas sobre sintomas, controle e prevenção em meio ao surto.

Portanto, a conclusão que temos sobre as práticas bolsonaristas acerca da pandemia de Corona Vírus ligam-se sobretudo a sua visão anticomunista da realidade, a qual também estão relacionadas as práticas xenofóbicas e preconceituosas sobre a doença. A má condução da pandemia a partir de práticas xenofóbicas e negacionistas pelo bolsonarismo provocaram o total de quase setecentas mil mortes no país⁶. Pensando nisso precisamos refletir sobre a democracia, sistema político, que se sustenta sobre disputas e movimentações. A ascensão bolsonarista no Brasil, contribuiu para um cenário de crise democrática, no qual ocorreu o fortalecimento de ideais políticos autoritários e extremistas em meio a sociedade. Devemos analisar a relação do negacionismo extremista e xenófobo bolsonarista com a destruição da democracia, pois o extremismo, a xenofobia e o negacionismo devem ser combatidos cotidianamente visando a construção de uma sociedade melhor.

Palavras-chave: Pandemia; Xenofobia; Bolsonarismo;

Referências

Periódicos

Acervo on-line Jornal Folha de São Paulo.

Acervo on-line Portal G1.

Bibliografia

AUGUSTO, Acácio. Fascismo e antifascismo no século XXI. In: AUGUSTO, Acácio (org). **Antifa**: modos de usar. Rio de

6 Dados disponíveis em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acessado em 26 de novembro de 2022.

Janeiro: Circuito, 2020.

CALIL, GILBERTO GRASSI. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**, v. -, p. 30-47, 2021.

MOTTA, Rodrigo Patto Sá. **Em guarda contra o “Perigo Vermelho”**: o anticomunismo no Brasil (1917-1964). São Paulo: Perspectiva: FAPESP, 2002.

REIS FILHO, Daniel Aarão. **Ditadura e democracia no Brasil: do golpe de 1964 à Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

Por uma História da Melancolia

Anny Barcelos Mazioli¹

Ao iniciar um trabalho que tem a melancolia como tema principal, é preciso questionar o que é essa melancolia e como ela vem se revelando na história da humanidade. Essa definição torna-se desafiadora, pois conceitos como melancolia, tristeza, loucura e depressão se confundem. A cronologia da Melancolia se relaciona com a História da Medicina, com a memória acerca da psiquiatria, da psicologia, e, principalmente, com o campo historiográfico das emoções. Isso nos faz compreender que escrever sobre a História da Melancolia é entender as doenças como uma construção cultural da experiência humana, que mostra o caminho para uma possível antropologia das emoções e relaciona doença e estado emocional ao ambiente, aos diferentes contextos históricos, aos fatores climáticos e aos recursos dietéticos (ZIMMERMAN, 1995, n.p.).

A melancolia é um tema importante nos dias atuais, haja vista que estamos testemunhando inúmeros casos de depressão. No entanto, é verdade que a depressão possui certa simetria para com a melancolia de outras épocas, mas a melancolia está longe de reduzir-se à depressão (HERSANT, 2020, n.p.). Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), a depressão atual pode significar

¹ Doutoranda em História Social das Relações Políticas no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo. Contato: anny.mazioli@gmail.com

[...] respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso [...], que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas devam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada.

Doença, loucura, melancolia e depressão são palavras cujos significados e percepções são historicamente construídos, mutáveis, pois refletem e evidenciam uma vasta gama de “formas de pensar” ao longo da história e nos possibilitam perscrutar a mente em diferentes ciclos da odisseia humana. Todas as culturas forjam elucidações para orientar seu modo de entender e perceber o mundo. Essas explicações podem ser de caráter “mitológico, cosmogônico, universal ou religioso, a produção do que chamamos atualmente de religião ou crença carrega concepções presentes no imaginário sobre o que não entendemos e nos instiga a curiosidade” (CORDÁS; EMILIO, 2017, p. 22).

Os conhecimentos que têm sido formulados acerca da melancolia têm a associado à uma síndrome cultural, desde a Antiguidade latina até o romantismo do século XIX, na Europa Ocidental (ZIMMERMAN, 1995, n.p). Poetas, filósofos, religiosos e médicos, cada qual com o conhecimento de que dispunham em sua área e em sua época, buscaram descrevê-la à sua maneira. Para a mitologia grega, por exemplo, o grau mais intenso da melancolia era a loucura, considerada um castigo dos deuses (PESSOTTI, 1994, p. 34). A Melancolia representou uma das formas da loucura ao longo da História.

Esse modelo de pensar a loucura, a fúria e a melancolia como castigos divinos permaneceu vigente até a eflorescência de Hipócrates e dos filósofos sofistas, pois, a partir destes, as doenças passaram a ser discutidas em termos naturalistas. Hipócrates adotou a perspectiva racional e rompeu com os deuses em relação

à medicina, deixando de lado as explicações divinas sobre a doença. O médico “sugere que as doenças são causadas por fatores do ambiente, da dieta, dos hábitos e da desregulação de elementos orgânicos” (CORDÁS, EMILIO; 2017, p. 39-42).

A História da melancolia demonstra como as experiências humanas de sofrimento são construções culturais. O humor ou a emoção, a experiência de sentir-se melancólico ou deprimido faz parte da natureza humana e são experiências afetivas normais. Assim, pode-se dizer que a melancolia nem sempre compreende um estado patológico. Já os escritos de Hipócrates compreendem importantes estudos sobre a melancolia enquanto doença (ZIMMERMAN, 1995, n. p.). É preciso atentar que a melancolia se distingue em dois estados: a melancolia-tristeza e a melancolia-doença.

A partir dos estudos de Hipócrates, formou-se a primeira definição de Melancolia-doença. O termo, originou-se do grego Melan (Negro) e Cholis (Bílis), isto é, bile negra; a melancolia é explicada como proveniente do desequilíbrio e da intoxicação do cérebro por um excesso anormal dessa bile. Hipócrates classifica tal intoxicação a partir de um conjunto de sintomas: aversão à comida, falta de ânimo, insônia, irritabilidade e inquietação (CLARA, 2009, p. 03). Para os pensadores da escola hipocrática, quando esse desequilíbrio “se instala e uma patologia surge, o mau funcionamento do sistema provoca perturbações somáticas, acompanhadas de desordens emocionais” (HERSANT, 2020).

Aristóteles (*O problema XXX*, I, 953b, 15) usou a imagem do vinho para expor a natureza da bílis negra: a bile negra, assim como o suco das uvas, contém pneuma, que provoca doenças hipocondríacas como a melancolia. A bile negra, como o vinho, é propensa a fermentar e produzir uma alternância de depressão e raiva. Os fluidos são a materialização das flutuações mentais, e esse conceito de afeto permaneceu predominante até o século XIX. O exemplo da melancolia ensina algo das concepções clássicas das relações entre corpo e mente, que passam pela teoria humoral (ZIMMERMAN, 1995, n. p.).

Dessa forma, percebemos que a teoria humoral se estende às emoções, já que possui valor psicológico e moral. Os humores seriam capazes de agir sobre a sensibilidade e moldar personalidades individuais. Nesse universo, o humor melancólico seria uma compleição física que marcaria um tipo de personalidade específico. Assim, apresenta-se mais uma categoria de Melancolia: a melancolia-humor. Este é um dos quatro humores que categorizam os seres vivos de acordo com a medicina clássica, baseada na teoria humoral.

Assim, segundo essa teoria, pessoas de compleição melancólica têm um temperamento frio e seco; são associadas ao elemento terra e apresentam uma personalidade introspectiva e pessimista. Esses fluidos corporais, que formam a “melancolia-humor” e sua personalidade melancólica, ao se desequilibrarem provocam a “melancolia-doença”. Essa doença atinge duramente as emoções, pois quem por ela for afetado pode mergulhar numa total prostração ou ser invadido por acessos de furor. Essa compreensão foi desenvolvida nos escritos de Galeno, que consolidou a teoria humoral e os conhecimentos sobre as compleições físicas e as disfunções cerebrais que levavam ao estado melancólico (ROCCATAGLIA, 1986). O termo melancolia resume toda a história do humoralismo, já que a melancolia é a bÍlis negra, um dos humores reconhecidos na medicina de Hipócrates e Galeno (ZIMMERMAN, 1995, n. p.).

No início da Idade Média, os textos de Hipócrates e Galeno se perderam e foi reinstaurado o domínio discursivo religioso. Para Cordás e Emilio (2017, p. 59), a medicina medieval “é um retrocesso no processo de desenvolvimento de estudos quando comparado ao da Antiguidade”. Com isso, a melancolia volta a ser tratada a partir do prisma religioso, com um misto de medicina e religião, “ora utilizando conhecimento hipocrático, ora rezando e benzendo o doente”. Mesmo que a teoria humoral continuasse sendo amplamente aceita, a ênfase era a cura espiritual. Aos conhecimentos construídos racionalmente na Antiguidade misturaram-se os dogmas religiosos e o *habitus* da época que

“abandona órgãos e humores e passa a se basear na culpa, no pecado, nas bruxas e em todas as formas que o demônio pudesse assumir” (CORDÁS, EMILIO; 2017, p. 59).

Nesse período, uma nova palavra se inseriu no léxico sobre a melancolia: *acídia*. A partir do século IV, a Igreja começou a usar esse termo, que, durante toda a Idade Média, foi utilizado de maneira diversa, com sentido moral ou com sentido médico, quase indiferenciável, dos conceitos medievais de *tristitia* (tristeza) e *desperatio* (desespero) (ALTSCHULE, 1965, p. 118). De acordo com Jean Lauand (2004, n.p.), a definição de *acídia* é a tristeza pelo bem espiritual; a acidez, a queimadura interior do homem que recusa os bens do espírito. Nas palavras de São Tomás de Aquino:

A *acídia* [...] é uma certa tristeza, daí que Gregório por vezes empregue palavra “tristeza” em lugar de “*acídia*”. [...] Ora, a *acídia* é o tédio ou tristeza em relação aos bens interiores e aos bens do espírito, como diz Agostinho a propósito do Salmo (104, 18) [...] (AQUINO, p. 92-93, 2000)

A *acídia* [...] é “uma tristeza acabrunhante” que produz no espírito do homem tal depressão que este não tem vontade de fazer mais nada; as coisas que são ácidas, também são frias. Por isso a *acídia* implica um certo desgosto pela ação. [...] Portanto, sendo a *acídia*, como aqui se considera, uma tristeza proveniente de um bem espiritual, é duplamente má: em si mesma e em seus efeitos. É por isso que a *acídia* é um pecado, pois já se mostrou que o pecado é mau nos movimentos do apetite (AQUINO, p. 482, 2004).

Este termo poderia se referir a três estados distintos: um estado doentio correspondente à melancolia; preguiça e indolência em relação às obrigações religiosas e a falta de devoção e adoração a Deus (CORDÁS, EMILIO; 2017, p. 62). A descrição que Tomás de Aquino faz da *acídia* aproxima-se muito da descrição que podemos fazer hoje da doença depressão (LAUAND, 2004, n.p.). Aquino também utiliza a palavra melancolia para falar sobre a

tristeza, e não as considera uma exclusividade da alma, pois diz: “Os melancólicos desejam com veemência os prazeres para expulsar a tristeza, porque o *corpo* deles se sente como que corroído pelo humor mau, como diz o Filósofo” (Suma Teologica, I-II, 32, 8 ad 2). “Os melancólicos têm os *corpos* sempre incomodados pela má compleição...” (Sent. IV, d. 49. q. 3, a. 5, c.).

É interessante perceber que, na Antiguidade, o sentido da melancolia-doença se aproximava da loucura; já o conceito de acídia medieval se avizinhou do conceito de depressão da atualidade.

No Renascimento, foram feitos questionamentos ao pensamento religioso medieval e a crença nas “doenças da alma”, advogada pela religião, foi substituída por uma revalorização do homem e da natureza humana, com um retorno aos escritos da Antiguidade (CLARA, 2009, p. 04). A Renascença tentou resgatar a melancolia da disputa religiosa entre Deus e satã. Em outras palavras, da ênfase pecaminosa medieval para as concepções racionais da teoria humoral. Abaixo, apresenta-se uma das principais representações renascentistas acerca da Melancolia:



Figura 1 - Melancholia I (1514). Albrecht Dürer, alemão, 1471–1528

No âmbito das emoções, essa é uma das obras mais representativas sobre a Melancholia até os dias atuais, produzida por um pintor do renascimento alemão, Albrecht Dürer, e datada de 1514. A fileira superior do quadrado mágico na parede acima da figura melancólica é em parte uma referência à data da morte da mãe do pintor, remetendo a como a melancolia está ligada ao luto e a percepção da finitude da vida. Os renascentistas propuseram

um retorno ao ser humano, suas preocupações e seus sentimentos e, diante da finitude da existência humana, da complexidade do mundo, sente-se melancolia e tristeza. A formação do sentimento de individualidade que se estabelece na transição do medievo para a modernidade traz também a melancolia para a cena (SCLIAR, 2008; p. 135). Assim, na Modernidade, a Melancolia foi debatida, analisada e estudada.

O que nos leva ao *Livro da Melancolia*, publicado em 1585, de autoria de Andres Velasquez, identificado como um médico da cidade espanhola de Arcos da Fronteira. Velasquez utiliza os pressupostos médicos de Hipócrates e Galeno para analisar a anatomia humana, o funcionamento do corpo e a sua conexão com os estados melancólicos. Entre as autoridades médicas que contribuíram para a compreensão da melancolia, além dos supracitados, Velasquez menciona Aristóteles, Avicena e Alexandre Traliano.

Velasquez (1585, p. 48) salienta que a melancolia possui diferentes significados, corroborando o que temos dito ao longo desta apresentação. O primeiro deles significa um dos quatro humores que naturalmente engendra o fígado para nossa nutrição, cujo temperamento é frio e seco. O segundo significado é o que os médicos chamam de “atra b́ilis”, também chamada de b́ilis negra, que é o líquido responsável por fazer um corpo tornar-se de compleição melancólica.

O principal significado abordado na obra do médico é o que aponta a enfermidade designada como melancolia. O autor mostra que as pessoas chamam a doença pelo mesmo nome do humor que a causa (VELASQUEZ, 1585, p. 49, 50). Este é o humor melancólico. Esse humor é um dos quatro, especificamente o fabricado pelo fígado, que tem cor negra e sabor azedo. De acordo com Velasquez (1585, p. 51), segundo a doutrina galênica, é possível dizer quais são os corpos propensos ao humor melancólico. Para o autor, o que define o temperamento humano não é o humor, mas a mistura de suas qualidades: frio, calor, umidade e sequidão. Os homens magros ou delgados que têm as veias largas e espaças são

os que possuem as condições para que se fabrique neles o humor melancólico (1585, p. 53).

No capítulo sexto da obra, Velasquez busca definir o que é a *Melancholia Morbus*, ou seja, a melancolia-doença. É um estado alienado da mente, uma negação do entendimento ou da razão. Segundo o autor, os médicos da época dividiam esse estado de alienação em dois: mania e melancolia. Alguns médicos chamam a mania de furor (1585, p. 53, 54): “Infinitos são os modos de loucura, mas todos estão sob um gênero”, esse gênero é a melancolia. A mania é de maior intensidade que a melancolia; os maníacos são furiosos, terríveis e perigosos. Os primeiros a tratarem da Mania foram os gregos que compararam os homens com esta enfermidade a feras desenfreadas (VELASQUEZ, 1585, p. 56).

Velasquez também cita alguns subtipos de melancolia, por exemplo, a melancolia hipocondríaca e a melancolia flatulenta, esta última causada pela subida do excesso de flatulência para o cérebro, e diz que destas se pode desenvolver a epilepsia. Entre os sintomas da melancolia, o autor salienta que existe a possibilidade da perda de memória completa (*oblata actio*) ou parcial (*diminuta actio*) e aborda casos em que a memória existe porém de maneira “depravada” (VELASQUEZ, 1585, p. 62). Outro sintoma é a diminuição da ação, pois o frio é um diminuidor das ações, enquanto o calor as estimula (1585, p. 63). Após a diminuição da atividade e da deturpação da memória, pode acontecer a perda da razão. Estados de tristeza e medo prolongados são sinais próprios para um diagnóstico de melancolia.

Outra obra fundamental ao abordar a temática da Melancolia é *A anatomia da Melancolia*, de Robert Burton. Este foi contemporâneo de Willian Shakespeare, nasceu em 1577, e por ocasião de seu próprio temperamento se dedicou a compreender a melancolia e os escritos de autores clássicos — “Escrevo sobre a Melancolia por estar ocupado em evitar a Melancolia” — e assim escreveu a obra originalmente publicada em 1621 com 1500 páginas. Contudo, foram publicadas cinco revisões pelo próprio autor até 1638, dois anos antes de sua morte. Considerada um

clássico da prosa em língua inglesa, essa obra é um estudo filosófico, médico e histórico sobre a natureza da Melancolia, em que o autor atribui uma das principais causas deste estado de espírito à ociosidade, ao descrever o conceito de melancolia e classificar seus diferentes tipos. Além disso, Burton elenca possibilidades de cura para esta doença.

Citando diversos autores, Burton (1577, p. 10-11) atribui à melancolia tanto aspectos materiais quanto imateriais, buscando compreender como o corpo, material, atua sobre a alma, que é imaterial. Essa inter-relação entre corpo e alma acontece por mediação dos humores que atuam no corpo e influenciam a mente, participando tanto do aspecto material quanto do imaterial. Assim, o autor ilustra o círculo dos distúrbios simpáticos, no qual as distrações e perturbações da mente alteram a temperatura ou o temperamento do corpo, o que, por sua vez, causará a destemperatura da alma. Esse trecho nos possibilita perceber que havia uma antiga tradição de psicologia humoral, pois mostra como acreditava-se que os humores influenciam as emoções, bem como que as emoções influenciam no estado do corpo.

De acordo com a leitura de Cordás e Emilio, Burton atribui certa ambiguidade entre a religiosidade e a ciência ao abordar a melancolia:

É a loucura um problema espiritual ou médico? Lista entre as causas da melancolia, além da idade avançada, o temperamento, a hereditariedade e, até mesmo, afecções de outras partes do corpo, agindo no cérebro. No entanto, ainda herdeiro do homem medieval, inclui também causas sobrenaturais, como Deus, diabo, mágicos, bruxas e questões astrológicas, entre as possibilidades etiológicas. Assim, em atitude hábil, utiliza o princípio da complementaridade: se a causa é dupla, a responsabilidade do tratamento deve ser dividida entre o clérigo e o médico, em um dualismo que, durante muito tempo, ainda estará presente no discurso científico (CORDÁS, EMILIO, 2017, p. 87).

Os tratados médicos produzidos na modernidade buscam resgatar a melancolia das explicações religiosas e estabelecer

um novo paradigma sobre as emoções: a racionalidade. Entre esses tratados, encontra-se o *Melancholia Hysterica*, escrito por Joannis Friderici Depré, em 1727. Esse tratado busca elucidar a melancolia feminina causada por distúrbios advindos do útero. No entanto, o importante para nós neste trabalho é analisar como Depré diferencia os tipos de melancolia existentes. O autor cita inúmeros tipos de delírio — frenéticos, maníacos, melancólicos — e caracteriza uns como mais brandos e outros como mais violentos. A melancolia estaria classificada como um tipo de delírio. O autor salienta que o vocábulo melancolia tem diferentes significados no Fórum médico e tem sido usado tanto para a substância que causa o humor natural, quanto como algo preternatural (não natural). Enquanto substância o

vocábulo *melancholia*, a parte mais espessa da massa sanguínea, proveniente da linfa nas células superiores, contida ou no fígado ou no baço, um líquido incolor do pâncreas, que alguns dos modernos substituem pela expressão *suco pancreático*, o qual é avariado, sobretudo mais ácido, corrosivo e, além de viscoso, pegajoso, referido com o nome *bile amarela* ou *melancholia preternatural*, ainda que os Antigos peculiarmente tenham entendido que aquele sangue do fígado, ou do baço, mais pegajoso, ruim em quantidade e qualidade, (CLEMENS, 1727, p. § I)

Para Depré, o vocábulo delírio pode ser utilizado tanto para Retardo como para Mania, Loucura, Licantropia, Misanthropia, ou seja, quando a palavra melancolia é utilizada em associação ao termo delírio ela indica “a depravação da razão e da ideia, que se alcança desde a febre e o furor, ao mesmo tempo que acompanhada do medo e que é somada à tristeza e a outras prefigurações” (CLEMENS, 1727, § II).

A partir do momento que Depré define a melancolia em sua relação com o delírio, o autor passa a apresentar os diferentes tipos de melancolia: há a chamada idiopática, ou essencial, que está relacionada a uma “prefiguração falsa da mente” e que não tem correspondência exata com motivos materiais; já a

melancolia sintomática tem sua origem a partir do todo, por lesões corporais que saem do fígado, do baço e de outros órgãos abdominais, também chamada de Melancolia hipocondríaca; já o tipo específico que o Depré aborda na dissertação diz respeito à Melancolia histérica ou uterina, e esta é provocada por doenças do útero e lesões (CLEMENS, 1727, § II).

Uma contribuição interessante de Depré é a apresentação da necessidade e do método para diferenciar Melancolia de loucura e de Mania. O autor salienta que Melancolia corresponde a medo e tristeza, e que, na loucura, por sua vez, é encontrada uma febre inflamatória com insanidade completa. Já a mania manifesta uma grande audácia, com uma força “completamente infável”, junto com outros sintomas (CLEMENS, 1727, p. § III).

Ainda no século XVIII, dois médicos se destacaram nos estudos científicos sobre este tema: William Cullen e Vincenzo Chiarugi. William Cullen foi o primeiro médico a criar o termo neurose, agrupando sob ele quatro tipos de adoecimento, sendo que o quarto deles condiz com os sintomas da melancolia, da loucura e das vesânicas (PEREIRA, 2010, p. 130). Já Chiarugi impulsionou uma reformulação da abordagem médica e do poder público na gestão das doenças mentais entre o século XVIII e o início do XIX, na Toscana. Tais médicos e seus trabalhos fazem parte do esforço engendrado pelo campo científico, no século XVIII, para trazer as doenças mentais para o domínio das explicações racionais.

Conclusão

Ao longo deste texto, torna-se visível a multiplicidade de sentidos agregados ao termo melancolia. Essa pluralidade de sentidos configura um desafio para o historiador que a elege como objeto de suas pesquisas. Este capítulo é uma tentativa de contribuir para descomplicar a compreensão desse tema ao apresentá-lo de maneira diacrônica em diferentes épocas da História da humanidade. Entretanto, o espaço exíguo para apresentar essas informações acaba por comprometer o tratamento adequado à complexidade da temática da melancolia.

Mesmo com essa limitação, apresentamos trechos de diferentes documentos e tratados que versam sobre a melancolia. Ao fazer um compilado de diferentes trechos de fontes, contribuímos com trechos inéditos em língua portuguesa, já que a dissertação de Clemens foi escrita originalmente em latim.

A partir do que apresentamos ao longo deste texto, pode-se dizer que a melancolia aparece de diferentes formas, com distintas definições, sintomáticas e tratamentos ao longo do tempo: uns a relacionam à tristeza e ao luto, alguns à doença e à loucura, e outros, ainda, à genialidade. Durante toda a história, a melancolia esteve entre a saúde e a doença, entre o corpo e a mente, entre a razão e a loucura, entre a ciência racional e o domínio religioso. Por isso, é muito importante se debruçar sobre esse objeto de pesquisa, pois ele reflete as especificidades de cada tempo histórico, mostrando como a humanidade vem lidando com suas emoções, seu luto e seus sentimentos ao longo do tempo.

Referências

Documentos

ARISTÓTELES. **O homem de gênio e a Melancolia**: o problema XXX, I. Tradução do grego, apresentação e notas de Jackie Pigeaud. Trad. Alexei Bueno. Rio de Janeiro: Lacerda, 1998.

BURTON, Robert. **Anatomia da melancolia**. Trad. Menezes, Salvato Telles de. : Lisboa: Quetzal, 2014 (1621).

CLEMENS, Johann Friedrich. **Dissertação inaugural médica de Melancholia hysterica**. Trad. Iana Cordeiro Lima. Erfordiae: Typis Groschianis, 1727.

TOMÁS DE AQUINO. **Summa Theologiae**. 2º ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2001.

THOMAE AQUINAS. **Scriptum Super Libros Sententiarum Magistri Petri Lombardi Episcopi Parisiensis**, Editio Nova, Tomus II, Paris: Sumptibus P. Lethielleux, 1929

VELASQUEZ, Andres. **Libro de la melancholia**. Biblioteca Nacional de Espanha. Sevilha, 1585.

Obras de apoio

ALTSCHULE, M. D. **Acedia**: its evolution from deadly sin to psychiatric syndrome. *Br J Psychiatry*. 1965; 111:117.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CLARA, Carlos José da Silva Santa. **Melancolia**: da Antiguidade à Modernidade. Uma breve análise histórica. In: *Mental*. vol. 7. n. 13. Barbacena, 2009.

CORDÁS, Tákí Athanássios; EMILIO, Matheus Schumaker. **História da melancolia** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HERSANT, Yves. Melancolia. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História das emoções**. Petrópolis: Vozes, 2020.

LAUAND, Jean. O Pecado Capital da Acídia na Análise de Tomás de Aquino. In: **Notas de conferência proferida no Seminário Internacional “Os Pecados Capitais na Idade Média”**. Univ. Fed. do Rio Grande do Sul, setembro de 2004. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/videtur28/ljacidia.htm>>. Acesso em: 10 de setembro de 2022.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Cullen e a introdução do termo “neurose” na medicina. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 128-134, março 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a>> PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. São Paulo: Editora 34; 1994.

ROCCATAGLIA G. A history of ancient psychiatry. New York: Greenwood Press; 1986.

SCLIAR, Moacyr. O nascimento da Melancolia. In: *Ide*:

psicanálise e cultura. v.31; n.47. São Paulo, dez. 2008. p. 133-138
Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062008000200024>. Acesso em: 10 de setembro de 2022.

ZIMMERMAN, Francis. The History of Melancholy. The Journal of the international institute. Volume 2, Issue 2. Winter, 1995. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/2027/spo.4750978.0002.205>>

Registros sobre o consumo medicinal do cacau nas publicações científicas setecentistas

Eduardo Gomes Molulo Moisés¹

Introdução

A chegada dos primeiros navegadores do Velho Mundo à América representou um momento singular para a história mundial e, particularmente, para a história dos grupos diretamente envolvidos nesse acontecimento: de um lado, as diversas civilizações indígenas componentes do “Novo Mundo”; de outro, as sociedades europeias. Tal contato, realizado, inicialmente, pelo navegador Cristóvão Colombo (1451-1506), foi descrito pelo filósofo e linguista Tzvetan Todorov (2003, p. 5) como o “[...] mais surpreendente de nossa história”. Desde então, o mundo europeu teve acesso a uma nova matriz de oportunidades, riquezas e territórios que possibilitou, para além da aquisição de uma vasta

¹ O presente trabalho representa parte de uma pesquisa realizada no Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal do Espírito Santo sob coordenação da Profa. Dra. Patrícia M. S. Merlo. O autor gostaria de agradecer ao CNPq pela oportunidade de financiamento desta pesquisa. Graduando pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Aluno de Iniciação Científica vinculado ao Laboratório Saberes e Sabores: história da alimentação e das práticas de cura, tendo como Orientadora a Profa. Dra. Patrícia M. S. Merlo. E-mail: eduardo.molulo1998@gmail.com.

gama de metais preciosos, o acesso a uma série de espécies naturais inexistentes na Europa e que exerceriam papel de destaque nas dinâmicas do mundo colonial em composição.

Foi no interior desse processo que os europeus tiveram acesso a um produto que assumia, entre os habitantes nativos da América, uma aura divina: o cacau. Consumido como bebida pela elite asteca e atuando como espécie de moeda no território da Mesoamérica, o fruto e a bebida que dele deriva alcançaram, na região, o status de produtos de luxo (LEMPS, 1998, p. 467).

A origem do cacau remonta, especialmente, às bacias dos rios Amazonas e Orenoco, onde era consumido pelos povos indígenas e pelos animais locais, que garantiram seu espraiamento em direção ao norte, chegando à atual Costa Rica e Nicarágua; e ao sul, adentrando o Equador (BRAGA, 2015a, p. 172). Evidências linguísticas³ apontam para o consumo da planta já entre os olmecas por volta de 1000 a.C. (PORRO, 1997, p. 281), mas foram os maias do período clássico (séculos III-X) os pioneiros na sistematização de seu plantio. Posteriormente, o povo toltec (séculos X-XII) e os astecas (séculos XII-XVI) realizaram o cultivo de cacauzeiros; ainda, o termo cacau pôde ser encontrado já em registros grafados em proto-Mixe-Zoque, língua falada na região do istmo de Tehuantepec, por volta de 1.000 a.C. (PORRO, 1997, p. 281). Indígenas do sul da América Central até a fronteira com o atual território colombiano e certos grupos do Brasil o ingeriam como alimento e como líquido (BRAGA, 2015a, p. 173).

A primeira experiência dos europeus com o cacau se deu no golfo de Honduras, quando Colombo, em sua quarta viagem, encontrou algumas embarcações de mercadores maias que carregavam, entre outros produtos, sementes da planta (PORRO, 1997, 281). No entanto, foi somente no período da tomada do continente americano que os espanhóis puderam provar sua bebida, à época conhecida como cacáhuatl⁴, e a acharam demasiado amarga e ardente, sendo, segundo sua concepção, imprópria para o consumo humano (LEMPS, 1998, p. 467). Literalmente, “água de cacau”.

Segundo o geógrafo Alain Huetz de Lemp (1998, p. 467), foram comunidades de religiosas assentadas em Oaxaca que, segundo tradições mexicanas, promoveram a associação inicial entre o açúcar e o chocolate.

Vale lembrar que o modo indígena de preparação do chocolate envolvia a mistura de produtos muito distintos dos que atualmente fazem parte de sua produção, tais como frutas, pimentão, milho verde e até mesmo cogumelos alucinógenos. No entanto, sua recepção mudou quando o açúcar passou a substituir o pimentão em sua composição⁵. Dessa forma, já no Quinhentos o sucesso da bebida entre os crioulos espanhóis se fez notar e seu consumo passou a adquirir um caráter de distinção, sendo oportunizado aos principais visitantes da terra (LEMPS, 1998, p. 467).

Ainda no século XVI, o cacau chegou à metrópole. Após algumas sementes da planta terem sido enviadas e a bebida não ter tido boa recepção na corte de Carlos V em 1527, o reino recebe um primeiro carregamento em 1585 e já no final desse mesmo século o chocolate ganha o gosto dos castelhanos.

A partir da Espanha, o chocolate se difundiu por toda a Europa, conquistando inúmeros simpatizantes e se constituindo como parte da dieta aristocrática nos diferentes Estados componentes do continente durante a Modernidade. E, para além de seus benefícios puramente sensoriais, a bebida americana se mostrou, por onde passou, um excelente fármaco, tendo destacados seus benefícios para a digestão e suas propriedades nutritivas, além de – segundo teorias mais exacerbadas – favorecer a longevidade, o fortalecimento físico, a cura de ressacas e a extinção da tosse (MERLO, 2019, p. 857).

Com efeito, assim que adquiriram ciência da farmacopeia asteca e do papel terapêutico ocupado pelo cacau e pelo chocolate no interior dessa civilização, os europeus buscaram inserir o fruto e a bebida em seus padrões de interpretação médica, inicialmente centrados nas teorias humorais associadas a dois autores do Mundo Antigo: Hipócrates (460 a.C.–377 a. C.) e Galeno (130 d.C.–210

d.C.). Contudo, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, esse modelo de conhecimento gradualmente começou a ser substituído por novas doutrinas e a adquirir uma base mais científica (MERLO, 2015), pautada pelo experimentalismo e pelo emprego destacado da razão. Todavia, cabe destacar que as transformações nas práticas científicas não substituíram de todo as narrativas construídas a partir dos textos antigos. Pelo contrário, a nova base racional da ciência moderna se inseriu em um código medicinal que ainda dava espaço aos argumentos hipocráticos e galênicos.

No presente trabalho, buscaremos acompanhar o fluxo e a assimilação das informações contidas nas narrativas médicas acerca do cacau e de seu subproduto durante o período moderno, enfocando os Setecentos. Para tanto, realizaremos a análise de duas obras publicadas na Península Ibérica em fins do século XVIII: o Tratado de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate; extractado de los mejores autores que han tratado de esta matéria, á fin de que su uso no perjudique á la salud, antes bien pueda servir de alivio y curacion de muchos males⁶, organizado pelo cirurgião Antonio Lavedan (1753-1819) e publicado em Madri em 1796, e a terceira parte do Tomo III da obra *O Fazendeiro do Brazil melhorado na economia rural dos gêneros já cultivados, e de outros, que se podem introduzir, e nas fábricas, que lhes serão próprias, segundo o melhor que se tem escrito a este assunto*⁷, publicado como parte de uma coleção produzida em Lisboa pelo Frei José Mariano da Conceição Veloso (1742-1811), entre os anos de 1798 e 1806. Antes, contudo, faz-se necessário contextualizar o panorama geral dos saberes médicos acerca do cacau e do chocolate e de suas mutações, bem como apresentar as mudanças ocorridas nos processos de desenvolvimento de conhecimentos ao longo da Modernidade.

Abreviado a partir deste ponto como *Tratado de los usos, abusos*.

Abreviado a partir deste ponto como *O Fazendeiro do Brazil*.

O chocolate e os discursos médicos no alvorecer da modernidade

A Modernidade é reconhecida como um período de profundas mudanças na natureza do saber médico ocidental. Graças ao desenvolvimento de uma base racional e experimental das práticas científicas, os produtores de conhecimentos médicos do período moderno puderam desfrutar de um ambiente favorável aos avanços dos estudos acerca do corpo humano e das práticas curativas (MERLO, 2015).

Contudo, a consolidação de tais transformações se deu de forma heterogênea em diferentes territórios da Europa e mediante processos de longa duração, tendo seus efeitos destacados apenas entre os séculos XVII e XVIII. Dessa maneira, as noções de saúde durante a primeira metade da Modernidade ainda eram centradas nas teorias humorais conservadas da

Antiguidade, nas quais a saúde e a doença eram compreendidas a partir de uma analogia entre o corpo humano e o meio ambiente, estando os humores no interior dos indivíduos sujeitos às mesmas leis de movimentação que regem a mecânica dos fluidos na natureza (FRIAS, 2005).

Foi através dessa perspectiva que Hipócrates desenvolveu sua doutrina, segundo a qual a saúde de um indivíduo dependeria da justa proporção entre os quatro humores que constituem a natureza intracorporal humana, a saber: sangue, flegma, bile amarela e bile negra, enquanto a doença ocorreria devido ao desbalanço de um deles em um “sítio orgânico” componente do corpo (FRIAS, 2005, p. 53). Nessa dinâmica, o organismo humano estaria sujeito aos “movimentos do Universo”, estando as variações dos humores associadas, entre outras coisas, às mudanças nas estações do ano. Dessa forma, os diferentes humores teriam seus períodos de maior e menor influência no interior dos indivíduos em diferentes épocas. O filósofo Ivan Miranda Frias, versando sobre o tema, aponta que:

[...] Assim, o *flegma* predomina no inverno, embora conserve sua força na primavera. O *sangue* aumenta na primavera e mantém sua potência no verão. O mesmo fenômeno se observa com a *bile amarela* durante o verão e com a *bile negra* no outono, quando atinge sua força máxima (FRIAS, 2005, p. 56).

Partindo dos preceitos levantados por Hipócrates, o médico romano Cláudio Galeno desenvolveu sua “teoria dos temperamentos”, segundo a qual destaca que todo ser vivo, seja ele parte do mundo animal ou vegetal, possui uma “natureza” determinada que está condicionada à relação de quatro fatores que se associam em duplas: quente e frio, seco e úmido (MONTANARI, 2013, p. 84). Mantendo a relação, anteriormente apontada pelos escritos hipocráticos, entre o organismo humano e o meio extracorpóreo, Galeno relacionou seus “temperamentos” à combinação dos quatro elementos (água, terra, fogo e ar) componentes do Universo. Desse modo, a saúde seria o resultado de um perfeito balanço entre os diversos elementos presentes no interior dos seres vivos, enquanto sua perda seria o produto do predomínio de um fator sobre os demais, algo que se daria, entre outras razões, por ocasião de uma doença, pela idade, pelo clima, pelo ambiente em que se vive ou pelo trabalho desenvolvido (MONTANARI, 2013, p. 84).

Segundo a “teoria dos temperamentos”, a constituição dos jovens seria de natureza mais “quente” e “úmida”, enquanto a dos idosos seria mais “fria” e “seca” (MONTANARI, 2013, p. 84).

Como é possível perceber, o equilíbrio das partes formadoras da estrutura corporal dos seres humanos – sejam elas os humores ou os temperamentos – faz-se indispensável à manutenção da força e à longevidade dos indivíduos nesse modelo de pensamento médico, e dessa maneira, é importante destacar o papel da dietética em sua garantia. Com efeito, na obra intitulada *Da Natureza do Homem*, Hipócrates destaca a importância de uma boa alimentação, adequada às diferentes estações do ano, às constituições e à idade dos indivíduos para a manutenção da saúde física. Aliada à prática de exercícios, a banhos, a vomitórios e a

purgativos, uma dieta saudável garantiria a proporção adequada entre os quatro humores que compõem o organismo humano (FRIAS, 2005).

Também Galeno enfatiza a necessidade de uma dieta controlada para a garantia da reversão de situações de desbalanço entre os temperamentos. Assim, uma pessoa atingida por uma doença que a tornasse “úmida” deveria privilegiar alimentos de natureza completamente inversa em sua alimentação, enquanto um indivíduo saudável deveria optar por alimentos “temperados”, isto é, alimentos que comportam em seu interior uma estabilidade entre os elementos (MONTANARI, 2013, p. 84-85).

Se utilizando das teorias de Hipócrates e Galeno, foram construídos diversos discursos que destacavam a discussão a respeito do cacau e do chocolate, com defensores e opositores. Alguns dos primeiros registros acerca do fruto datam de 1570, quando o físico real do rei espanhol Felipe II (1527-1598), Francisco Hernández (1517-1587), foi enviado à América para promover uma classificação da flora do território mexicano. Partindo de princípios galênicos, Hernández promoveu uma análise do cacau, através da qual concluiu que as sementes da planta eram de natureza temperada, com tendência a serem “frias e úmidas”, além de serem muito nutritivas. A partir dessas constatações, apontou que as bebidas produzidas a partir desse fruto seriam benéficas em climas quentes e para o tratamento de febres. Ademais, destacou que a inserção de *mecaxochitl* em suas fórmulas poderia auxiliar no aquecimento do estômago, em uma respiração perfumada, no combate de venenos e no alívio de dores e cólicas intestinais (COE; COE, 2013).

Tempero picante e de constituição “quente”, nomeado também como “flor de corda” (COE; COE, 2013, n.p.)

Avançando na análise galênica anteriormente produzida por Hernández, o médico Juan de Cárdenas (1563-1609) publicou, em 1591, um tratado em que versava sobre os alimentos encontrados no Novo Mundo. Na obra, o autor apontou o cacau

como um fruto composto por três partes: uma primeira, “fria”, “seca” e “terrestre”; uma segunda, oleaginosa e de natureza “quente e úmida”, associada ao ar; e uma terceira, “quente” e de sabor amargo, que seria responsável por dores de cabeça. Além disso, o médico espanhol alertou para os malefícios do chocolate “verde” para a digestão, bem como para seu papel na promoção de paroxismos, no desenvolvimento da melancolia e de arritmias cardíacas (COE; COE, 2013).

Cárdenas, por outro lado, não negou que o fruto americano tivesse propriedades benéficas. Com efeito, o médico quinhentista salientou que, se associado a outros ingredientes, o cacau poderia atuar no ganho de peso e no sustento corporal, auxiliando a digestão e trazendo alegria e força (COE; COE, 2013).

Mas alguns médicos viram a bebida americana com muito maus olhos, reprovando sua ingestão veementemente. Entre estes, podemos destacar como exemplo Agustín Farfán (1532-1604), médico que associou o chocolate à retenção menstrual, apontando-o como uma composição formada por diversos elementos contrários entre si, grossos e de difícil digestão. No entanto, o médico não deixou de utilizar componentes do chocolate em suas receitas médicas, e entre eles o próprio cacau (TRIVIÑO, 2013, p. 69-70).

Podemos perceber, por meio da leitura das linhas precedentes, que os argumentos das autoridades do Mundo Antigo formaram os códigos a partir dos quais o saber médico da primeira metade da Modernidade iria se compor e através dos quais os diferentes alimentos que constituíam a dieta dos povos do Velho Mundo seriam avaliados; assim como produziram as bases de análise dos produtos exóticos que foram conhecidos pelo paladar europeu através dos contatos interculturais estabelecidos ao longo do globo terrestre, e entre os quais se encontravam o cacau e sua bebida, o chocolate. Contudo, a partir do século XVII, descobertas no campo científico e transformações na própria visão de mundo dos indivíduos produziram mudanças nas práticas médicas, fazendo com que as doutrinas de Hipócrates e de Galeno perdessem sua exclusividade enquanto padrão interpretativo.

Com isso, uma série de obras que versavam sobre o conhecimento natural foram produzidas, e entre elas, o *Tratado de los usos, abusos e O Fazendeiro do Brazil*. Assim, faz-se necessário discorrer sobre o processo que levou a essas modificações – o que faremos a partir daqui.

As viagens filosóficas e as transformações nas práticas científicas no final da época moderna

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, os europeus viveram inúmeras transformações em seu meio social, no seio das quais surgiram novos modos de interação com a natureza, com o universo e com o ser humano. Desta forma, as interações com diferentes povos e territórios e o desenvolvimento interno do continente – processos ocorridos, em grande medida, de maneira sincrônica e relacionada – possibilitaram a promoção de diversos avanços na Europa da segunda metade do período moderno, levando à produção de novos discursos e esquemas de pensamento que fundamentariam, entre outras coisas, novas formas de exercício da prática terapêutica e de elaboração de conhecimentos médicos (MERLO, 2015, p. 52).

Apartir de então, a medicina gradualmente adquiriu alicerces mais ligados à ciência, prezando cada vez mais por experiências e pelo pensamento racional, e o médico passou paulatinamente a ter o dever de conhecer o corpo humano – obrigação que se tornou mais necessária com o crescimento dos conhecimentos sobre a anatomia e o funcionamento da constituição física dos sujeitos – e de saber identificar as doenças da mesma maneira que a identificação da flora era feita pelos naturalistas (MERLO, 2015, p. 52). Alguns reflexos dessa realidade podem ser observados nas descobertas sobre a anatomia humana realizadas no período, entre as quais se destaca a decodificação da mecânica da circulação sanguínea, realizada pelo médico William Harvey (1578-1657), em 1628; e na própria elevação de estatuto da prática cirúrgica, que ao longo do século XVIII, com a aproximação entre o

conhecimento prático e o saber teórico, foi equiparada ao saber médico (*Idem*, p. 57-58).

Cabe salientar que grande parte dos avanços do período decorre de transformações ocorridas nos próprios processos de produção dos conhecimentos científicos na Europa Setecentista, que passaram a se dar através de um conjunto de práticas denominadas de *viagens filosóficas* (RAMINELLI, 2008).

Segundo o historiador Ronald Raminelli (2008, p. 97), tais viagens eram ferramentas utilizadas pelos sábios europeus com o objetivo de formar inventários das potencialidades do meio natural e dos povos das diferentes partes do mundo não-europeu. Para tanto, desenvolveram um método que envolvia a reunião de espécies naturais dos diferentes territórios com os quais os navegantes das nações europeias tinham contato ao longo do globo terrestre acompanhada da redação de relatórios breves de suas expedições, que seriam posteriormente enviados aos centros imperiais, onde sua análise e classificação segundo os ensinamentos de Lineu seriam realizadas, sendo, nesse movimento, comparadas a estudos anteriormente produzidos pelos sábios.

O processo seria complementado pela aquisição dos conhecimentos das próprias populações nativas das diversas partes do mundo. Com efeito, seria em interação com os povos autóctones que os funcionários das empresas europeias envolvidos nas *viagens filosóficas* conseguiriam grande parte das informações sobre as espécies locais. Posteriormente, essas informações seriam reunidas, reconfiguradas e serviriam de base para a construção de novos saberes, habilidades e práticas especializadas que atenderiam aos preceitos utilitaristas que norteavam os mercados de conhecimento europeus e regionais (RAJ, 2007).

Toda essa estrutura científica era desenvolvida em um contexto em que as nações do Velho Mundo se utilizavam do conhecimento natural como uma forma de trazer a felicidade e a prosperidade a seus territórios. Dessa maneira, a História Natural atingiu um novo patamar na

Europa setecentista, uma vez que se tornou a responsável por transformar a natureza em um instrumento a ser utilizado em benefício dos Estados imperiais europeus (MERLO, 2018, p. 31-32). Somente a partir desse modelo interpretativo é possível compreender o real papel dos naturalistas no mundo setecentista. Com efeito, esses profissionais e seus funcionários eram os responsáveis por encontrar potencialidades naturais nas diferentes regiões que acessavam e realizar observações detalhadas do material em seu local de origem para que, em um segundo momento, se aventasse reproduzir tais culturas vegetais – bem como algumas espécies animais – em ambientes controlados, como jardins botânicos, levando, por fim, essa exploração para outros espaços coloniais com o intuito de dinamizar o comércio (RAMINELLI, 2008, p. 98).

Para além de sua motivação econômica, no entanto, as viagens filosóficas tinham também o intuito de garantir o avanço da ciência. Assim, juntamente com os estágios de recolhimento, aclimação e transferência de espécies de diferentes locais do planeta, havia-se a preocupação com a publicação dos resultados dessas expedições científicas através de livros e artigos, que seriam considerados atestados de autoria e de reconhecimento dos trabalhos prestados às empresas imperiais (RAMINELLI, 2008, p. 100).

Tais obras versariam sobre diversos temas, entre eles a medicina. O historiador indiano Kapil Raj (2007) nos apresenta o exemplo da compilação do compêndio médico intitulado *Ellemans botanique des plante du Jardin de Lorixa leur vertu et quallite, tans conus que celle qui ne le sont pas avec leur fleur fruis et grainne traduit de louria an frances*, produzido no subcontinente indiano pelo médico e cirurgião Nicolas L'Empereur através de seu contato com faquires locais que tinham destacado conhecimento das ervas medicinais indianas, bem como da leitura de livros produzidos na região (RAJ, 2007, p. 41). A obra foi enviada a Paris em 1725 com os objetivos de superar a deterioração ou perda de eficácia das ervas e remédios trazidos pelos europeus através do mar; tratar

das doenças até então desconhecidas na Europa; e aumentar o número de ervas medicinais à disposição dos marinheiros do Velho Mundo (*Idem*, p. 34-36), sendo utilizada, em última instância, para a formação de “[...] uma biblioteca de trabalhos médicos para a Índia bem como uma farmácia” (L'EMPEREUR, 1699, apud RAJ, 2007, p. 36, tradução nossa).

Percebe-se, portanto, como a dinâmica imperial exerceu grande impacto sobre a prática científica na Europa ao longo do século XVIII. Tendo em vista uma ciência utilitarista e que viesse em benefício do reino, as nações europeias desenvolveram um método de exploração das potencialidades naturais dos territórios por elas acessados com o intuito de fazer avançar a economia reinol e de produzir um aparato tecnológico e bibliográfico que as auxiliasse na apropriação do espaço geográfico, em particular, e do mundo natural, de maneira geral (MERLO, 2018, p. 37-38), em um contexto em que a ciência se constituía em um instrumento de poder a ser utilizado contra nações adversárias. Nesse cenário, a publicação de obras que versavam sobre os mais diferentes temas era feita em espaços destinados à produção científica, como laboratórios, jardins e academias científicas localizadas na metrópole, garantindo o avanço da ciência e a formulação de discursos acerca dos mais diferentes ramos do conhecimento – e entre eles, a medicina. A seguir, analisaremos dois compêndios produzidos especificamente com essa finalidade: *O Fazendeiro do Brasil* e *o Tratado de los usos, abusos*. Através das obras, visamos compreender a maneira como os cientistas setecentistas avaliavam o cacau e sua bebida – e, destacadamente, como avaliavam suas propriedades curativas –, dando enfoque nas mudanças e permanências discursivas em torno de sua terapêutica em comparação com os discursos produzidos na primeira metade do período moderno.

O Tratado de los usos, abusos, O Fazendeiro do Brazil e os discursos médicos sobre o cacau na Europa setecentista

O Fazendeiro do Brazil foi uma coleção de escritos reunidos e publicados pelo frei José Mariano da Conceição Veloso (1742-1811) entre os anos de 1798 e 1806 com o objetivo de otimizar a produção de gêneros agrícolas já explorados na América lusa, tais como o cacau, o arroz e o linho cânhamo; e de auxiliar na inserção de espécies ainda pouco cultivadas, como a canela, o cravo-da-índia e a noz-moscada. Para isso, Veloso selecionou e compilou traduções dos melhores textos técnicos existentes sobre cada cultura explorada nos diferentes volumes da obra (MERLO, 2019, p. 853).

Visando colaborar com o avanço econômico e colonial do Estado português, encontramos na terceira parte do Tomo 3 da série, que aborda questões relativas à produção de cacau, um viés eminentemente utilitarista, demonstrado pelo apreço dos autores pela descrição adequada do fruto, pela preocupação que dispensam à construção de um ambiente propício para seu plantio e colheita, pelas referências que fazem à preparação do chocolate, assim como a diversas outras características de seu desenvolvimento, tendo, como última instância, o objetivo de elevar o proveito econômico de sua produção. Isto fica explícito ao observarmos o balanço financeiro da exploração do produto realizado pelo Abbade Rosier, autor do primeiro artigo transcrito na fonte, intitulado *Memoria I sobre o cacao*. No texto, que se destina a descrever a planta e a debater questões relativas a seu uso e cultivo, Rosier aponta, entre outras coisas, as vantagens de se zelar pelos cacaeiros plantados, destacando os gastos assumidos com a espécie e realizando estimativas de seu rendimento por cada árvore. Em suas palavras: um Cacaosal bem conservado rende extraordinariamente. As plantas, que servem de as defender, ou abrigar, reembolsão com o seu rendimento todas as despesas, e gastos, que se fazem na sua plantação, e cultura. Todas estas despesas se reduzem ao sustento d'alguns escravos, que talvez possam viver com as produções destinadas, principalmente, ou

de primeiro objecto, a favorecer, e a conservar o Cacaosal. As amendoas do Cacao dão hum ganho muito real. Avaliando-se o producto de cada arvore em dous arrateis de amendoas seccas, e seu valor pela renda de sete soldos, se lucrará quinze soldos de cada arvore. Vinte negros podem muito bem cuidar em cincoenta mil Cacaoseiros (ROSIER, apud VELOSO, 1798, p. 20).

Entretanto, para além de uma coleção voltada ao proveito puramente econômico, a obra também se constitui como uma importante fonte de análise das práticas curativas do período. Dessa forma, sua exploração nos permite aferir, entre outras coisas, em quais bases se assentava a ciência médica setecentista em sua relação com a alimentação, e sobretudo com o cacau e o chocolate, quais são as recomendações e contraindicações de consumo do fruto e da bebida americana e quais são os discursos que embasam sua ingestão com fins terapêuticos.

Com efeito, referências aos atributos medicinais da planta aparecem por todo o Tomo 3, sendo que a primeira menção a essa característica se encontra já na supracitada *Memoria I sobre o cacao*, de Rosier. Tratando sobre o óleo ou manteiga de cacau, o autor ressalta seu uso no tratamento de hemorroidas e seus benefícios dermatológicos. Em suas palavras:

[...] Póde-se empregar nos mesmos usos que o da oliveira. Algumas vezes pacifica e faz cessar a dor das hemorroidas, applicando-se algum algodão embebido nelle. As pessoas pacientes desta molestia podem admittir o seu uso utilmente duas ou tres vezes cada mez, para prevenirem a volta deste accesso, e fazer fluir brandamente as hemorroidas. As creoulas Hespanholas servem-se delle para embellezar a sua pelle, e tirar-lhe as vermelhidões, e botões (ROSIER, apud VELOSO, 1798, p. 7).

Além disso, o óleo de cacau também seria benéfico para o tratamento de problemas vocais, como aponta M. de Caylus que, após proceder a uma experiência, adquiriu um subproduto caracterizado como um “oleo anodyno” que “[...] he excellente para curar, tomado interiormente, a rouquidão, embotar a acrimonia

dos saes, que nos catharros estimulão o peito” (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 140).

Por fim, podemos ressaltar que a manteiga de cacau, ao ser usada para lubrificar o corpo, é benéfica “[...] para amaciar as partes, augmentar-lhes a força, e macieza dos musculos, e preservallos dos rheumatismos, e outras dores que os affligem” (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 141).

No entanto, o fruto também apresenta outros benefícios medicinais. Com efeito, podemos encontrar, na *Historia Natural do cacao*, de autoria de M. de Caylus, o relato de um experimento extremo envolvendo a utilização do chocolate. Segundo o registro, uma mulher que havia perdido a mandíbula em um acidente, e que por isso se tornou incapaz de mastigar qualquer alimento, encontrou na bebida americana a chave para estender por muito tempo sua vida. Conforme relatado na passagem:

[...] nesta triste circumstancia se resolveo a tomar, tres vezes cada dia, tres escudellas de Chocolate, feito á moda do paiz, huma de manhã a outra ao meio dia, outra á noite (este Chocolate nada era mais que Cacao dissolvido em agua quente com assucar, e huma pitada de Canella por tempero), novo regimen, e vida, que lhe sortio tão bem, que viveo, ao depois, muito tempo, mais fresca, mais robusta, do que antes do seu accidente tinha sido (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 115).

Percebemos, pelo relato acima, que o chocolate possui grandes atributos de revigoramento e de manutenção da força corporal. Estas qualidades são observadas explicitamente por M. Pellisard, em sua *Memoria XI. sobre o cacao, e chocolate*, na qual o autor ressalta o valor do consumo prévio da bebida para viajantes que poderiam se ver privados de alimentos em algum momento de suas jornadas. Segundo suas palavras:

[...] Deve-se respeitar o Chocolate como um poderoso restaurante proprio a reparar, e a sustentar as forças, quando enfraquecidas, quer esta inanição seja causada por grandes molestias, ou nascida de alguns trabalhos excessivos do corpo, ou do espirito, ou por

uma grande perda de algum liquor precioso á natureza humana. O Chocolate comido de manhã, secco, e em jejum, tem a vantagem de dar hum grande sustento aos viajeiros, e he para elles hum grande soccorro, faltando-lhe viveres [...] (PELLISARD, apud VELOSO, 1798, p. 287)

A obra ainda destaca a avaliação do cacau e de seu subproduto a partir das teorias galênicas e, nesse sentido, os diferentes escritos mostram que não se havia um consenso quanto à natureza do fruto. Com efeito, apesar da ampla concordância sobre seu caráter frio, destacado tanto na *Memoria II sobre o cacaoeiro*, escrita por Guilherme Piso Hollandes (apud VELOSO, 1798, p. 32), quanto na *Memoria VIII sobre o cacao 10*, de autor anônimo (apud VELOSO, 1798, p. 143), outras interpretações o apontam como um alimento temperado (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 114) e mesmo quente (MEMORIA VIII..., apud VELOSO, 1798, p. 179).

Nesta seção da obra, o autor atribui o caráter frio do cacau às narrativas de autores espanhóis, que também o consideram seco (MEMORIA VIII..., apud VELOSO, p. 179).

Os escritos de Caylus são especialmente importantes para compreendermos a avaliação do cacau no cenário da produção científica do século XVIII. Percebemos este fato na maneira como o autor estabeleceu associações com os discursos que precederam sua avaliação do fruto e em como sua escrita está atravessada por um caráter destacadamente científico, como pode-se perceber no trecho a seguir:

Os Hespanhoes, que forão os primeiros, ao depois da conquista do novo mundo, que conhecêrão o Cacao, assentárão, como hum principio, ou com hum axioma, que o Cacao era frio, e secco, e que participava da terra. Não acompanhárão esta resolução, e decisão com algum exame, discurso, e experiencia; menos se sabe, donde souberão isto, que talvez fosse da tradição, e opinião dos habitantes primitivos. Seja o que for, he mui natural que d'hum principio tão falso houvessem de tirar consequencias mui erroneas (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 109).

Além disso, sua *Memoria* conta com o registro de uma experiência realizada com o cacau, na qual o autor se propõe a fazer um experimento químico com o produto (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 120-122). A partir de um novo modelo de formulação de discursos médicos, portanto, M. de Caylus encontra novos resultados sobre a natureza do fruto, conforme demonstrado no trecho a seguir:

Sem me valer da linguagem dos Peripateticos de qualidades quentes, e frias, presentemente abominadas, não me será difficil mostrar que o Cacao he huma substancia; primeiro, mui temperada; segundo, mui nutritiva, e de facil digestão; terceiro, mui propria a restaurar os espiritos dissipados, e forças abatidas; quarto, finalmente, mui conveniente para conservar a saude, prolongar a vida dos velhos (CAYLUS, apud VELOSO, 1798, p. 114).

E muitos dos trechos que compõem o *Tratado de los usos, abusos* reforçam e complementam os conteúdos presentes n' *O Fazendeiro do Brazil*. O compêndio é composto por uma seleção de textos reunidos pelo cirurgião do Exército e da Família Real Espanhola, Don Antonio Lavedan em 1796. Através de suas páginas, é possível estabelecer contato com diversos relatos sobre diferentes qualidades do tabaco, do café, do chá e do chocolate, assim como adquirir conhecimentos relativos aos males causados pelo exagero em seu consumo.

Já na abertura do *Capítulo V* da obra, que trata das propriedades terapêuticas do chocolate, é possível acessar informações sobre as consequências do consumo da bebida. Nesse sentido, podemos perceber que as reações trazidas por sua ingestão são diversas e passam tanto pelo espectro da saúde, quanto por sua falta. Tal característica se dá, de acordo com Lavedan, por um descuido por parte dos professores no que concerne às variações na forma correta de bebê-la, algo que deve ser considerado para cada indivíduo (LAVEDAN, 1796, p. 221-222).

Assim, o cirurgião orienta metodologias específicas de associação do chocolate com a água, levando em consideração a composição temperamental de cada um. Segundo o autor:

[...] não obstante aos que são de temperamento colérico lhes aproveitará o beber água fria antes do Chocolate, porque com ela se modifica a nímia exaltação de sua alcalina amargura, e se corroboram os fermentos estomacais, e se depois dele beber água demais não será considerado má prática [...] Aos de temperamento fleumático não se deve aconselhar que bebam antes do Chocolate, porque isto os enerva, e debilita os fermentos estomacais e as fibras do ventrículo (LAVEDAN, 1796: 222-223, tradução nossa).

Destacando o caráter quente e úmido da bebida americana, o autor diz que a preparação do chocolate deveria ser feita com cacau pouco torrado e aromatizado. Assim preparado, o líquido seria benéfico para o tratamento de certas doenças:

[...] A bebida do chocolate feita com cacau pouco tostado e muito pouco ou nenhum aroma, é muito saudável para aqueles que estão acometidos de tísica e consumpção, é preservativa das obstruções, cura aos agitados chegando a tempo com este remédio, se admitem ou podem admitir reposição, substituindo a perda dos bálsamos nutritivos que o calor frenético roubou, domando e adoçando esse ácido febril que está sorvendo os espíritos (LAVEDAN, 1796: 226-227, tradução nossa).

Além disso, a obra destaca o poder do chocolate para auxiliar os portadores de gota:

[...] e com o uso cotidiano do chocolate restabelece a saúde mais do que se podia esperar: na gota ou podagra é de ótima recreação, e por esta razão os gotosos devem beber este néctar dos Deuses, sem que se tenha suspeita de dano; pelo contrário, há muita vantagem em seu uso (LAVEDAN, 1796: 235, tradução nossa).

Ainda que amplamente ligadas ao pensamento galênico, muitas das características das narrativas transcritas por Antonio

Lavedan nos possibilitam associar sua obra às bases científicas em voga em fins do século XVIII, como a referenciação de outros autores. Exemplo disso pode ser encontrado na passagem referente a um indivíduo que, por meio do consumo da bebida, pôde se curar da tísica (LAVEDAN, 1796, p. 227). Além disso, no próprio fechamento do *Tratado de los usos, abusos* é possível identificar tal aspecto, visto que a consulta aos principais autores que tratam do tema é indicada como a fonte dos conhecimentos compartilhados no compêndio (LAVEDAN, 1796, p. 236).

Considerações finais

A análise das fontes nos permitiu compreender como se deu a evolução dos discursos médicos acerca do cacau e do chocolate ao longo do período moderno. Com efeito, a partir d'O *Fazendeiro do Brazil* e do *Tratado de los usos, abusos* percebemos como os critérios de análise do fruto e de seu subproduto no final do século XVIII ainda eram grandemente influenciados pelos argumentos baseados nos princípios de autoridade herdados dos tratados médicos do Mundo Antigo.

É inegável, no entanto, que os novos processos de construção de conhecimentos surgidos a partir do século XVII tiveram um amplo impacto na maneira como a terapêutica envolvendo a planta americana seria compreendida. Com efeito, os avanços científicos oportunizados pela emergência do experimentalismo e do racionalismo, bem como pelo desenvolvimento das *viagens filosóficas* ocorridas no século XVIII, operaram grandes transformações na análise do cacau e de sua bebida, que passaram a estar inseridos em uma nova matriz de saberes, que simultaneamente se afastava e dividia espaço com as doutrinas humorais. Tais transformações se deram em conjunto com mudanças no próprio estatuto da ciência e dos espaços científicos a partir da segunda metade da Modernidade, o que elevou o próprio fruto e seu líquido a um novo status.

Outro ponto de destaque no conteúdo das obras é sua função utilitarista. Foi visando o crescimento econômico e a felicidade das nações portuguesa e espanhola que os autores publicaram seus trabalhos científicos. Assim, a impressão d'*O Fazendeiro do Brasil* e do *Tratado de los usos, abusos* se insere em um contexto de estímulo à produção do cacau. Em tal cenário, a reunião de conhecimentos sobre o poder medicinal do fruto mexicano seria de grande importância para esses Reinos, uma vez que o acesso às melhores formas de consumi-lo beneficiaria os indivíduos que entrassem em contato com tais obras, oportunizando dessa maneira a associação entre o prazer gustativo do chocolate e seus benefícios para a saúde.

Referências bibliográficas

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRAGA, Isabel D. A mesa conventual e os sabores da América. In: RIBEIRO, Cilene Gomes; SOARES, Carmen (coords.). **Odisseia de Sabores da Lusofonia**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Lisboa, 2015a, pp. 169-182.

COE, Sophie D.; e COE, Michael D. **The True History of Chocolate**. 3ed. Londres: Thames & Hudson, 2013. n.p.

FRIAS, Ivan M. **Doença do corpo, doença da alma: Medicina e Filosofia na Grécia clássica**. Rio de Janeiro: Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2004.

LAVEDAN, Antonio. **Tratado de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate; extractado de los mejores autores que han tratado de esta matéria, á fin de que su uso no perjudique á la salud, antes bien pueda servir de alivio y curacion de muchos males**. Madrid: Imprensa Real, 1796. Disponível em: < <https://archive.org/details/A086A180/page/n229/mode/1up>> . Acesso em: 18 nov. 2022.

LEMPS, Alain. As bebidas coloniais e a rápida expansão do

açúcar. In: FLANDRIN, Jean-Louis; MONTANARI, Massimo (orgs.). **História da Alimentação**. 6.ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1998, pp. 465-475.

MERLO, Patrícia. Ciência a serviço do reino: sociabilidade e reformismo ilustrado nas últimas décadas do império atlântico português. **DIMENSÕES – Revista de História da UFES**. Vitória, n. 41, p. 30-51, 2018.

MERLO, Patrícia. O Fazendeiro do Brasil: política ilustrada e produção de alimentos na divulgação científica do Império Luso em finais do século XVIII. Rio de Janeiro: **Anais da XIV Semana de História Política: Res Publica: caminhos e descaminhos da cidadania brasileira**, p. 849-861, 2019.

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

MONTANARI, Massimo. **Comida como cultura**. 2ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

PORRO, Antônio. Cacau e chocolate: dos hieróglifos maias à cozinha ocidental. São Paulo: **Anais do Museu Paulista**, 1997, pp. 279-284.

RAJ, Kapil. **Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Scientific Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007.

RAMINELLI, Ronald. **Viagens ultramarinas: monarcas, vassallos e governo a distância**. São Paulo: Alameda, 2008.

TODOROV, Tzvetan. **A Conquista da América: A questão do outro**. 3ed. São Paulo: Martins Fontes. 2003.

TRIVIÑO, Ascensión. Chocolate: historia de un nahuatlismo. **Estudios de Cultura Náhuatl**. Cidade do México, n. 46, p. 37-87, 2013.

VELOSO, José Mariano da Conceição. **O Fazendeiro do Brasil: melhorado na economia rural dos gêneros já cultivados**,

e de outros, que se podem introduzir; e nas fábricas, que lhe são próprias, segundo o melhor que se tem escrito a este assunto. 11 v. Lisboa: Tipografia do Arco do Cego, 1798- 1806.

Leprosário de Itanhenga: Organização do Acervo para Preservação da História

Maria Aparecida Stelzer Lozório¹

Introdução

Os acervos documentais sempre figuraram entre as principais fontes de pesquisa, para historiadores e profissionais de diversas áreas. Para que essas pesquisas possam ser realizadas é necessário que os acervos estejam organizados e em condições de acesso. A deterioração desses acervos são ameaças constantes, por tanto, muitas vezes se faz necessário realizar algumas intervenções de restauração e conservação, além de uma efetiva política de preservação efetuado pela instituição mantenedora do acervo. Segundo Santos (2014) a digitalização parcial ou total, tem sido prática recorrente em arquivos, bibliotecas e centro de documentação, como técnica de acesso à informação, mas também como forma de preservação do conteúdo informacional e mesmo dos documentos originais.

Os acervos médicos têm sido importantes fontes de pesquisas para a escrita da História, com dados que permitem não

1 Mestranda em História, no Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas, da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes); Membro do Laboratório de Pesquisa Saberes e Sabores: história da alimentação e das práticas de cura (Ufes); Bacharela e Licenciada em História (Ufes); Bacharela em Biblioteconomia (Ufes). Especialista em Gestão Pública (Ifes).

apenas a escrita sobre a doença em si e os procedimentos de cura, mas também das complexas relações que perpassam toda essa temática, em seus mais diversos recortes históricos, temporais, sociais, entre outros.

Dentro do campo da História das Doenças, os acervos dos leprosários e colônias de isolamento compulsório de doentes, têm se mostrado como importantes fontes de pesquisa. O Brasil contou com várias colônias e o Espírito Santo inaugura a Colônia de Itanhenga em 1937. Desde a inauguração até o efetivo abandono deste tipo de segregação social, um grande número de documentos administrativos e prontuários médicos foram gerados pelo Leprosário de Itanhenga. Este acervo sob tutela da Secretaria de Estado de Saúde ficou guardado de forma incorreta o que acabou por gerar grande deterioração e perda.

Um projeto desenvolvido pelo Professor Dr. Sebastião Pimentel Franco, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), realizou entrevistas com ex-internos, médicos, funcionários, filhos de ex-internos, além de fazer um levantamento da documentação administrativa e médica, que se encontrava ainda na instituição, mas em condições precárias de acondicionamento e guarda.

Para este trabalho realizaremos uma breve revisão de literatura, que nos permitirá uma contextualização sobre a importância dos acervos médicos para a História das Doenças, assim como conhecer o Leprosário de Itanhenga e suas atividades. Almejamos também compartilhar a experiência de organização dos documentos do Leprosário de Itanhenga que foram digitalizados e que desta forma contribuíram para a preservação de dados importantes para futuras pesquisas.

História das Doenças e os Acervos Médicos

Sempre que uma doença acomete uma determinada população, traz consigo várias modificações, desenvolvimentos e desafios científicos, podendo gerar crises econômicas, sanitárias e humanitárias entre outras. A História também acompanha essas

modificações, e principalmente com as mudanças epistemológica na historiografia, ocorridos após a década de 1970, a chamada “nova história”, a História das Doenças passa a ser analisada, discutida e registrada assim como os acontecimentos que giram em torno desse fenômeno social. Le Goff afirma que as doenças pertencem à história pois são mortais, pertencendo não apenas a história superficial (progressos científicos e tecnológicos), como também “[...] à história profunda dos saberes e das práticas ligadas as estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades” (LE GOFF, 1985, p. 7-8).

O campo de pesquisa História das Doenças permite problematizar e entender esta área como um fato social e um objeto de estudo da História, cuja existência vai depender do tempo, do espaço, das características dos indivíduos e grupos atingidos. Segundo a coordenadora da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Esta área de pesquisa se insere no debate historiográfico por meio das discussões travadas, sobretudo, nos campos da história social e cultural, em torno da noção de representação social/coletiva em sua associação com práticas e intervenções na vida social. Vem reunindo estudos sobre as concepções e práticas relativas a doenças específicas, bem como sobre as ações por parte de instituições médicas, do poder público e de organizações e grupos da sociedade civil tendo em vista seu controle, prevenção e tratamento. (NASCIMENTO, 2022)

Para Le Goff a história das doenças traz muitas vezes as histórias de sofrimentos, que revelam de tempos em tempos o horror dos sintomas ligados intimamente com o “[...] pavor de um sentimento de culpabilidade individual e colectiva: lepra, peste, sífilis, tísica, cancro e, num pequeno território fortemente simbólico a SIDA” (LE GOFF, 1985, p. 8).

Segundo Araujo (2018), a doença como campo de pesquisa histórica mescla informações sobre modo de viver, marcados pelo tempo e espaço no qual estão inseridos, além dos dados

sobre o aspecto biológico. A autora afirma ainda que, a lepra tem se apresentado como um campo de suma importância para análises de comportamentos e práticas sociais, e permite estudos de representações, crenças, costumes, políticas públicas e organizações sociais.

Os chamados acervos médicos dentro do campo História das Doenças são imprescindíveis tanto para o entendimento do comportamento das doenças, como para o estudo das práticas de cura, mas também se mostram importantes para o entendimento e o estudo de várias outras áreas, temáticas, acontecimentos, comportamentos, além das complexas relações que perpassam toda essa temática, em seus mais diversos recortes históricos – formas de contágio, população mais atingida, regiões mais atingidas, profilaxia, medicamentos, terapias, fenômenos socioculturais, fenômenos socioeconômicos, políticas públicas, comportamento educacionais, preconceitos, estigmas, etc.

Franco (2021) identifica a importância dos acervos e prontuários médicos, salienta que o uso destes na pesquisa em História, no Brasil, é relativamente novo. O autor sublinha que este tipo de acervo possui certas limitações, já que são produzidos dentro de uma lógica medica-administrativa, contudo, se configuram como fontes significativas de pesquisa.

O Leprosário de Itanhenga

A Lepra e sua história ao longo dos séculos, sempre carregada de medo e preconceito, marcou seus portadores pelo estigma de uma doença que deformava e acabava por segregá-los da sociedade. Segundo Franco e Silva (2019), o Espírito Santo foi um dos estados brasileiros que teve em seu território uma colônia de isolamento, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas. Ainda segundo os autores, o leprosário construído no estado teve como o principal idealizador, o médico Pedro Fontes, que tendo assumido a Inspetoria de profilaxia da lepra e de Doenças Venéreas, organizou um “censo” para levantamento estatístico de

pessoas contaminadas com a lepra e casos suspeitos da doença. Foi o relatório com os resultados deste levantamento que fomentou a defesa da construção de um leprosário no Espírito Santo, e decidiu que a lepra era um problema sanitário a ser resolvido. O Leprosário de Itanhenga, localizado no município de Cariacica, foi criado através de decreto nº 5.967 de 7 de março de 1935, mas só foi efetivamente instalado em 1937, onde seriam internadas pessoas contaminadas e sob suspeita de contaminação, num regime de colônia agrícola.

No Brasil o recolhimento compulsório dos contaminados pela lepra se torna uma política pública na década de 1930, para Franco e Araujo (2021) essa política encontrava-se sustentado em três dispositivos – os dispensários, os leprosários e os preventórios, devendo atuar para o controle da doença, mantendo a vigilância das pessoas com suspeita de estarem infectados, contato com os doentes, retirando-os do convívio social. Os filhos dos leprosos também sofriam controle do estado, tanto os doentes como os saudáveis. Os autores reforçam que duas perpassavam todas as ações públicas de controle a lepra – vigiar e conter.

Em 1935 inicia-se a primeira etapa de construção do leprosário e segundo Franco e Barros (2015) as outras etapas das obras foram realizadas em dois anos e amplamente divulgadas na imprensa. A inauguração ocorre em 1937, contando com a presença do Ministro da Educação e da Saúde, Gustavo Capanema. Jornais de outros estados publicaram vários artigos, notas e anúncios falando das obras e da inauguração do Leprosário de Itanhenga. Uma busca na Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional nos permite acompanhar em jornais da época a movimentação em torno das obras realizadas. No jornal *A Nação*, do Rio de Janeiro, publicado em 15 de janeiro de 1936, a manchete dizia “Serviços de Profilaxia da Lepra. O Estado do Espírito Santo e seus serviços organizados para debelar o mal. [...] A colônia de Itanhenga é modelo de Leprosário [...]” (*A NAÇÃO*, 1936, p. 11).

Criado para ser uma colônia agrícola, diminuindo assim os custos de manutenção, o leprosário de Itanhenga foi idealizado

para ser um modelo desse tipo de instituição – moderno e econômico. Inicialmente a colônia tinha capacidade para atender a 380 internos, mas chegou a ter mais de 500 internações. Conforme documentação constante no acervo do Leprosário de Itanhenga, havia internos não apenas da região próxima a capital e interior do estado, mas também foram encontrados dados de doentes de outros estados que foram trazidos para a Colônia de Itanhenga.

O levantamento realizado anteriormente facilitou o ingresso imediato dos doentes na colônia, pois além de saber quem eram, também se tinha o registro dos seus endereços. Franco e Araujo (2021) explicam que desta forma nos primeiros cinco meses de funcionamento o leprosário já contava com 230 internos. O leprosário era dividido em três zonas – sadia, intermediária e doente – e havia também o preventório para os filhos dos internos, o Preventório Alzira Bley, construído em 1937, que após a desativação da colônia, foi transformado em uma escola.

Em sua tese de doutorado Araujo (2020) levantou dados nos arquivos no Hospital Pedro Fontes sobre o ingresso na Colônia de Itanhenga entre os anos de 1937 a 1999, tendo registrado um ingresso constante de pacientes mesmo após 1962, quando foi abolido no Brasil o isolamento como forma de profilaxia. E mesmo após três décadas de findado a internação compulsória, o Leprosário de Itanhenga registra no período de 1990 a 1999 a internação de 179 pessoas, as vésperas do século XXI ainda se registra a política de isolamento dos doentes de lepra.

Posteriormente desativada a Colônia de Itanhenga tem suas instalações aos poucos abandonadas e recebe uma preservação inadequada de parte de sua documentação administrativa e médica, reforçando a necessidade da manutenção destes arquivos desta que parte dessa história – da instituição e seus atores sociais, muitas vezes silenciados por este período traumático – não seja esquecida. Assim diante do exposto a preservação de acervos documentais das colônias de leproso se torna imprescindível para o conhecimento desse triste capítulo da história.

Preservação de Acervos

Castro (2008) afirma que a preservação de itens documentais e bibliográficos nem sempre foram pensados como atitudes de salvaguarda de acervos, até 1966, antes da enchente do rio Arno, em Florença, na Itália, a conservação e restauração de acervo em papel era delegada a segundo plano, pois os esforços estavam empregados na salvaguarda de obras de arte e artefatos museológicos. Esse incidente atingiu quase um milhão de itens bibliográficos e documentais, e é considerado o marco inicial do despertar mundial para a importância da salvaguarda dos acervos em suporte papel,

Tal catástrofe é, portanto, considerada um divisor de águas no que se refere ao desenvolvimento de ações, técnicas e pesquisas de conservação e restauração dos acervos bibliográficos e documentais danificados. Ao longo das décadas subseqüentes (sic) ao desastre natural, verificou-se um avanço significativo na área seja por meio da produção de livros e artigos científicos, seja no reconhecimento da necessidade dos planos de emergência e na importância da interdisciplinaridade com premissa de trabalho a ser adotada na conservação e restauração de papel (CASTRO, 2008, p. 50)

A conservação e a restauração fazem parte de uma ação maior que é a preservação. Esta pode ser definida como

[...] toda e qualquer ação que, recorrendo à plataforma tecnológica disponível, aos conhecimentos técnico-científicos existentes e às políticas institucionais, visa garantir estabilidade química e resistência mecânica aos materiais que compõem os suportes onde está registrada a informação. O seu impacto vai muito além da obra e do acervo (SILVA, 2005, p. 32)

Assim a preservação de acervos se dá de forma administrativa, ou seja, ocorre no âmbito das tomadas de decisões, definições de políticas e ações a serem realizadas para uma ampla salvaguarda dos documentos. Uma boa política de preservação é construída interdisciplinarmente, ouvindo cada profissional envolvido com o

acervo, para se obter uma ampla visão das necessidades de acesso e salvaguarda do referido acervo.

Inicia-se desde a escolha do local de guarda do acervo, passa pela escolha dos profissionais que iram trabalhar no manuseio dos documentos, permeando toda a vida do acervo, seja ele de guarda temporária, intermediária ou permanente. A preservação conta com a conservação, a restauração e a digitalização como parte de ações de salvaguarda do acervo.

A conservação é necessária quando o acervo já sofreu algum dano, mas sem perda de suporte ou de informação. Ações de conservação devem ser realizadas constantemente para que o acervo mantenha sua integridade física. A não realização desta etapa pode levar a uma necessidade de restauração futuramente.

Já restauração ocorre quando o documento já sofreu um dano mais severo, onde já ocorreu perda de suporte ou informação. São diversas as causas de danos mais graves: ação do tempo; manuseio incorreto; manuseio excessivo; vandalismo; ataques de insetos e/ou microbiológicos; acondicionamento e guarda feitos de forma errônea. A necessidade de restauração indica que o acervo não recebeu medidas eficazes de salvaguarda, e retardá-la pode representar a perda do acervo.

A digitalização hoje é prática constante nas instituições mantenedoras de acervos, quer seja para a salvaguarda do item digitalizado, do conteúdo informacional, ou para permitir o acesso *on-line* dos documentos para usuários e pesquisadores. Há várias formas e formatos utilizados para a digitalização, em muitos casos essa prática segue protocolos internacionais de compartilhamento de dados.

Digitalizar parte do acervo documental do Leprosário de Itanhenga foi uma ação emergencial, pois os documentos se encontravam na eminência de perda total por ação da umidade e fungos. O acervo físico ainda está sob custódia da Secretaria de Estado de Saúde, aguardando futuras ações de restauração.

Materiais e Métodos

O Professor Dr. Sebastião P. Franco, pesquisador do campo da História das Doenças e do Leprosário de Itanhenga, em um projeto de pesquisa, digitalizou em mais de 1800 imagens – correspondências, prontuários, documentos cartoriais, entrevistas, relatórios, entre outros – relacionados ao Leprosário de Itanhenga, e ao Educandário Alzira Bley, que atendia os filhos dos internos da colônia. Os documentos foram gerados no decorrer das atividades administrativas e médicas do leprosário. Mias que obter dados para pesquisas a preservação de parte dessa documentação permite conhecer e dar visibilidade as pessoas que vivam e trabalhavam na colônia.

Foram estas digitalizações documentais que a equipe do Laboratório Saberes e Sabores – História da Alimentação e das Práticas de Cura, do curso de História, da UFES, coordenado pela Professora Dr^a Patrícia Maria S. Merlo e pelo Professor Dr. Sebastião Pimentel Franco, realizou a organização.

Os trabalhos contaram com a assessoria de uma Arquivista, respeitando princípios básicos da Arquivologia como a unicidade, definida por Bellotto (2002, p. 21) como um princípio que “não obstante forma, gênero, tipo ou suporte, os documentos de arquivo conservam seu caráter único, em função do contexto em que foram produzidos”, ou seja, cada documento é único e por isso a preservação se faz necessária. E da organicidade que indica que “as relações administrativas orgânicas se refletem nos conjuntos documentais. A organicidade é a qualidade segundo a qual os arquivos espelham a estrutura, funções e atividades da entidade produtora/acumuladora em suas relações internas e externas” (BELLOTTO, 2002, p. 21).

Foram seguidas regras de organização, catalogação e indexação arquivísticas, descritas na Norma Brasileira de Descrição Arquivística, a NOBRADE (BRASIL, 2006). Para catalogação utilizamos as 8 áreas de descrição da NOBRADE:

- 1-área de identificação;
- 2-área de contextualização;
- 3-área de conteúdo e estrutura;
- 4-área de condições de acesso e uso;
- 5-área de fontes relacionadas;
- 6-área de notas;
- 7-área de controle da descrição;
- 8-área de pontos de acesso e indexação de assuntos.

O trabalho de catalogação transcorreu sob a supervisão da Professora Dr^a Patrícia Maria da Silva Merlo, tendo na equipe uma Bibliotecária/Restauradora, e alunos de Iniciação Científica do curso de História da UFES, e membros do Laboratório Saberes e Sabores – História da Alimentação e das Práticas de Cura (UFES).

Todo trabalho transcorreu durante o período de Pandemia do Covid19, sendo realizado de forma remota, observando-se todos os protocolos de segurança exigidos no período.

Resultados

Foi realizada a catalogação geral do fundo do Leprosário de Itanhenga, a catalogação de cada dossiê e a descrição de cada item documental que compunham o acervo. Foram tratados documentos cartoriais relacionados aos terrenos que compunham a colônia; correspondências trocadas entre a colônia e órgão oficiais do governo; um livro de causas criminais, com registro de fugas e atos de desordem ocorridos na colônia; ficha social dos internos; prontuários dos doentes; relatórios dos anos de 1946 e 1949 com dados principalmente da produção agrícola da colônia; um livro de registro de entrada de crianças e adolescentes no Educandário Alzira Bley; uma agenda onde foram registrados os nascimentos de crianças dentro da colônia; e transcrição de algumas entrevistas realizadas com ex-internos do leprosário.

O acesso a essa documentação, pode ser realizado pela internet, através do Memorial do Leprosário de Itanhenga disponível no site do Laboratório Saberes e Sabores – História da Alimentação e das Práticas de Cura (UFES, 2021), responsável pela digitalização, organização e disseminação deste acervo histórico.

O apoio da Universidade Federal do Espírito Santo, a pesquisa, trabalho e dedicação de seus professores e alunos foi de extrema relevância para a disponibilização destes dados para futuras pesquisas, possibilitando um maior conhecimento pela sociedade de um período da História, onde muitas histórias foram silenciadas.

Considerações Finais

Diante do exposto, consideramos que a preservação de parte do acervo documental do Leprosário de Itanhenga, e sua organização, foi de suma importância para que essa parte da História não se perdesse, e principalmente para que se dê voz a história de cada um interno da Colônia de Itanhenga, que tiveram suas vidas modificadas, marcadas e invisibilizadas pelo estigma da lepra. Trabalhos como esses são imprescindíveis não apenas para o registro da História das Doenças e seus procedimentos de cura, mas também para resgatar do esquecimento histórico, indivíduos que em muitos casos foram separados de suas famílias e amigos.

Assim terminamos com a certeza de que o trabalho realizado foi parte fundamental para manter estes documentos disponíveis para futuras pesquisas. Neste caso específico a digitalização foi o procedimento necessário e possível para a preservação do referido acervo. Os dados existem e são amplas as possibilidades de pesquisas, os documentos digitalizados estão prontos para serem acessados e para trazerem à baila as histórias e memórias de pessoas que passaram pelo Leprosário de Itanhenga. Sabemos que a digitalização por si só não finda com o problema da preservação destes documentos, mas por hora permite o acesso de pesquisadores aos seus conteúdos, e garante que o acervo físico

não será exaustivamente manipulado o que certamente diminuiria sua vida útil.

Referências

A NAÇÃO (Jornal). Rio de Janeiro, edição 0925, p. 11, de 15 de Janeiro de 1936. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=120200&pasta=ano%20193&pesq=itanhenga&pagfis=11659>. Acesso em: 9 set. 2022.

ARAUJO, Tania M. de. Vivos no campo de esquecimento: a instalação do leprosário Colônia de Itanhenga no estado do Espírito Santo, 1937. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 15., 2016. Florianópolis, **Anais eletrônicos...** Disponível em: https://www.15snhct.sbhc.org.br/resources/anais/12/1471005815_ARQUIVO_SNHCT_SC2016-TaniaAraujo-Vivosnocampodeesquecimento-final1208.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

ARAUJO, Tania M. de. Isolamento compulsório de leprosos no Espírito Santo: notas sobre a implantação da Colônia de Itanhenga (1937) e a experiência da segregação. In: SEMANA DE HISTÓRIA DA UFES, 11, 2018, Vitória. **Anais eletrônicos...** Vitória, UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/semanadehistoria/article/view/23118>. Acesso em: 22 ago. 2022.

ARAUJO, Tania M. de. **Vivos no campo de esquecimento:** a instalação do leprosário Colônia de Itanhenga no estado do Espírito Santo (1920-1962). 2020. 255 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Arquivos. **NOBRADE:** Norma Brasileira de Descrição Arquivística. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006.

BELLOTTO, Heloísa L. **Arquivística:** objetivos, princípios e rumos. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo, 2002.

CASTRO, Aloísio A. Nunes de. **A trajetória histórica da**

conservação-restauração de acervos em papel no Brasil. 2008. 172f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=110736. Acesso em: 20 out. 2022

FRANCO, Sebastião P.; BARROS, Luiz A. A. A lepra no Espírito Santo: da fagueira ilusão a Colônia de Itanhenga. **Dimensões**, Vitória, v. 34, p. 228-254, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/11117>. Acesso em: 17 ago. 2022.

FRANCO, Sebastião P.; SILVA, Simone S. de A. Os relatórios administrativos do leprosário de Itanhenga no Espírito Santo: possibilidades de se conhecer o cotidiano de uma colônia agrícola para leprosos. **Embornal** – ANPUH-CE, Fortaleza, v. 10, n. 19, jan./jun., p. 21-38, 2019. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/embornal/article/view/3207/2719>. Acesso em: 10 jul. 2022.

FRANCO, Sebastião P. A hanseníase no Espírito Santo a partir dos prontuários dos internos da Colônia de Itanhenga. **Diálogos**, Maringá/PR, v. 25, n. 2, p. 44-67, mai./ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Dialogos/article/view/60245>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCO, Sebastião P; ARAUJO, Tania M. de. Isolar e assistir: desafios do tratamento dos doentes de lepra na Colônia de Itanhenga – Espírito Santo. **Dimensões**, Vitória, n. 47, p. 31-43, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/view/36748>. Acesso em: 15 set. 2022.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm histórias**. Lisboa: Terramar, 1985.

SANTOS, Karina F. da S. **Desafios da preservação digital: uma perspectiva orientada aso documentos digitalizados do Arquivo Científico Tropical Digital**. 2014. 141 f. Dissertação

(Mestrado em Ciência da Informação e da Documentação). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13635/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20DE%20KARINA%20SANTOS.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SILVA, Sérgio Conde de Albite. A preservação da informação. **Páginas a&b**. Lisboa, v. 15, p. 29-39, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES). Saberes e Sabores, História da Alimentação e das Práticas de Cura. Vitória: UFES, 2021. Disponível em: <https://saberesesabores.ufes.br/memorial-do-leprosario-de-itanhenga>. Acesso em: 1 jul. 2022.

NASCIMENTO, Dilene R. N. **Histórias das Doenças**. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-das-doencas/#:-:text=A%20%C3%A1rea%20de%20pesquisa%20Hist%C3%B3ria,entendimento%20como%20um%20fato%20social%2C>. Acesso em: 1 set. 2022.

Para debelar as moléstias reinantes: a atuação dos médicos na manutenção da salubridade pública no interior da Província do Rio de Janeiro (1850-1880)

Anne Thereza de Almeida Proença
Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

proenca.anne@gmail.com

O presente trabalho tem como objetivo observar a atuação dos médicos no interior da Província do Rio de Janeiro na definição e aplicação de medidas políticas que eram instituídas para a manutenção da salubridade pública nos municípios. A medicina como uma prática política específica acontece principalmente na segunda metade do século XIX. Os médicos, então, deixam de ser apenas consultores dos poderes públicos para ser tornarem agentes políticos, e aqui enfatizamos suas recorrentes indicações como membros das *Comissões de Obras Públicas*. Conseqüentemente ao crescimento de sua presença no interior fluminense e o sucesso obtido nas estratégias escolhidas para inserção nas dinâmicas sociais ali presentes, observamos que cada vez mais alcançavam cadeiras na administração pública da região.

O primeiro grande surto de febre amarela, no verão de 1849-1850, foi decisivo para que as epidemias começassem “a ser concebidas como problema que exigia cada vez mais atenção pública” (KODAMA *et al.*, 2012: 61). A partir de então, momentos de emergência sanitária passaram a obrigar a criação e implantação de medidas rápidas por parte das autoridades imperiais e provinciais, na tentativa de amenizar o máximo possível, dentro dos conhecimentos compartilhados pela comunidade científica da época, os impactos sociais e, principalmente, econômicos que poderiam surgir como consequência.

O discurso médico predominante firmou-se a partir do interesse da sociedade, “cada vez mais obcecada, fascinada e agitada com o corpo e o destino dos indivíduos” (FAURE, 2004: 55). Baseado neste pensamento, foram elaboradas formas de intervenção sobre o espaço e os corpos, sendo os próprios médicos os instrumentos para que tais medidas apresentassem resultados eficazes. Cabe destacar que os princípios higienistas também foram utilizados para atender interesses políticos do país, nas ações que almejavam alcançar o patamar de civilização. E isto contribuiu para o aumento do prestígio dos médicos na sociedade, pois o “suposto era que da aplicação de leis e medicina surgiria uma nação civilizada” (MARRAS, 2004: 100). Como afirma o autor Stelio Marras (2004), o higienismo e os métodos por ele propostos estavam de acordo com as demandas e os interesses políticos da elite.

A medicina, portanto, ofereceu ao Estado as bases teóricas para a intervenção no “espaço urbano, sua população e as individualidades que a compõem” (MACHADO *et. al.*, 1978: 13). Porém, é importante destacar que o conhecimento científico produzido pela medicina brasileira oitocentista, assim como o predominante discurso higienista, não devem ser vistos apenas como uma ideologia biopolítica de controle social, desenvolvida a favor dos interesses das classes senhoriais (EDLER, 2003). A relação entre os saberes médicos e as práticas políticas do século XIX eram justapostas e não devem ser vistas como essência uma da outra.

A medicina oitocentista, portanto, se colocou como propiciadora da saúde da população, se tornando um apoio científico para o projeto civilizador e modernizador do Estado imperial brasileiro. Afinal, apenas com cidadãos saudáveis era possível engrandecer o país. E, para tal, seria interessante os médicos participarem da política, “para tornar eficazes as medidas de higiene pública” (MACHADO *et. al.*, 1978: 195). Os médicos ultrapassavam os limites acadêmicos e buscavam entender e orientar a sociedade na qual estavam inseridos em suas demandas e necessidades. E este conhecimento construído a respeito da sociedade, combinado ao seu discurso e métodos de intervenção recomendadas às questões de saúde mais urgentes e recorrentes, fortaleceram sua relação com o Estado.

Materiais e Métodos:

Acompanhamos a presença dos médicos nesta região utilizando a *prosopografia* como método de análise, que nos possibilita a identificação de características comuns, permanentes ou transitórias, nas suas trajetórias, sendo as ações justificadas pelo contexto no qual estavam inseridos. O grupo de análise escolhido foram os médicos relacionados na seção intitulada *Província do Rio de Janeiro*, publicada no *Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro*, de 1844 a 1885, que estão disponíveis na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional. E os municípios correspondem à região denominada Vale do Paraíba Fluminense, de característica cafeeicultora-exportadora.

Construímos esta pesquisa através do cruzamento de dados entre fontes e referências, nas quais a questão política da região é apresentada de forma mais aprofundada. Entre elas, destacamos a análise da *Coleção de Leis do Império do Brasil* (1808-1899) e os *Relatórios dos Presidentes de Província* (1840-1880), que nos forneceram o panorama político do Império brasileiro e da região à época, assim como o papel dos médicos e da medicina oitocentista nas medidas que visavam garantir a manutenção

da salubridade pública. As atas das Câmara Municipais e da Assembleia Provincial também são importantes registros sobre as ações, sugestões e pautas defendidas por estes médicos, refletindo os interesses interligados em suas propostas e que nos possibilitam acompanhar os caminhos percorridos pelos médicos quando alcançavam cadeiras na administração pública.

Resultados:

O médicos passam a estar integrado às dinâmicas que o envolvem, ocupando espaços e funções que vão além da sua atuação profissional no interior da Província do Rio de Janeiro do século XIX, mas que não se afastam totalmente da etiqueta, dos discursos e dos interesses compartilhados por seus pares. Com isso, auxilia no planejamento das transformações da cidade e na incorporação dos bons hábitos adequados a um projeto civilizador ordenado pelo Estado. Eles ganham projeção por sua profissão, mas ultrapassa suas fronteiras ao construir rede de relações fortes e influentes, que os direcionam dentro de um ambiente que se tornava cada vez mais favorável ao seu discurso, tanto social quanto politicamente, alcançando cadeiras na administração pública, se tornando, assim, agentes diretamente ligados a este Estado em construção.

Considerações Finais:

Os médicos não eram um grupo homogêneo, mas tinham objetivos comuns: a construção de um conhecimento científico compatível à realidade encontrada nos diversos pontos do Império brasileiro, onde atuavam, e de institucionalização e monopolização das práticas de curar. Este conhecimento produzido tornou-se ferramenta para um planejamento urbano a partir do resultados sobre seus estudos do ar, das construções, das águas, da topografia, denunciando os possíveis perigos para a salubridade pública e solicitando a cooperação da população para adotar medidas para prevenir ou, pelo menos, para amenizar os efeitos das enfermidades mais comuns.

Identificamos ainda um tipo de auxílio mútuo entre os clínicos e o Estado em relação ao desejo da medicina oitocentista de alcançar o monopólio das práticas de curar, já que os chamados *charlatães* eram considerados obstáculos comum em seus projetos. Representavam o conhecimento não-científico, e, por isso, estavam ligados a um hábito não mais recomendado para a sociedade, a qual desejavam tornar civilizada. Então, assim como a medicina contribuía para concretizar o projeto do Estado imperial, este deveria utilizar os mecanismos legais para garantir a posição da medicina como referência para a sociedade.

Palavras-chave: Médicos, Política, Epidemias, Século-XIX, Rio-De-Janeiro.

Bibliografia

Fontes:

ANNAES da Assembléa Legislativa Provincial do Rio de Janeiro. Disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.

ATAS da Câmara Municipal de Vassouras. O Vassourense (1882-1889). Disponível na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.

ALMANAK Administrativo, Mercantil e Industrial do Rio de Janeiro (RJ) (1844-1885). Disponível em Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional.

COLEÇÃO de Leis do Império do Brasil (1808-1889). Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/colecao-anual-de-leis>

FUNDO da Câmara Municipal da Vila de Nova Friburgo. Acervo da Fundação Dom João VI. Disponível em <https://www.djoaovi.com/arquivo/promemoriadigital/fundocamara>

RELATÓRIOS dos Presidentes da Província do Rio de Janeiro (1840-1880). Disponível em http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/rio_de_janeiro.

Referências Bibliográficas:

EDLER, Flávio Coelho. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. Anuário de Estudos Americanos. Tomo LX, 1, 2003. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/50284636_A_medicina_no_Brasil_imperial_fundamentos_da_autoridade_profissional_e_da_legitimidade_cientifica.

FAURE, Olivier. O olhar dos médicos. IN CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges. História do corpo: da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

KODAMA, Kaori; PIMENTA, Tânia Salgado; BASTOS, Francisco Inácio e BELLIDO, Jaime Gregório. Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, supl., dez. 2021, p. 59-79. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000500005

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

MARRAS, Stelio. A propósito de águas virtuosas: formação e ocorrências de uma estação balneária no Brasil. Belo Horizonte/MG: Editora Humanitas, 2004.

PROENÇA, Anne Thereza de Almeida Proença. Senhor Vereador Doutor: as frentes de atuação de Carlos Eboli na Câmara Municipal da Vila de Nova Friburgo (1870-1880). IN

COSTA, Ricardo da Gama Rosa e GUIMARÃES, Fernanda (orgs.). Memórias do Legislativo Friburguense: 200 anos de História da Câmara Municipal de Nova Friburgo. Nova Friburgo/RJ: Editora Bemdita Comunicação Criativa, 2020. Disponível em <https://www.novafriburgo.rj.leg.br/institucional/livro-memorias-do-legislativo-friburguense-1/livro-memorias-do-legislativo-friburguense/view>.

STONE, Lawrence. Prosopografia. Revista de Sociologia e Política. V. 19, nº 39: 115-137. Jun. 2011. Disponível em <http://old.scielo.br/pdf/rsocp/v19n39/a09v19n39.pdf>

Imigração, Saúde e Racismo: O Pós- Abolição Capixaba

Ademildo Gomes¹

Introdução

O texto analisa as condições de saúde a que eram submetidos os imigrantes italianos que chegaram ao Espírito Santo no final do século XIX, de acordo com o relato do Cônsul italiano Carlo Nagar de 1895, principalmente a partir dos espaços de acolhida: albergues e barracões. Leva em conta a reflexão sobre o processo de imigração desenvolvida por Renzo M. Grosselli e relaciona as condições precárias enfrentadas pelos imigrantes com o desenvolvimento do racismo no período pós abolição, considerando a possibilidade que, assim como no interior de São Paulo, os imigrantes italianos localizados nas terras capixabas, tenham se distanciando e se diferenciado cada vez mais da população negra para não sofrer os mesmos estigmas que essa, já que inicialmente o tratamento recebido não era tão diferente, haja vista as superlotações dos albergues, a insuficiência e a má qualidade dos alimentos que recebiam nos barracões e nas colônias, situações que provocavam o surgimento de uma série de doenças.

1 Ademildo Gomes. Doutorando em História Social das Relações Políticas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), integrante do Laboratório de Estudos do Movimento Migratório da UFES (LEMM) e do Laboratório de História, Poder e Linguagens (UFES). Membro do Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo (IHGES). Bolsista CAPES/DS.

Materiais e métodos

As fontes de nossa reflexão são algumas mensagens e relatórios de governo relacionados ao tema da imigração e, principalmente, o relato do Cônsul italiano, o Cavalheiro Carlo Nagar sobre o Estado do Espírito Santo e a imigração italiana, de fevereiro 1895, publicado pelo Arquivo Público do Estado do Espírito Santo (APEES), na Coleção Canaã em 1995, debatidos com historiografias recentes. Seguimos a perspectiva metodológica da micro-história.

Conforme Jacques Revel “a abordagem micro-histórica se propõe enriquecer a análise social tornando suas variáveis mais numerosas, complexas e móveis”. (REVEL, 1998, p. 23). Nos inspiramos no paradigma indiciário de Carlo Ginzburg. Esse método nos convida a olhar detalhes tidos como secundários e negligenciáveis, mas que podem esconder a chave de entendimento de uma sociedade num determinado período. (COELHO, 2014). Como diz o autor: o conhecimento histórico é indireto, indiciário, conjectural (GINZBURG, 1989).

O texto também considera a categoria do capital simbólico desenvolvida por Pierre Bourdieu (BOURDIEU, 1989). Porque, em torno da questão da precariedade sanitária enfrentada pelos imigrantes nas terras capixabas, estava também a ideia de superioridade étnica como capital simbólico frente à população negra.

A imigração no Espírito Santo

O Brasil foi um dos países que mais receberam estrangeiros durante o massivo movimento migratório ocorrido no século XIX por meio do qual, milhares de europeus principalmente procedentes das Penínsulas Itálica e Ibérica (CELIN, 2021) deixaram seus países em direção às Américas e à Oceania. O impacto desse grande movimento deixou marcas profundas na Europa, mas principalmente nos territórios brasileiros onde os imigrantes se instalaram (CELIN, 2021). Como afirma Aurélia

Castiglioni (CASTIGLIONI; REGINATO, 2009), a migração é um fenômeno simétrico, que afeta tanto a região de origem como a de destino.

Conforme Maria Stella Ferreira Levy (LEVY,1974) as primeiras tentativas de imigração se deram nas províncias do Espírito Santo e Rio de Janeiro, em 1812 e 1819, respectivamente, quando se formaram as colônias de Santo Agostinho e Nova Friburgo. Por iniciativa do intendente Paulo Fernandes Viana, trinta casais de imigrantes portugueses, procedentes da Ilhas dos Açores desembarcaram no Espírito Santo e se instalaram, a cerca de 18 quilômetros de Vitória, às margens do rio Santo Agostinho, na localidade de Viana (OLIVEIRA, 2008).

Para Luiza Horn Iotti essas famílias açorianas por serem compostas de portugueses não podiam ser consideradas literalmente imigrantes (IOTTI, 2011) Tal pensamento, porém, não é compartilhado por Fabiene Passamani Mariano, segundo a qual:

Nos estudos sobre os processos migratórios que envolvem os açorianos, não é raro encontrar publicações que não os reconhecem como imigrantes ao se fixarem no Brasil antes da independência deste em relação a Portugal. Alguns pesquisadores definem a vinda de açorianos e demais portugueses para o Brasil - no período anterior ao ano de 1822 – como um deslocamento, considerando apenas o fato de que os Açores e o Brasil estavam submetidos a uma mesma responsabilidade administrativa, ou seja, à Coroa Portuguesa. Tal constatação se faz muito mais pela omissão do que propriamente por uma análise aprofundada sobre o assunto [...]Sopesando apenas o aspecto administrativo em que Açores e Brasil estavam sob a mesma gestão administrativa portuguesa, talvez até fizesse algum sentido não considerar os açorianos como imigrantes. Entretanto, sendo eles cidadãos europeus - com práticas socioculturais tão diversas aos costumes da Colônia, que atravessaram o Atlântico em busca de trabalho e melhores condições de vida no Novo Mundo - entendemos que o mais coerente seria enquadrá-los na condição de imigrantes (MARIANO, 2019, p. 65-66).

Gilda Rocha (ROCHA, 2000) por sua vez, afirma que, entre 1847 e 1881 entraram nas terras capixabas 13.828 imigrantes formando as colônias de Santa Izabel(1847), Rio Novo (1855), Santa Leopoldina (1856) e Castelo (1880). Entre 1882 e 1887 entraram 1.375 imigrantes. E de 1888 a 1896 entraram 21.497, como podemos ver na tabela 1. Os imigrantes assentados entre os anos de 1888 a 1896 com a maioria absoluta sendo composta por indivíduos vindos de diferentes lugares da península Itálica, vieram em projeto que contava com a iniciativa financeira do próprio governo do Espírito Santo (DADALTO, 2017).

Os movimentos migratórios foram impulsionados, sobretudo, pela expansão do café. Conforme Rocha o Espírito Santo tornou-se uma espécie de "cobaia perfeita para a implantação dos planos governamentais no que concerne à política de imigração" (ROCHA, 2000).

Tabela 1: Entrada de Imigrantes de 1847-1896.

Anos	Número de Imigrantes
1847-1881	13.828
1882-1887	1.375
1888-1896	21.487

Fonte: ROCHA, Gilda. *Imigração Estrangeira no Espírito Santo 1847-1896*. Vitória: [s.n], 2000. 76-124.

De fato, no século XIX, aconteceu no Espírito Santo um verdadeiro caldeamento cultural formado por uma grande diversidade de etnias. Descendentes de portugueses, alemães, italianos,² pomeranos³,

2 Sobre a imigração italiana no Espírito Santo, dentre outros, ver PAULA, Sérgio Peres. *Fazenda do Centro*. Imigração e Colonização Italiana no Sul do Espírito Santo. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo Coleção Canaã, vol. 15, 2013; CELIN, José Lázaro. *O Espírito Santo na Rota da Grande Imigração*: Sinais da presença italiana no Vale do Rio Caxixe, Castelo (ES). Tese de Doutorado em Geografia. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2022.

3 Sobre a imigração pomerana no Espírito Santo, ver MANSKE, Cione Marta Raasch. *A venda pomerana no Espírito Santo: o lugar sociopolítico, econômico e identitário (1851-2021)*. Tese de doutorado em História. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2021.

austriacos, suíços, sírios e libaneses,⁴ chineses, japoneses, entre outros, compuseram esse caldeamento, resultado de processos imigratórios em diferentes momentos, agregando-se ainda a presença indígena natural do território que se tornou minoritária em decorrência do processo de colonização (SOPRANI, 2015) e os negros escravizados e libertos, africanos e crioulos, marginalizados por causa da herança ideológica dos sistema escravista.

Embora tenha existido aqueles que, como Almeida Monjardim, tenham solicitado do governo a proteção para os brasileiros que “muitos serviços prestariam ao país se o governo repartisse com eles os auxílios que repartia com os imigrantes estrangeiros” (ESPÍRITO SANTO, 1858, 10), a ideia mais frequente nos relatórios governamentais ao longo do período imperial era a afirmação que o processo de colonização era fundamental para a prosperidade (ESPÍRITO SANTO, 1856 a) do país e o “salvatério” da lavoura (ESPÍRITO SANTO, 1856b). Para o presidente da província José Fernandes da Costa Pereira “colonizar o país era dar-lhe vida”. ESPÍRITO SANTO, 1861, p. 68) O presidente José Bonifácio Nascentes d’Azambuja dizia que o que tiraria a província capixaba do “atraso em civilização” e tornaria produtivas suas terras seria a introdução de imigrantes europeus, “com sua inteligência e atividade”. (D’AZAMBUJA, 1852, 38-39)

A preocupação para com a imigração e a exaltação do trabalhador estrangeiro eram constantes nas mensagens dos presidentes do Espírito Santo nos primeiros anos da República. Para Moniz Freire, a imigração era o instrumento do qual dependeria o sucesso, a prosperidade e a grandeza do Estado. Por isso, valeria a pena empregar todos os sacrifícios que o seu custeio impusesse (FREIRE, 1894) O presidente, inclusive, garantia que o “cultivador italiano”, “morigerado” e “laborioso” e “pacífico” (FREIRE, 1895) era um dos que mais conviria ao Espírito Santo.

4 Sobre a imigração de sírios e libaneses no Espírito Santo, ver SANTOS, Adilson Silva. Sírios e Libaneses no Sul do Espírito Santo (1890-1930). Tese de Doutorado em História. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

Moniz Freire promulgou a primeira “Lei de Terras” do Estado, o Decreto nº 4, de 4 de junho de 1892, com o objetivo de “facilitar o acesso à terra” para os imigrantes, estimular a legalização das posses e regularizar os núcleos coloniais. (SALETTTO, 2018). Lei determinava os favores que seriam oferecidos aos imigrantes para o estabelecimento no Estado. Dentre eles: hospedagem pelo tempo necessário, até seguirem o seu destino; transporte, alojamento e alimentação, durante o trajeto, até o local de seu estabelecimento; assistência médica gratuita, pelo prazo de dois anos (RIBEIRO, 2003).

O jornal sul capixaba O Constitucional em 13 de janeiro de 1889 numa publicação intitulada “Immigração e Agricultura” afirmava que pelo fato do Brasil possuir uma indústria incipiente, era necessário recorrer ao trabalhador estrangeiro como um modelo a ser imitado pelos libertos, já que estes eram “habituaados ao ócio e naturalmente indolentes”(O CONSTITUCIONAL, 1889, nº 37, p. 1). O imigrante ideal para o Brasil, na concepção da elite intelectual e política brasileira, seria o trabalhador europeu, considerado portador de uma superioridade inata, e, portanto, mais útil aos interesses nacionais de progresso e civilização (SOPRANI, 2015).

Os libertos, negros e mestiços não se enquadravam no projeto de colonização por meio de colônias. No máximo, poderiam ser pequenos proprietários de terras longínquas, inóspitas e improdutivas. O projeto de povoamento do território patrocinado pelo governo produziu, no Brasil, debates e leis políticas restritivas, mas também ensejou disputas sobre raça, eugenia, ideologias políticas e formação nacional (DADALTO, 2017).

Na década de 1890 a imigração de massa atingiu seu auge, com a entrada de mais de 20 mil imigrantes. No final da referida década, a imigração europeia de massa cessou, mas o movimento migratório continuou, ainda que em pequenas escalas ao longo da primeira metade do século XX. Apesar das reclamações dos imigrantes contra a falta de recursos do Estado, como as ressaltadas

pelos viajantes, o suíço Barão Johan Jakob von Tschudi (APEES, 2004) sobre situação os suíços em Santa Leopoldina⁵ e do Cônsul Carlo Nagar (NAGAR, 1895) sobre os imigrantes italianos, a principal dificuldade para manter a imigração foi a crise do café, instaurada a partir de 1896(SALETTO, 2014).

Apesar do alto número de imigrantes que entraram no Espírito Santo, tendo em vista a política de povoamento, de substituição dos negros serviços da lavoura e branqueamento da nação, conforme Saletto:

Se o “branqueamento” provocado pela imigração estrangeira é um fato, não se pode esquecer que o Espírito Santo manteve, desde 1872 até 1950, segundo todos os censos que registraram a cor, uma proporção de “não brancos” na população ligeiramente mais elevada do que a do Brasil como um todo (SALETTO, 2014, p. 42).

Enquanto no Brasil a média de não brancos na população era 61,9% em 1872, 56,0% em 1890 e 35,8% em 1940. No Espírito Santo a porcentagem era de 67,6% em 1872, 56,0% em 1890 e 38,4% em 1940 (FRANCESCHETTO, 2014).

Nem todas as famílias de imigrantes tiveram a mesma sorte nas terras capixabas. Variava muito as condições econômicas como cada família deixava seu país. Conforme Agostinho Lázaro e Bella Melotti Xible (LÁZARO e XIBBLE, 1991) (alguns imigrantes pobres também sofreram explorações e maus-tratos. Embora os imigrantes fossem tidos como o “salvatério” da economia, na prática, a maneira como eram tratados não estava tão distante do tratamento dispensado aos escravizados. O Cônsul Carlo Nagar em seu relatório sobre a imigração italiana no Espírito Santo indica essa realidade. Renzo M. Grosselli (GROSSELLI, 2008), por sua vez, analisa os sofrimentos dos imigrantes a partir da ótica física, psicológica, moral, política e cultural.

5 O diplomata suíço, Barão de Tschudi em sua viagem ao Espírito Santo em 1860 condena de maneira implacável a colônia de Santa Leopoldina. Segundo o Barão, as terras ocupadas pelos suíços eram as piores e menos produtivas de toda a colônia (ROCHA, 2000, p. 80-81).

Albergues e Barracões

Segundo o Cônsul italiano Carlo Nagar, ao chegarem a Vitória os imigrantes eram hospedados em uma “espécie de albergue” (Hospedaria Pedra D’Água),⁶ composto de cinco alas arejadas, uma enfermaria, uma pequena farmácia, com água potável, podendo hospedar no máximo setecentas pessoas. Após alguns dias os imigrantes eram distribuídos pelo interior do Estado (APEES, 1995).

Às vezes, conforme o viajante, por falta de barcos os imigrantes permaneciam por cerca de um mês no albergue onde, por causa da “má qualidade dos alimentos” desenvolvia-se entre eles “a febre gástrica”. Outro espaço de acolhimento dos imigrantes, citado por Nagar, eram os barracões. De acordo como cônsul aqueles que pleiteavam um lote de terreno eram alojados em um barracão, próximo às áreas que seriam colonizadas, até que lhes fosse possível obter o terreno (APEES, 1995)

Esses barracões eram subdivididos por paredes, com beliches e cobertos com folhas de palmeiras. Os imigrantes ficavam sob este teto todos juntos, sem distinção de família, sexo ou idade, por um período de mais ou menos “dois anos” (APEES, 1995). Apresentavam-se ali problemas de ordem moral, psicológica e física por causa da aglomeração, falta de higiene e má alimentação.

A relação entre enfermidade e falta de alimentação adequada também aparecia nas reclamações dos americanos instalados em Linhares, conforme relata a viajante americana Julia Louisa Keys na obra *Nossa Vida no Brasil. Imigração Norte Americana no Espírito Santo, 1867-1870* (KEYS, 2013): “a nutrição pobre não teria sido tanto um problema se os doentes não necessitassem de comida apropriada, a qual não podia ser encontrada em lugar algum”. (KEYS, 2013, p. 186). Em outro momento a viajante diz:

6 Em julho de 1888, a presidência da província solicitou o Ministério do negócios da Agricultura a aquisição de um prédio em Cachoeiro de Itapemirim para a acolhida e acomodação dos imigrantes que se destinassem às fazendas desse município(O CONSTITUCIONAL, 1888, nº11, p. 4)

Não tínhamos nada para comer exceto farinha e carne seca, a qual estava parcialmente deteriorada e cheirava a enxofre, e nada para beber exceto café sem leite ou açúcar. Engolíamos a farinha apenas para nos manter vivos e bebíamos café para evitar enxaquecas. Os doentes não se importavam com a comida, mas conforme a febre os deixava seus apetites retornavam e as necessidades da natureza não podiam ser satisfeitas aos fracos e famintos. (KEYS, 2013, p. 191).

Difícil também foi a situação dos imigrantes holandeses instalados em Rio Novo. Conforme Ton Roos e Margie Eshis:

Em 1875 um grupo de imigrantes entra com uma denúncia na polícia de Itapemirim sobre a péssima administração da direção, de como eles foram explorados e abandonados no meio da mata com suas famílias e tiveram que trabalhar em péssimas condições. Contam que muitos deles tiveram de comer burros mortos, ratos e urubus para não morrerem de fome e reclamam da falta de médicos e remédios e de como imigrantes mendigam para sobreviver, das doenças que dizimaram famílias inteiras (ROOS; ESHIS, 2008, p. 31).

De acordo com Renzo M. Grosselli “essas trágicas” situações eram normais no processo de colonização. E ocorriam principalmente pelos seguintes fatores: a colonização era realizada em territórios de floresta virgem, distantes das cidades e de vias de comunicação e as dificuldades iniciais dos colonos de lidar com clima. Lutos, desespero e revoltas eram comuns a todas as colônias brasileiras, qualquer que fosse a nacionalidade dos colonos. A maioria dos portos para o desembarque dos imigrantes não possuíam estruturas adequadas para essa operação. As casas de hospedagens também eram precárias, às vezes classificadas como “armazéns imundos e úmidos, verdadeiros chiqueiros e focos de epidemias”. (GROSSELLI, 2008, p. 297-298).

O camponês era assaltado por uma série de fatores negativos que atingiam o seu físico e a sua psique. Depois de todos os percalços, quando chegava ao seu destino, o lugar não correspondia às suas expectativas porque não havia nem casa e nem um campo à sua

espera, apenas floresta. A primeira alimentação que os camponeses recebiam nos portos era boa com carne fresca, arroz, feijão, café, bacalhau etc. Porque a primeira impressão seria útil para atrair outros imigrantes para a região. Mas nos barracões a comida era em menor quantidade e qualidade. Muitas vezes as carnes eram estragadas e a farinha infestada de insetos (GROSSELLI, 2008)

Levando em conta o período próximo à abolição, certamente os imigrantes que haviam enfrentado precariedades praticamente semelhantes às dos escravizados, se por um lado se solidarizavam com os negros, por outro lutavam para não serem tratados como eles. Karl Monsma (MONSMA 2016) analisando o processo de imigração entre os anos 1880 e 1914 no município de São Carlos, SP, afirma que “muitos imigrantes pobres se sentiam tratados “como negros”[...] Portanto, tentavam distinguir-se deles” (MONSMA, 2016, p. 177)

De acordo com Grosselli em Santa Teresa, muitos italianos aprenderam com os negros a preparar a farinha de mandioca e alguns negros curavam italianos de várias doenças com seus ritos. Porém, o matrimônio com negros era tabu. Algumas mulheres negras deixavam seus filhos sob o cuidado de famílias italianas. Estes eram criados com amor, a infância “eliminava o pecado serem negros”. Mas a medida que cresciam eram tratados como diversos (GROSSELLI, 2008)

A relação entre os holandeses e negros também não era tão harmoniosa, pelo contrário, às vezes chegava, inclusive ser marcada pela violência. Sempre era necessário enfatizar para os imigrantes que nos negros eram “gente” Conforme Ton Roos, Margje Eshis:

Os escravos e os holandeses se davam muito bem. Isso sempre se manteve assim. Eles contavam piadas, faziam festas, dançavam juntos e não brigavam. Brancos e negros se tratavam com simpatia mas casar?? Nem pensar!! Os holandeses preferiam não se casar com negros. A forma como os brancos, às vezes, se referiam sobre os negros também não era sempre agradável. Os brancos achavam que eles pensavam demais em sexo e faziam com quem

aparecesse pela frente. Aqui em Holanda os negros pertencem a classe mais baixa. Em geral eles não têm terras. O contato entre negros e brancos também ficou estremeado por muito tempo porque na virada do século um negro foi assassinado. Eles se evitavam e nem se cumprimentavam. Somente com a chegada da escola é que as coisas melhoraram. A professora dizia: “Todos são gente.” (ROOS; ESHIS, 2008, p. 54).

Episódios de violências física e simbólica provocadas também ocorreram entre italianos e negros, como o que foi narrado por Maria Cristina Dadalto no Barracão de Petrópolis, no interior da então Comarca de Santa Teresa, em 1890. O capital italiano Luiz Vivaldi instituiu um domínio de medo e terror, marcado pela intolerância contra os pretos e pardos que circulavam no local. Sua intolerância era compartilhada por outros moradores e instituições da comunidade (DADALTO, 2017). Havia, portanto, “um conflito na representação do nós e do outro, fundamentado em um contexto de colonização marcado por disputas identitárias e econômicas na região (DADALTO, 2017).

Episódios que ilustra tal situação foram os que ocorreram na noite de 2 de novembro de 1897, entre o imigrante italiano capitão Vivaldi e o brasileiro José Calhau.

Segundo consta no inquérito instaurado e nas matérias publicadas sobre a virada da noite de 2 para 3 de novembro de 1897, José Calhau e seus homens atacaram Barracão de Petrópolis, ateando fogo a várias residências, inclusive na casa do capitão Vivaldi e no cartório de registro – fato simbólico, pois representa o local de guarda oficial da documentação da população. Findo o ataque, o grupo comandado por José Calhau teria retornado para seus lugares de origem, e não se teve informações sobre prisão de nenhum dos participantes da sequência de crimes (DADALTO, 2017, p.196).

A luz desse episódio, Dadalto (DADALTO, 2017) chama a atenção para os conflitos simbólicos e físicos instituídos dentro da lógica da discriminação que se davam no interior das colônias do Espírito Santo, que muitas vezes podem ter se expressado por

meio de violências físicas, praticadas por diferentes motivos, principalmente étnicos. No caso do Barracão de Santa Teresa, o mestiço Calhau e seus companheiros revelaram de forma radical sua resistência às determinações racistas do capitão Vivaldi e dos demais moradores da região. Prova que os negros, embora desfavorecidos economicamente, não aceitavam ser subordinados etnicamente

Na relação entre imigrantes e libertos, não faltou da parte destes últimos a resistência a qualquer forma de tratamento que os recolocasse na condição de escravizados. Exemplo disso foi o que ocorreu em Linhares quando as imigrantes americanas queriam contratar os serviços das mulheres libertas para a lavar suas roupas e estas não aceitaram para não serem consideradas serviçais das estrangeiras:

Achamos que seria fácil lavar nossas roupas, já que as lavadeiras eram numerosas, mas era impossível contratar uma mensalmente ou mesmo diariamente. Não conseguíamos entender o porquê, já que havia muitos negros livres. Mas quando soubemos a razão ficamos pasmos. Eles temiam que isso fosse um descenso na sua posição perante a sociedade. Eles seriam considerados serviçais e resistiam à ideia de serem classificados como tais. (KEYS, 2013, p. 100).

Aos poucos, portanto, os imigrantes perceberam a importância simbólica de distinguir, dentro da diversidade étnica, quem era o nós e quem era o outro, (DADALTO, 2017) promovendo, assim, uma inversão de quem era *estabelecido* e de quem era o *outsider*, (ELIAS; SCOTSON, 2000) orientando-se por uma percepção de poder na qual o racismo se estabeleceu na tessitura das relações sociais (DADALTO, 2017). Nessa tessitura, na concepção dos imigrantes, quanto mais eles estivessem distantes dos negros estigmatizados, mais próximos estariam da elite política e econômica, o que possivelmente lhes garantiria não somente credibilidade e ascensão, mas também melhores tratamentos, inclusive cuidados médicos.

Resultados e Considerações Finais

Acreditamos que tenha acontecido, nas terras capixabas, o que ocorreu nas terras paulistas, onde mesmo quando eram “amigos”, os europeus, geralmente insistiam em se considerarem superiores aos negros. Os imigrantes tentavam distinguir-se dos negros e reivindicavam a superioridade racial para não sofrer os mesmos tratamentos (MONSMA 2016) e deixar, o mais rápido possível, as condições precárias do início da colonização para trás.

No fundo, imigrantes e negros lutavam pelo mesmo capital simbólico:⁷ Não serem vistos apenas como mão de obra disponível, submetidos aos mais terríveis sofrimentos físicos, psicológicos e morais, mas como pessoas que lutavam em busca de melhores condições de vida. Contudo, as circunstâncias colocaram esses grupos de lados opostos, fazendo emergir o que Ginzburg classificou de dicotomia cultural e influxo recíproco entre cultura subalterna e cultura hegemônica (GINZBURG, 2016). A realidade é que a pobreza se por um lado, construía gestos de solidariedade, mas era solidariedade era sempre circunstancial e limitada, porque também gerava competições étnicas que se transformavam em racismo e violências.

Referências

Fontes

ARQUIVO PUBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (APEES). *Relato do Cavalheiro Carlo Nagar* Cônsul Real em Vitória. O Estado do Espírito Santo e a imigração italiano (fevereiro 1895). Coleção Canaã. Vol. I. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 1995.

ARQUIVO PUBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (APEES). *Barão Johan Jakob von Tschudi*. Viagem à

⁷ Segundo Bourdieu as diferentes classes estão envolvidas numa luta simbólica para imporem a definição do mundo social conforme os seus interesses (BOURDIEU, 1989, p. 11).

Província do Espírito Santo. Imigração e colonização Suíça 1860. Coleção Canaã, vol. 5. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2004.

ESPÍRITO SANTO [ES 1858]. *Relatório que o exm^o. sr. comendador José Francisco de Andrade e Almeida Monjardim, segundo vice-presidente da Província do Espírito Santo, apresentou na abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 23 de maio de 1858.* Vitória. Typ. Capitaniense de P. A. d'Azeredo, 1858.

ESPÍRITO SANTO [ES 1856 a]. *Relatório com que o exm^o. sr. Barão de Itapemirim, 1^o vice-presidente da Província do Espírito Santo, entregou a administração da mesma ao exm^o. sr. dr. José Maurício Fernandes Pereira de Barros no dia 8 de março de 1856.* Typ. Capitaniense de P. A. de Azeredo, 1856. Mapa da Divisão Judiciária do Espírito Santo no relatório.

ESPÍRITO SANTO [ES 1856 b]. *Relatório que o exm^o sr. Presidente da Província do Espírito Santo, o doutor José Maurício Fernandes Pereira de Barros, apresentou na abertura da Assembleia Legislativa Provincial no dia 23 de maio de 1856.* Vitória. Typ. Capitaniense de P. A. D'Azeredo, 1856.

ESPÍRITO SANTO [ES 1861]. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Espírito Santo no dia (23 de maio) da abertura da sessão ordinária de 1861 pelo presidente José Fernandes da Costa Pereira Junior.* Vitória. Typ. Capitaniense de P. A. D'Azeredo, 1861.

D'AZAMBUJA, José Bonifácio Nascentes. *Relatório que o Exm. Presidente da Província do Espírito Santo o Bacharel José Bonifácio Nascentes d'Azambuja dirigiu à Assembleia Legislativa da mesma Província na Sessão Ordinária de 14 de maio de 1852.* Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. XDOC- Biblioteca Digital, 1999.

FREIRE, Moniz. *Mensagem do Presidente do Estado do Espírito Santo. Lida no Congresso do mesmo Estado na sua sessão de instalação a 16 de setembro de 1893.* Vitória: Typographia do Estado do Espírito

Santo, 1893.

FREIRE, Moniz. *Mensagem pelo excelentíssimo presidente do Estado do Espírito Santo na instalação do Congresso Legislativo*. Vitória: Typographia do Estado do Espírito Santo, 1894.

FREIRE, Moniz. *Mensagem do Presidente do Estado do Espírito Santo Lida na Instalação do Congresso Legislativo em 17 de setembro de 1895*. Vitória: Typographia do Estado, 1995.

O CONSTITUCIONAL. Ano III. 13 de janeiro de 1889, nº 37, p. 1. Disponível em <http://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital>. (Acesso em 5 ag. 2022).

Bibliografia

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A., 1989.

CASTIGLIONI, Aurélia H.; REGINATO, Mauro. *Impatti sociodemografici dell'immigrazione europea in Espírito Santo*. Globus et Locus. Centro Altretalie, gennaio-dicembre, 2009.

CELIN, José Lázaro. *O Espírito Santo na Rota da Grande Imigração: Sinais da presença italiana no Vale do Rio Caxixe, Castelo (ES)*. Tese de Doutorado em Geografia. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2022.

COELHO. Ana Luíza Ferreira. *O Paradigma indiciário como metodologia para estudos historiográficos*. 8º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG). Universidade: saberes e práticas inovadoras, 24 a 27 de setembro, 2014. Disponível em http://www.fepeg2014.unimontes.br/sites/default/files/resumos/arquivo_pdf_anais/o_paradigma_indiciario_como_metodologia_para_estudos_historiograficos.pdf. (Acesso: 20 jul. 2022).

DADALTO, Maria Cristina; BENEDUZI, Luis Fernando. *Nós, o outro e os outros: a constituição multiétnica capixaba no caldeirão cultural do Espírito Santo, Brasil*. *Diaspore* 12, 30.04.2020.

DADALTO, Maria Cristina. Cenas de violência na tessitura entre imigrantes italianos e brasileiros no interior do Espírito Santo. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, v. 12, n. 1, p. 189-200, jan-abr. 2017.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FRANCESCHETTO, Cilmar. Imigrantes. Espírito Santo. Base de dados da Imigração estrangeira no Espírito Santo XIX e XX. Org. Agostino Lazzaro. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2014.

GINZBURG, Carlo. *Os queijos e os vermes*. O cotidiano e as ideias de moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GROSSELLI, Renzo M. *Colônias Imperiais na terra do café*. Camponeses trentinos (Vênetos e lombardos) nas florestas brasileiras. Espírito Santo, 1874-1900. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2008.

IOTTI, Luiza Horn, org. *Imigração e colonização: legislação de 1747 a 1915*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Estado do RS. – Caxias do Sul: EDUCS, 2011.

KEYS, Julia Louisa. *Nossa vida no Brasil*. Imigração Norte Americana no Espírito Santo, 1867-1870. Coleção Canaã. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2013.

LAZZARO, Agostinho; XIBBLE, Bella Melotti. *Nella Terra Dei Padroni*. Os italianos em Muniz Freire. 1889-1930. Vitória, Fundação Cecílino Abel de Almeida, 1991.

LEVY, Maria Stella Ferreira. O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 8 (supl.), 1974.

MARIANO, Fabiene Passamani. *A festa do Divino em Viana no*

século XXI: Memórias afetivas na construção de uma açorianidade capixaba. Tese de Doutorado em História. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2019.

MOSMA, Karl. *A reprodução do racismo*. Fazendeiros, negros e imigrantes no Oeste Paulista, 1880-1914. São Carlos: EDUFSCAR, 2016.

OLIVEIRA, José Teixeira de. *História do estado do Espírito Santo*. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Cultura, 2008.

REVEL, Jacques (Org.) *Jogos de Escala*. A experiência da microanálise. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

RIBEIRO, Lucílio da Rocha. *Pequena contribuição à história da imigração no Sul do Espírito Santo*. Vitória: Artgraf Gráfica Editora: 2003.

ROCHA, Gilda. *Imigração Estrangeira no Espírito Santo 1847-1896*. Vitória: [s.n], 2000.

ROOS, Ton; ESHIS, Margje. *Os capixabas holandeses*. Uma história holandesa no Brasil. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2008.

SALETTTO, Nara. *Sobre política capixaba na primeira República*. Vitória: Arquivo Público, 2018.

SOPRANI, Joel. *Laboriosos e morigerados ou indolentes e vadios*. As múltiplas imagens do imigrante e do trabalhador livre nacional nos relatórios governamentais entre 1847 e 1882 no Espírito Santo. (Dissertação de Mestrado em História). Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

Qualidade Nutricional e Higiénico-sanitário de Alimentos Doados por Organizações da Sociedade Civil (OSCs) para Moradores de Rua

Camila Miguez Ribeiro¹

Ana Carolina dos Santos²

Cilene da Silva Gomes Ribeiro³

Introdução

Presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNESCO, 1988), o acesso à alimentação adequada é um direito primordial a todo ser humano. No Brasil, está incluído dentro da categoria dos direitos sociais na Constituição Federal brasileira através da Emenda n. 64/2010 (BRASIL, 2010), em que a fome, a miséria, a má qualidade de alimentação (seja pela escassez ou excesso) constituem-se na negação da humanidade individual e coletiva.

No Brasil, o direito humano à alimentação é garantido por meio da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que tem como objetivo garantir o direito de todos ao acesso permanente e regular a alimentação em quantidades apropriadas, de qualidade, sem prejudicar o acesso de outras necessidades básicas. Seu pilar está

nas práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, culturais, econômicas e socialmente sustentáveis (CONSEA, 2010).

Considerando a escassez de recursos públicos e percebendo a necessidade cada vez maior de atendimento assistencial e de segurança alimentar e nutricional, torna-se necessário um alinhamento entre Órgãos e Secretarias e o envolvimento da sociedade civil no plano de governo, para que seja entregue à população vulnerável, de fato, o que se espera de uma boa gestão participativa. No caso das populações vulneráveis, atender de forma adequada, permitindo dignidade à pessoa humana, é fundamental e emergente.

Compreender como é a qualidade e segurança alimentar e nutricional das marmitas distribuídas à população em situação de rua é fundamental. Para isso, fizemos um trabalho conjunto com o Projeto Mesa Solidária, uma parceria da Administração Pública Municipal, com Organizações da Sociedade Civil (OSCs), instituído pela Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (SMSAN). O Projeto Mesa Solidária trabalha em prol da garantia à dignidade humana, a efetivação de direitos sociais, promoção de políticas de segurança alimentar e nutricional e de assistência social, o resgate social, a emancipação e a melhoria da qualidade de vida da população em situação de rua, dentro do Município de Curitiba/PR.

Iniciado no final de 2019, o Projeto Mesa Solidária convoca entidades e grupos voluntários, que até então serviam direto na rua e em praças, a servirem suas refeições dentro de espaços preparados e designados pela Prefeitura de Curitiba. Estes espaços, sanitariamente adequados, foram construídos a partir da percepção de que estas populações necessitavam de condições de alimentação adequadas em quantidade e qualidade, bem como acesso a água para consumo e espaços de higienização pessoal. Os espaços ainda permitem a possibilidade aos indivíduos de estarem protegidos de insalubridades, e se sentarem à mesa para o consumo dos alimentos ali fornecidos.

Sobre os riscos alimentares, precisamos considerar que os alimentos são suscetíveis a diversos perigos biológicos, químicos e físicos, podendo seu consumo levar ao risco de possíveis doenças transmitidas por alimentos (DTA). As principais causas de contaminação dos alimentos estão associadas ao não cumprimento de boas práticas de manipulação nos estabelecimentos que produzem e distribuem alimentos.

As Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) 216/2004 e 275/2002 foram elaboradas considerando-se a necessidade de constante aperfeiçoamento das ações de controle sanitário na área de alimentos, visando a proteção à saúde da população, a necessidade de harmonização da ação de inspeção sanitária em serviços de alimentação, e a necessidade de elaboração de requisitos higiênico-sanitários gerais para serviços de alimentação aplicáveis em todo território nacional. Através destas RDC, é possível implementar procedimentos de boas práticas de fabricação, garantindo o fornecimento de alimentos em condições seguras.

Em virtude da importância da garantia da qualidade higiênico-sanitária em estabelecimentos que produzem e distribuem alimentos e refeições fora do lar é que esta pesquisa de campo se apresentou. Seu objetivo foi de avaliar as condições higiênico-sanitárias dos alimentos servidos pelas OSCs, pelo Projeto Mesa Solidária. Entendemos que, por mais que haja boas intenções de todos os benfeitores durante todas as etapas da doação, é imprescindível garantir segurança alimentar e nutricional. Junto ao Projeto Mesa Solidária, e considerando a importância que a alimentação tem em nossas vidas, este projeto de pesquisa buscou avaliar a qualidade nutricional, sanitária e social, referente a alimentos servidos nas unidades para a população em situação de rua.

Materiais e Métodos

Pesquisa transversal, de cunho quantitativo e qualitativo, que foi realizado a partir dos três (3) espaços destinados pela

SMSAN para o Programa Mesa Solidária. A população de estudo objetivada foram as OSCs que produzem e distribuem alimentos nos espaços disponibilizados pelo Projeto Mesa Solidária.

Para identificação das OSCs que produzem e distribuem alimentos a pessoas em vulnerabilidade social, indivíduos em situação de rua, foi necessário contato direto com a SMSAN, bem como as OSCs.

Para mapear a produção de alimentos e refeições realizada pelas OSCs, tanto no aspecto higiênico-sanitário, quanto na qualidade nutricional, foi realizada a aplicação de roteiro de inspeção higiênico-sanitário (baseado na RDC 216/2004).

Para avaliação dos resultados em percentuais, consideramos o percentual mínimo de adequação, previsto pela ANVISA (2002), de 76%. Percentuais abaixo foram considerados como não adequados.

Foi aplicado, ainda, junto às OSCs, roteiro de entrevista com 41 perguntas, onde buscamos relatos para identificar como e porque os processos logísticos de produção e distribuição se dão.

Inicialmente, a Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (SMSAN) informou os pesquisadores que 20 OSCs faziam parte do Projeto Mesa Solidária, à época do início da pesquisa. Após a identificação destas, a SMSAN fez contato com 100% delas, convidando as mesmas à participação nesta pesquisa e à participação em uma reunião virtual, para apresentação deste projeto de pesquisa. Nestas, foram apresentados os objetos do projeto, metodologia prevista, suas etapas e onde foi apresentada toda a documentação referente ao CEP.

Após a declaração de aceite em participar da pesquisa, de cada uma das instituições, foram marcadas visitas nos locais de produção, para aplicação de roteiro de avaliação higiênico-sanitário e acompanhamento da produção e distribuição de alimentos à população em situação de rua. Das 20 instituições identificadas, 14 aceitaram a realização da pesquisa, mas em

apenas onze (11) permitiram acesso aos seus espaços de produção, representando a amostra disponível neste estudo.

Para a análise dos resultados foram calculados os percentuais de conformidades referentes a cada grande tópico de investigação presente na RDC216/2004, e a média de conformidades obtidas por cada OSCs.

Para a demonstração dos resultados obtidos no estudo, no que tange às condições higiênico-sanitárias, as instituições são aqui identificadas por letras do alfabeto, garantindo-se assim anonimização dos dados obtidos, bem como das mesmas.

Com relação ao roteiro de avaliação das condições higiênico-sanitárias, as respostas foram classificadas em “conforme” (quando estavam em adequação à legislação vigente), em “não conforme” (quando não estavam em adequação à legislação vigente), em “não se aplica” (quando não podiam ser analisadas por inexistência do item), e “sem análise” (quando os pesquisadores não conseguiram realizar avaliação por razões relacionadas às visitas ou espaços).

Um dos tópicos presentes na RDC216/2004 não pôde ser analisado durante as visitas, mas, ao final das discussões, será mencionado. O tópico não avaliado foi o de Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas.

Resultados

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), boas práticas de manipulação são todos os procedimentos que objetivam garantir a qualidade higiênica sanitária dos alimentos fabricados, através da fiscalização de locais responsáveis pela fabricação, produção, transporte e comercialização de alimentos, a fim de minimizar ou eliminar riscos que as não conformidades de manipulação podem causar aos consumidores (BRASIL, 2004).

Aspectos relacionados ao fluxo de produção tais como manipulação inadequada, contaminação cruzada, práticas

inadequadas de higiene dos colaboradores, higienização da estrutura física e controle de temperatura ineficiente, são condições propícias ao desenvolvimento de doenças transmitidas por alimentos devido a falhas nos processos de fabricação, favorecendo assim a contaminação por microrganismos (BRASIL, 2006).

Após aplicação do roteiro de verificação das condições higiênico-sanitárias e tendo como embasamento estas determinações da ANVISA, foi possível avaliar a condição geral de cada uma das OSCs. É evidente que, para se garantir que os alimentos produzidos por qualquer espaço de produção e distribuição de alimentos sejam considerados de qualidade, 100% dos itens da lei devem ser cumpridos. Entretanto, considera-se que, minimamente, se os espaços de produção atingirem 76% de conformidades, poder-se-ão ser considerados como bons (ANVISA, 2002).

Na Tabela 1, são evidenciados os percentuais médios de conformidades, conforme RDC216/2004, referentes a cada grande grupo de análise, identificados nas visitas às OSCs. De uma forma generalizada, é possível perceber que a maioria dos tópicos ficou abaixo dos parâmetros previstos pela ANVISA como ideais.

Tabela 1: Percentual médio de conformidade referente a cada grande grupo de análise, conforme RDC216/2004, das OSCs analisadas.

Tópicos RDC	% Conforme
Edificação, instalação, móveis e utensílios	35,2
Higienização de instalações, móveis e utensílios	31
Controle de vetores e pragas	Não analisado
Abastecimento de água	95,5
Manejo de resíduos	81
Manipuladores	30,7
Matérias-primas, ingredientes e embalagens	74,5

Preparação do alimento	53,1
Armazenamento e transporte do alimento preparado	0
Exposição ao consumo do alimento preparado	66,7
Documentação e Registro	0
Responsabilidade	18,2

Fonte: Ana Carolina dos Santos e Camila Miguez Ribeiro (2021).

Na Tabela 2, abaixo demonstrada, são evidenciados os percentuais de conformidades em cada uma das OSCs, para cada tópicos da RDC216/2004. Além destes percentuais, foram determinadas as médias de conformidades para cada OSCs avaliada.

Tabela 2. Percentual de conformidades referente aos grandes grupos de análise, segundo a RDC 216/2004, e média percentual total de adequação, por OSCs.

Grupos de análise conforme RDC 216/2004	% de adequação por OSCs										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Edificação, instalação, móveis e utensílios	38,46	23,07	53,85	23,08	38,46	46,15	23,07	61,54	23,08	53,3	46,7
Higienização de instalações, móveis e utensílios	50	0	50	0	50	50	0	50	50	29	50
Abastecimento de água	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100
Manejo de resíduos	100	100	100	66,67	100	50	50	100	50	100	66,67
Manipuladores	25	25	50	25	25	25	25	25	25	50	37,5
Matérias-primas, ingredientes e embalagens	100	50	100	50	75	100	50	100	75	33,33	100
Preparação do alimento	55,56	44,44	90,9	20	63,64	62,5	40	66,67	50	44,44	50
Armazenamento e transporte do alimento preparado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Exposição ao consumo do alimento preparado	66,67	66,67	66,67	66,67	66,67	66,67	66,67	66,67	66,67	50	66,67
Documentação e Registro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Responsabilidade	0	50	100	0	0	0	0	50	0	0	0
Média de conformidades por OSCs	48,7	41,7	64,7	32	47,2	45,5	27,7	56,3	40	51,1	47

Fonte: Ana Carolina dos Santos e Camila Miguez Ribeiro (2021)

Discussões

Após análise dos dados, junto com as entrevistas, material coletado, conversas com voluntários nas visitas e vivências das OSCs nos dias de suas operações, chegamos a algumas conclusões. Dividimos este espaço do projeto para discutir cada tabela, fazendo correlações com seus tópicos.

A partir dos dados apresentados na Tabela 1, consideramos 100% o ideal máximo a ser atingido. Entretanto, considera-se que, minimamente, se os espaços de produção atingirem 76% de conformidades, poder-se-ão ser considerados como bons (ANVISA, 2002).

Segundo os dados da Tabela 1, percebemos que muitos dos grupos de análise não apresentam conformidades à legislação de forma adequada. Entre os pontos mais críticos e que apresentam maiores não conformidades, isto é, com percentuais inferiores a 40% de conformidades, estão a edificação, instalação, móveis e utensílios; higienização de instalações, móveis e utensílios; manipuladores; armazenamento e transporte do alimento preparado; documentação e registro; e responsabilidade.

Sobre o primeiro grupo de análise (edificação, instalações, móveis e utensílios), foram percebidos que muitos locais de produção não apresentam adequação em suas instalações. Muitos dos móveis utilizados na produção dos alimentos são de madeira,

os espaços apresentam instalações elétricas mal revestidas, há aberturas como janelas e portas sem redes de proteção, em muitas OSCs os equipamentos não possuem tamanho adequado à produção, entre outros pontos de grande relevância para a garantia de alimentos seguros do ponto de vista microbiológico. Tais inadequações, inevitavelmente, desencadeiam não conformidades em itens avaliados no segundo tópico da RDC216/2004 de análise de higienização de instalações, móveis e utensílios. Isso, pois, se não há uma estrutura adequada, com paredes revestidas, móveis de materiais não permeáveis, instalações elétricas não expostas, por exemplo, dificilmente será possível realizar uma higienização apropriada dos locais.

Segundo uma análise mais detalhada dos subtópicos presentes na RDC216/2004 que foram marcadas como não conformes fazendo referências às estruturas do local, destacamos alguns. Estes fazem menção à presença de banheiros para funcionários em áreas externas, com produtos para a higiene dos funcionários adequados e a estrutura de caixas d'água. Como muitos grupos dependem de locais alugados ou emprestados, este controle não é de responsabilidade deles. Outro tópico que não foi analisado e que se encaixa nesta discussão, é o 4.3, controle integrado de vetores e pragas urbanas. Como não são locais próprios, dificilmente as OSCs teriam estas informações, exigidas na RDC216/2004. Assim, se houvesse um local padronizado pelo Estado, que estivesse de acordo com estes subtópicos, o trabalho realizado pelas OSCs estaria mais conforme o que é exigido.

Desta forma, muitas OSCs ficam à mercê de edificações emprestadas ou alugadas, o que impossibilita às instituições a realização de melhorias nos locais que utilizam para a produção dos alimentos doados à população em situação de rua.

A OSC, identificada pela letra C, declarou em um de seus relatos que se tivessem um local próprio para a produção dos alimentos, conseguiriam armazenar e planejar a produção de melhor forma. Ainda, há de se reforçar que, como todas as OSCs dependem exclusivamente de doações para realizarem suas

atividades, todo o dinheiro adquirido é priorizado para a aquisição de alimentos que alimentarão a população em situação de rua. Por isso, ao invés de adquirirem novos equipamentos ou realizarem reformas nos locais, destinam o dinheiro disponível para a compra de alimentos e, caso precisem de utensílios adicionais, como panela, tábuas, facas, pedem emprestado de conhecidos e/ou os voluntários levam de suas casas nos dias de produção das refeições.

Com relação aos manipuladores, alguns pontos devem ser destacados. Como a maioria destes são voluntários que atuam exclusivamente nos dias de produção de alimentos, os mesmos não usam uniformes, bem como não recebem treinamentos referentes às condições higiênico-sanitárias. As OSCs têm poucos recursos financeiros e garantir aos voluntários sua uniformização passa ser considerado como desperdício dos recursos. Vale ressaltar que os grupos de voluntários que atuam nas ações nem sempre é fixo, isto é, as pessoas que atuam na produção e na distribuição dos alimentos para a população em situação de rua, oscilam de ação para ação. Durante as visitas aos processos produtivos, foi possível perceber que alguns dos voluntários participam sempre das ações, outros participam de forma eventual e outros, participam uma única vez das ações. Dessa forma, é difícil aplicar treinamento de boas práticas para todos. Entretanto, como toda ajuda é bem-vinda, os responsáveis por cada grupo acabam permitindo a participação de quem se habilita em ajudar.

Aqui vale destacar as análises dos subtópicos que reforçam as discussões no parágrafo acima. São subtópicos presentes no tópico 4.2 (Tabela 4, no Anexo I), tópico 4.6 (Tabela 8, no Anexo I), a maioria dos subtópicos de tópico 4.8 (Tabela 10, no Anexo I) e subtópicos no tópico 4.9 (Tabela 11, no Anexo I). Todos estes subtópicos estão associados à padrões de comportamento que diz respeito à um profissional na cozinha, seguindo protocolos estabelecidos por lei e que ele aprende durante treinamentos previstos pelas empresas. No tópico 4.8, referente ao Preparo dos alimentos, há um grande comprometimento de conformidades por conta do trabalho voluntário. Por isso, os representantes das

OSCs buscam, da melhor forma que julgam ser possível, gerir o trabalho dos voluntários nos dias de produção. Aqui, esta relação nem sempre é tão rígida em termos de cobranças do que tem que ser feito e como deve ser feito, porque as OSCs dependem da ajuda deste voluntário. Esta força de trabalho sem apresenta com um perfil de informalidade.

Ainda sobre este perfil informal, como é um trabalho voluntário, muitos manipuladores acabam agindo sem capacitação para tal. Em geral, temos uma realidade em que os líderes das instituições, por não terem capital para fornecer uniformes e treinamentos ao pessoal, tentam dar instruções mínimas como lavar as mãos, uso de toucas e máscaras (por conta da pandemia). Contudo, se os voluntários não cumprem com exigências básicas como unhas aparadas e sem esmalte, uso de calça comprida, sapato fechado e outras mais, o máximo que as OSCs fazem é realizar uma recomendação verbal. Como toda ajuda é válida, as OSCs tentam minimizar atritos ou constrangimentos aos voluntários. O voluntário não tem a visão do todo que envolve uma adequada produção de alimentos, a fim de se garantir a segurança das preparações. Por isso, garantir a presença de funcionários contratados, treinados e devidamente habilitados à produção e distribuição dos alimentos e limpeza adequada dos locais, é fundamental.

Quanto aos itens referentes ao armazenamento e transporte do alimento preparado, evidenciou-se um ponto crítico relativo ao transporte, feito, na grande maioria, por automóveis pessoais. Sendo assim, por mais que sejam utilizadas embalagens de isopor, há perda de temperatura durante o percurso, além de não haver higienização apropriada dos veículos. Fica evidente que se houvesse a disponibilidade de uma cozinha centralizada nos locais de entrega do Projeto Mesa Solidária, não haveria este risco de contaminação dos alimentos. Outro fator que não é abordado no questionário, mas foi percebido em todas as visitas, foi que não há carrinhos de transporte para auxiliar na chegada das unidades do Projeto Mesa Solidária. Neste quesito, os grupos têm

dificuldades em descarregar e direcionar os alimentos até os locais de distribuição.

Ainda sobre os locais de distribuição das marmitas à população em situação de rua e referente ao tópico de exposição ao consumo do alimento preparado (Tabela 12). Percebemos que em alguns subtópicos deste item que apontam a necessidade de haver equipamentos de disposição das marmitas, que garantam a temperatura adequada e proteção contra contaminantes dos alimentos expostos ao consumo. A não conformidade destes não é de responsabilidade das OSCs, já que o restaurante pertence ao Mesa Solidária.

Sobre os itens de avaliação referentes à preparação, há dificuldades vinculadas às carências dos locais de preparação, principalmente no quesito temperatura de armazenamento e de produção dos alimentos. Não há, em nenhuma das OSCs analisadas, pessoas responsáveis pelo monitoramento de temperatura dos equipamentos de refrigeração e dos alimentos durante e após os preparos. Ainda, evidencia-se que 88,9% das OSCs não possuem equipamentos que permitam a manutenção dos alimentos preparados sob condições térmicas ideais, conforme preconiza a RDC216/2004.

No que se refere à exposição do alimento preparado durante a distribuição, 100% das OSCs analisadas não tem registros de temperatura dos alimentos que estão sendo distribuídos, seja em marmitas, seja em buffet. Apesar das marmitas serem de material que permite manutenção da temperatura por determinado período, é notório o fato de que os alimentos são consumidos mornos, o que pode gerar problemas referentes a multiplicação de microrganismos. Por isso, é imprescindível que o Estado forneça locais apropriados à preparação de alimentos e distribuição direta, de forma centralizada.

Os itens analisados que atingiram conformidades percentuais acima de 76%, foram os de abastecimento de água e manejo de resíduos. Quanto ao abastecimento de água, todos

os locais declaram ter estruturas adequadas. E, sobre o manejo de resíduos, percebemos irregularidades mínimas (no caso, os modelos de lixeiras), que não condizem com as exigências da RDC216.

Na Tabela 2, apresentada nos resultados, é possível identificar os percentuais de conformidade de cada umas das OSCs que fazem parte da amostra disponível desta pesquisa, em relação aos grandes grupos de análise detalhados pela RDC 216/2004.

Se considerarmos 76% o percentual mínimo de adequação necessária para termos padrões higiênico-sanitários aceitáveis, concluímos que todas as instituições estão aquém do ideal, sendo a situação ainda pior nas que estão abaixo de 40% de conformidade média.

A exemplo a OSCs D, foi possível perceber como algumas OSCs são reféns de espaço locados apenas para ações eventuais, espaços estes que não tem como objetivo a produção de alimentos em grande volume. Por isso, as adaptações são realizadas para que se faça possível a produção e guarda de alimentos nos locais, o que afetam os processos de higiene e de armazenamento. Problemas quanto ao armazenamento de alimentos ocorrem, porque os locais dispõem apenas geladeiras domésticas. A falta de um espaço físico próprio também interfere na aquisição de equipamentos e utensílios, além dos estoques destinados aos mantimentos.

A maior parte das OSCs tem % de adequação geral à RDC 216/2004 insatisfatório, mesmo que tenham de 51% a 75% de conformidades. E, mesmo que tenham % de adequação maior que 75% em alguns dos quesitos analisados, não conseguem cumprir minimamente quesito críticos, como os de manipulação, preparo e higiene, o que imprime riscos de contaminação microbiana em boa parte das etapas de produção e distribuição.

Apenas duas (2) das OSCs apresentam certas vantagens em relação aos espaços para produção das refeições. Ambos são espaços que já produzem e comercializam alimentos, o que garante

um pouco mais de conformidades à RDC 216 em referência às estruturas e higienização e às questões de manipulação.

Interessante perceber que as OSCs que se apresentam em não conformidade em referência aos tópicos de higienização, estão com percentuais de adequação baixos nos quesitos de instalações, comprovando que quanto mais precárias são as estruturas, mais difícil é para se manter uma higiene adequada.

Outro fator percebido é que, apesar dos percentuais de adequação à legislação sanitária referentes a matéria-prima serem, na maioria dos grupos, aceitáveis, a qualidade final do produto perde qualidade no tocante aos padrões higiênico-sanitários, devido à falta de estrutura e mão de obra voluntária não treinada. Não há garantia de que o alimento preparado não será contaminado e que microrganismos não se multiplicarão e/ou sobreviverão.

Para uma análise mais detalhada sobre cada um dos tópicos da RDC216/2004 e seus itens exigidos, identificamos que há uma necessidade de analisar essas não conformidades por outro ponto de vista. Para nossa discussão, nos questionamos qual a real validade de todos os tópicos da RDC216/2004 na garantia de uma preparação adequada e segura quanto o foco são as OSCs.

Entre estes tópicos, estão: documentação e registros (Tabela 13, no Anexo I) e Responsabilidade (Tabela 14, no Anexo I). No primeiro, em todos os subtópicos, é esperado que o estabelecimento tenha o Manual de Boas Práticas e os Procedimentos Operacionais Padronizados. Entretanto, sua falta não determina o mau planejamento no preparo dos alimentos, nem a má qualidade destes. Sobre o segundo, prediz que o responsável pela produção seja um profissional capacitado, que passe por constantes treinamentos em Boas Práticas.

Considerando todas estas discussões acerca do que é exigido por lei com as condições em que as OSCs trabalham, mesmo com todos os desafios, seus representantes sempre buscam o melhor do que pode ser feito. A começar pelas parcerias com fornecedores

de insumos, garantindo a entrega destas doações nos dias de preparo das marmitas e tudo dentro dos prazos de validade. O fornecimento de toucas e a solicitação de que os voluntários estejam com calças compridas, sapatos fechados e sem adornos, além de pedidos sobre a higienização das mãos e uso de álcool em gel, principalmente por conta do contexto da pandemia, para garantir a segurança destes e a higiene do alimento durante a manipulação dos alimentos. A determinação de etapas de trabalho, desde quem recebe os alimentos doados, quem fará a higienização, a divisão dos voluntários em praças de trabalho, quem cozinha, quem porciona as marmitas, quem faz a entrega nos restaurantes e, a que horas tudo isso será feito, são definidas de acordo com suas experiências próprias, adquiridas desde o começo dos trabalhos das OSCs ou, como em alguns casos, por experiências profissionais anteriores.

Ainda sobre o trabalho realizado, baseado no conhecimento adquirido com a experiência (conhecimento empírico), percebemos com as entrevistas e visitas às OSCs que há uma preocupação geral, de todos os representantes, quanto à escolha do cardápio a ser ofertado. Além de serem marmitas cheias, cuidam para que tenham alimentos dos grupos de cereais, leguminosas, carnes e legumes. Por mais que não tenham um conhecimento técnico da área de nutrição e, mesmo dependendo de doações, sempre buscam ofertas destes alimentos às pessoas em situação de rua. E também cuidam para entregar, além das marmitas, bebidas e algum alimento doce, no formato de uma refeição completa, junto com kits de higiene bucal e álcool em gel.

Considerações Finais

Com a aplicação do questionário da RDC216/2004 nas visitas às OSCs e, compreendendo o trabalho realizado, as dificuldades e as motivações, concluímos que este questionário não condiz ao formato de serviço prestado. São grupos independentes que precisam do trabalho voluntário, sem locais próprios, sem fins lucrativos e que dependem de doações de

insumos e embalagens, ao contrário de uma cozinha profissional, que dispõem de equipamentos, espaço apropriado à produção, técnicos da área auxiliando na gestão, funcionários fixos, renda pela comercialização de alimentos e todo um apoio para conseguir estar de acordo com a lei. Portanto, por mais que os resultados tenham sido insatisfatórios, precisamos considerar a grande diferença que existe entre as OSCs e os restaurantes profissionais.

E é por isso que o Estado deve apoiar estas instituições. Como previsto no Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009, lei da Política Nacional para a População em Situação de Rua, é de responsabilidade do Estado o cuidado da saúde deste grupo em situação de rua e a oferta de apoio necessário no que carecem. As OSCs são apontadas apenas como participantes deste processo, não como principais responsáveis e, mesmo assim, suas ações têm papel fundamental no apoio ao fornecimento da alimentação para esta população.

É imprescindível afirmar que todas as instituições atuam da melhor forma que podem, na melhor das intenções e com muito amor e comprometimento. Fazem o possível para fornecer marmitas nos dias combinados, quentes, com boa quantidade de alimentos. Este comprometimento deve ser engrandecido, porque, mesmo antes da implementação do Projeto Mesa Solidária, muitas das OSCs já vinham atuando há anos na entrega das marmitas. Já havia uma rede de organização em que buscavam definir uma logística para que pudessem atender os indivíduos em situação de rua em todas as refeições. Entretanto, como nada era formalizado e nem todos tinham esses contatos, havia desordem. O Projeto Mesa Solidária vêm como uma ferramenta também para haver essa organização da participação das OSCs.

Entendo que a atuação das OSCs não é obrigatória, mas que sem elas, o apoio à população em situação de rua seria precário e, considerando que este grupo é extremamente vulnerável, conforme reforçado no Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, o Estado deve dar suporte à estas ações (BRASIL, 2012). Além da parceria do Projeto Mesa

Solidária, que busca organizar o calendário de entrega dos grupos, as quantidades de marmitas a serem entregues, a estruturação de um espaço apropriado para entrega e a alimentação dos indivíduos vulneráveis, é de interesse do Estado que estas OSCs atuem indo de acordo com as normas previstas na RDC216/2004.

Logo, é necessário que haja o desenvolvimento de políticas públicas que auxiliem as entidades, com a disposição de um espaço apropriado, segundo os tópicos exigidos pela legislação da RDC216/2004, garantindo fornecimento de alimentos de boa qualidade, com quadro de funcionários mínimo, que possa garantir higienização e preparo dos alimentos. Ao invés de voluntários, mão-de-obra capacitada e garantida. Estes passariam a atuar como uma forma de melhoria dos processos, dentro de cada um dos grupos das OSCs.

Esta proposta é vantajosa para o governo, pois auxiliaria no cumprimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua no que diz respeito ao fornecimento da alimentação (BRASIL, 2009). Auxiliaria as OSCs, no que diz respeito ao fornecimento garantido de alimentos e a uma estrutura que segue todas as adesões exigidas, o que possibilitaria um atendimento mais conciso e abrangente. Além disso, é importante considerar a expansão do Projeto Mesa Solidária, que atualmente se encontra tão centralizada, atendendo apenas as populações presentes na região Central da cidade. Sabemos que muitos indivíduos em situação de rua não têm acesso às unidades atuais do Mesa Solidária, porque não têm dinheiro para usar o transporte coletivo ou outro meio de transporte.

Ficou claro, em conversas com alguns membros de vários grupos, tanto nas visitas, como nas entrevistas, que procuram fazer o melhor que podem, com o que têm acesso. Caso haja arrecadações de dinheiro, prioriza-se a compra de mais alimentos, que possam alimentar mais e mais pessoas. Além disso, a maioria concorda que gostariam de ajudar mais e que desejam ter mais recursos e meios para conseguir atender mais pessoas. Em momento algum comentaram sobre reformas de espaço ou

compra de equipamentos. O foco principal é a alimentação que será distribuída, independente das dificuldades que vivenciam.

Referências

BRASIL (a). Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>> Acesso em 28 de agosto de 2013.

BRASIL (b). Lei de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/consea/biblioteca/publicacoes>> Acesso em 5 de agosto de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm>. Acesso em: 30 out. 2016.

CARVALHO L, ROCHA D. Programa de aquisição de alimentos: a lente da bioética na segurança alimentar. Rev. Bioética. 2013; 21(2): 278-290.

BRASIL. Resolução – RDC nº275, de 21 de outubro 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/anexos/anexo_res0275_21_10_2002_rep.pdf>. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Resolução – RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0216_15_09_2004.html>. Acesso em: 01 set. 2020.

BRASIL. Decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.053%20DE%2023,que%20lhe%20confere%20o%20art> Acesso em 10 de maio de 2021.

PIMENTEL PG, SICHIERI R, SALLES-COSTA R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. Rev Bras. Est. Pop. 2009, 26(2):283-294.

SEGALL-CORRÊA, MARIN-LEON. EBIA de 2003 a 2009. Revista de Segurança Alimentar e Nutricional. 2009, 16(2): 1-19.

UNESCO. Declaração universal dos direitos humanos. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Representação da UNESCO no Brasil. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.UNESCO.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

IBGE. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. 2004.
Disponível em: http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/index.php?pagina=dhaa_ibge_escala

Esboço para o roteiro tísico de uma cidade: cartografias da tuberculose na cidade da Parahyba do Norte (1909-1923)

Rafael Nóbrega Araújo¹

Considerações iniciais

O presente texto tem por objetivo discutir e cartografar a incidência da tuberculose na cidade da Parahyba do Norte², analisando a presença da tísica no contexto da capital do estado da Paraíba e a relação entre a cidade e a doença no ínterim entre 1909 e 1923. Trata-se de um esforço para traçar um roteiro³ tísico

1 Bolsista de Doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em História pelo Programa de Pós-Graduação em História na Universidade Federal de Pernambuco, na linha de Relações de Poder, Sociedade e Ambiente orientado pelo Prof. Dr. Carlos Alberto Miranda. E-mail: rafael.nobreg.araujo@gmail.com

2 Em referência à cidade da Parahyba do Norte (atual João Pessoa) utilizar-se-á a grafia de época com *hy* enquanto ao estado de mesmo nome preservar-se-á a grafia atual de Paraíba.

3 Aludo aqui ao trabalho do fotógrafo e cineasta paraibano Walfredo Rodriguez (1893 – 1973) que traçou um passeio retrospectivo pela pretérita cidade de suas memórias afetivas em *Roteiro sentimental de uma cidade* (1962) reconstituindo as ruas,

para a cidade, de modo a contextualizar a tuberculose em sua relação com o espaço urbano, desvelando a cidade sob a ótica da doença, com suas personagens, suas ruas infectas e suas casinhas de palha que pagaram pesado tributo à peste branca, suas instituições hospitalares e os discursos médicos no combate ao bacilo, cuja presença se fazia sentir, era forçoso e urgente reconhecer, nos lugares de lazer e labor.

A minha escolha pelo recorte temporal se justifica pelo que identifico como sendo o momento a partir do qual foi possível mensurar, estatisticamente, o problema sanitário da tuberculose na cidade da Parahyba. Não que antes desse período a tísica não figurasse como um problema de saúde pública, mas até então, embora os médicos em seus relatórios assinalassem a vultosa presença da doença, não tinham, ainda, os instrumentos para avaliar, quantitativamente, o impacto e os estragos que a tuberculose representava no obituário da capital do estado. Somente a partir de 1909, com a criação do *Serviço Estatística Demografo-Sanitária*, foi possível mensurar, ainda que de forma muito precária, o que a tuberculose significava do ponto de vista da população.⁴

Não por acaso, o artigo do médico veio a lume num momento em que se discutia e articulava a instalação de um serviço de profilaxia da tuberculose na cidade. Mobilizada em torno do problema da tuberculose, a classe médica paraibana publicou, com frequência regular, entre maio e dezembro daquele ano, uma série de artigos sobre a questão. A tônica dos discursos médicos era, de um lado, alertar para a incidência da doença na cidade e, por outro, construir uma consciência sanitária em torno da questão. Esses dois pontos se articulavam em torno de um objetivo final: a profilaxia da tuberculose. Ao mesmo tempo

casas e personagens da Parahyba do Norte de outrora. Enquanto Walfredo Rodriguez traça um roteiro sentimental da cidade, aqui elaboro um esboço para um roteiro tísico da cidade, isto é, a caracterização e a contextualização da urbe a partir da tuberculose.

4 O problema da morbidade sob o ponto de vista endêmico e seu impacto na população, noção cara à biopolítica, é analisado por Michel Foucault na Aula de 17 de março de 1976 nos cursos ministrados no Collège de France, publicados em português sob o título *Em defesa da sociedade*.

em que se chamava a atenção para o problema da tuberculose, o discurso médico instruía a população para as formas de impedir o contágio e divulgava os serviços do Dispensário Epitácio Pessoa, o primeiro dispensário antituberculose da cidade da Parahyba do Norte, inaugurado em 11 de dezembro de 1923, representando a tomada por parte do Estado do papel na luta contra a tuberculose na Paraíba.

Para a consecução do meu objetivo, o escopo da minha documentação é constituído por diferentes tipologias de fontes. Em primeiro lugar, privilegio as fontes médicas e sanitárias: os *Relatórios de Higiene* que permitem analisar as condições de higiene e salubridade da cidade da Parahyba; os *Boletins Mensais de Estatística Demographo-sanitária* e os *Anuários Estatísticos*, ambos produzidos sob a pena do médico Azevedo Silva no Serviço de Demografia Sanitária, para os anos de 1913, 1921, 1922 e 1923, que possibilitam identificar o impacto geral da tuberculose no obituário; e os *Relatórios de Provedoria da Santa Casa de Misericórdia* para discutir a assistência hospitalar aos tuberculosos no período. Em segundo lugar, me apoio em periódicos impressos que circularam na cidade da Parahyba do Norte, entre 1909 e 1923, para obter informações sobre as condições de saúde e higiene da cidade, bem como seus problemas sanitários. Constitui importante escopo documental nesse sentido, periódicos como os jornais *A União* e *O Norte* e a revista *Era Nova*, que cobrem todo o período histórico aqui recortado, bem como a *Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba* que, além de fornecer subsídios para uma história saúde pública na Paraíba, possui ricas informações sobre a evolução e formação histórica da capital do estado. Em terceiro lugar, documentos oficiais, como *Mensagens de Governo* apresentadas pelo executivo estadual à Assembleia Legislativa e as *Coleções de Leis e Decretos* editados pelo governo do estado que possibilitam entrever as ações e omissões do governo do estado.

Pressupondo que as doenças estão ligadas às condições de existências e as formas de vida dos indivíduos, parto do entendimento que os fenômenos mórbidos variam conforme

as épocas e os lugares, se configurando como um elemento de desorganização e reorganização social, para cuja construção histórica concorre diversos aspectos espacial e temporalmente situados que dizem respeito à história e ao historiador (LE GOFF, 1985; PETER; REVEL, 1988, SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004; FOUCAULT, 2011). Metodologicamente, procuro analisar a maneira como o combate à tuberculose se constituiu nas cartografias cidade da Parahyba do Norte nas primeiras décadas do século XX a partir de uma perspectiva histórica com ênfase às dimensões culturais e sociais da doença, considerando suas representações e metáforas. Com efeito, me vinculo a uma perspectiva teórica foucaultiana para problematizar os discursos médicos sobre a tuberculose, produzidos pelas relações de poder constitutivas da modernidade e dos seus esforços de racionalização no processo de “governamentalização” do Estado a partir do qual se produziu um poder sobre a vida, por meio de dispositivos de controle que incidem ao mesmo tempo sobre o indivíduo e a população (HOCHMAN; ARMUS, 2004; FOUCAULT, 2008; LEMKE, 2017).

A marcha ascendente da tuberculose na cidade da Parahyba do Norte

Em 7 agosto de 1923, o médico Manoel Azevedo Silva, publicou no jornal *A União*, periódico oficial do estado que possuía a maior tiragem e circulação, um alarmante artigo sintomaticamente intitulado “*A devastação da tuberculose pulmonar na Parahyba*” que estampou a capa do pasquim. O texto trazia como *lead* o seguinte comentário: “augmentam [a] cada anno os óbitos por tuberculose na nossa capital”. Por ocasião da chefia no Serviço de Estatística Demografo-Sanitária da Diretoria de Higiene, o dr. Azevedo Silva pôde observar, desde 1909, a escalada ascendente de óbitos por tuberculose pulmonar na cidade da Parahyba. Entre 1909 e 1922, as mortes provocadas pela doença aumentaram de 83 para 194, representando, 1.922 óbitos ou 13% do total de moléstias infecciosas (*A União*, 07/08/1923, p. 1).

QUADRO 1

Evolução de óbitos por tuberculose pulmonar em relação ao obituário geral

<i>Ano</i>	<i>Mortalidade geral</i>	<i>Óbitos por tuberculose pulmonar</i>
1909	632	83
1910	890	177
1911	776	91
1912	776	122
1913	1.031	100
1914	1.076	193
1915	890	145
1916	844	130
1917	854	130
1918	1.245	133
1919	1.158	167
1920	1.096	130
1921	1.178	127
1922	1.289	194
Total	13.732	1.922

Fonte: *A União*, 07/08/1923, p. 2.

No mesmo período, a população da capital paraibana mais que dobrou, saindo de 25 mil habitantes no ano de 1909 para mais de 53 mil em 1923. Como se observou no quadro, embora houvesse anos em que o número óbitos caísse ou se mantivesse em estabilidade, há uma tendência de crescimento. A média de mortes por ano para tuberculose era de aproximadamente 147 óbitos. Segundo o médico Manuel Azevedo Silva, o número de mortes por mil habitantes correspondia a 15,2.

Esses números alarmavam a comunidade médica e despertavam a preocupação das autoridades políticas paraibanas,

que de forma cada vez mais freqüente chamavam atenção para o “problema da tuberculose”, tida como “a maior dizimadora das coletividades” nos jornais e revistas, bem como nas Mensagens de governo. A tuberculose, doença cosmopolita por excelência, parece ter acompanhado o crescimento urbano desordenado, fato que reclamava das autoridades públicas, engenheiros e médicos ações para controlar e disciplinar o espaço urbano, modernizando-o, tirando seu aspecto antiquado, atrasado, insalubre, numa palavra, tísico.

A disseminação da tuberculose pelas ruas da cidade

Segundo o médico Manuel de Azevedo Silva, não havia nenhuma localidade na cidade da Parahyba do Norte que a peste branca tivesse poupado na sua ceifa anual de vidas, mesmo nos arrabaldes e subúrbios da cidade, isto é, nas áreas mais afastadas do centro, que tenham passado incólumes à funesta marcha da tuberculose pulmonar. Em seu artigo, o médico demografista, constatava alarmado que:

A tuberculose, peste branca, como é ultimamente chamada acha-se disseminada por todas as ruas de nossa urbs, arrabaldes e subúrbios como Marés, Barreiras, Lagôa Grande, etc. Até a rua da Matta e a do Sertão não escaparam ao contágio!! (*A União*, 07/08/1923, p. 1)

De acordo com o levantamento do *Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitária*, nada menos que 39 ruas da capital paraibana registraram ao menos um óbito em decorrência da tísica no ano de 1913. Ao todo, foram 63 mortes registradas em domicílio contra 39 no Hospital de Sant’Anna, mantido pela Santa Casa de Misericórdia, que prestava alguma assistência aos doentes de peito, sendo um óbito registrado no Vapor Olinda, de passagem pelo porto da cidade (PARAHYBA DO NORTE, 1913).

A cidade da Parahyba do Norte fora edificada em um terreno sinuoso, faceando a margem leste do rio Sanhauá, dividindo-se em Cidade Alta e Cidade Baixa com referência à topografia da cidade. A parte alta da cidade concentrava os principais edifícios públicos, construções administrativas, religiosas e residenciais, enquanto a Cidade Baixa, também conhecida como Varadouro, sediava as principais atividades comerciais, alfandegárias e portuárias da urbe. Em 1889, a Cidade Alta contava com vinte e oito ruas, sete travessas e vinte becos constando de 984 prédios, dos quais 44 eram sobrados e 382 casas de palha, 28 das quais localizadas por trás da Rua das Trincheiras, no Sítio do Forte.⁵ Por seu turno, o Varadouro possuía trinta e uma ruas, nove travessas e treze becos concentrando 1112 prédios, sendo 50 sobrados e 361 casas de palha, dentre as quais, mais de 16, na ladeira da Rua São Mamede, localizada por trás do Convento de São Bento⁶ (JARDIM, 1911, p. 90-93).

Ao todo, levando em consideração os dados oferecidos pelo agrimensor de terrenos da Marinha, Vicente Gomes Jardim, a cidade da Parahyba do Norte possuía 59 ruas, 33 becos e 16 travessas. Cruzando esses dados com a quantidade de ruas em que o médico demografista Manuel Azevedo Silva registrou óbitos para tuberculose, pode-se observar que das 59 ruas da cidade, 39 haviam registrado mortes de tuberculosos. Diante desse comparativo, não parecia exagerado ao médico demografista afirmar que a peste branca achava-se disseminada por todas as

5 As ruas que compunham a Cidade Alta eram: Duque de Caxias, Marquês do Herval, Visconde de Pelotas, Alagoa, Nova d'Alagoa, Mangueira, Palmeira, Trincheiras, Jaguaribe, Carmo, Misericórdia, S. Bento, Matriz, São Francisco, Aurora, Tambiá, Mãe dos Homens, Major Moreira, Bica, Emboca, S. José, Santo Elias, S. Antônio, Diniz, Senzala, Laranjeira, Tesoura e Muro de S. Francisco. (JARDIM, 1910, p. 90).

6 As ruas que compunham a Cidade Baixa eram: Visconde de Inhaúma, Conde D'Eu, Barão da Passagem, Barão do Triunfo, Viração, Alegria, Gameleira, Boa Vista, Flores, Raposa, Gravata, Mulungú, Quartel, Limoeiro, Império, Macaíba, Fogo, Medalha, Tanque, S. Frei Pedro Gonçalves, Bica dos Milagres, Formosa, Imperatriz, Cajueiro, Visconde de Itaparica, Matinha, Riacho, Estrada Nova, Consumo, Cadeia Nova, Cemitério. Existiam ainda três ruas sem denominação na localidade chamada Jardim que se localizava no perímetro formado pelas ruas Formosa a oeste, Império ao norte, Medalha a leste e Imperatriz ao sul. Presentemente, a Rua de São Mamede é crismada pelo mesmo nome. (JARDIM, 1910, p. 93).

ruas da “nossa urbe”. Ora, em praticamente todas havia ao menos um registro de morte pela consunção pulmonar provocada pelo bacilo de Koch. E falando de uma rua da cidade em específico, Manuel Azevedo Silva escrevia que:

Já relatamos em um dos nossos artigos o caso da rua da Pitombeira, composta de casebres de palhas, onde a tuberculose fez tal devastação, dizimando todos os seus habitantes em 1918, que só no mês de março do dito ano, registramos 3 óbitos por tuberculose na dita rua! A partir desse ano a Pitombeira parece ter morrido, pois nenhum óbito mais registramos. (*A União*, 07/08/1923, p. 1)

Segundo o médico demografista a quantidade de óbitos registrados por tuberculose em uma única rua, composta de casas palhas, da cidade da Parahyba do Norte, parecia indicar que todos os habitantes da Rua da Pitombeira haviam morrido. Exageros à parte, a hipérbole empregada pelo facultativo parecia indicar uma situação dramática vivida pela população pobre da cidade, que pesado tributo pagava à peste branca em sua ceifa quase diária de vidas na capital paraibana. Seu relato, feito mais de três décadas após a descrição da cidade por Gomes Jardim, relacionava diretamente o dado relativo ao elevado número de mortes por tuberculose na rua ao fato desta ser composta de casas de palha, associando as más condições de habitação e a promiscuidade da moradia como um fator preponderante para o número elevado de óbitos naquela localidade.

A moradia anti-higiênica

Nessa época, a moradia em casas de palha era comum e sua construção era distribuída ao sabor das conveniências pelas ruas e ladeiras da cidade, sem observância às regras estabelecidas para a ocupação do espaço urbano.⁷ Os casebres de palha davam ao observador da cidade, pelo olhar de Walfredo Rodriguez, a

7 Sobre as Posturas Municipais erigidas para esta finalidade e sua observância ou não nas edificações, ver: ARAÚJO, 2001.

impressão de “uma visão pitoresca e ampliada de um presépio em noite de Natal” (RODRIGUEZ, 1994, p. 27). Sua presença era motivo de denúncia e recriminação por parte dos discursos médicos que alertavam para o problema da habitação como elemento que “preparava o terreno” para a tuberculose.

Visões como estas destoavam daquilo que a elite cidadina almejava para a sua realização enquanto cidade. Conforme Edna Maria Nóbrega Araújo, a imagem que pode ser trabalhada da cidade da Parahyba do Norte no final do século XIX e início do século XX é a da busca por símbolos modernos ditos da “civilização” e que, “em alguns momentos, se aproximavam dos ideais de modernização para o espaço urbano.” Havia o desejo, por parte da elite da cidade, de dotar a urbe de uma nova roupagem que fosse condizente com os “novos” tempos. Dessa forma:

As autoridades insistiam na necessidade de erradicar esse tipo de construção nos perímetros urbanos e, nesse sentido, passaram a editar leis, proibindo construções e reconstruções e até mesmo reparo nas casas localizadas nas áreas centrais da cidade. A justificativa para perseguição às casas de palhas se dava, inicialmente, por serem consideradas fora do alinhamento, por tornarem a cidade feia e, também, por serem focos disseminadores de doenças. As casas de palhas e a forma com que eram dispostas nas ruas, não guardavam nada em comum com o projeto da modernidade européia que se buscava copiar. (ARAÚJO, 2001, p. 125)

Na cidade tida como “moderna” que se pretendia construir, não havia espaço para os casebres com seus telhados de palha, pois estariam fora dos padrões considerados “civilizados” e que, segundo os governantes da cidade, deveriam ser transformados. Assim, aos poucos, as casas de palha foram desaparecendo, sendo eliminadas, principalmente do centro da cidade, pois o “novo modelo de cidade que se pretendia erguer dispensava a estética tradicional de construção trazida do campo (casas de taipa e cobertas de palha), para dar lugar à alvenaria e às linhas retas resultantes dos traçados a tijolos, que por sua vez, além da finalidade estética de embelezar

a cidade, era vista como uma medida saneadora para combater a disseminação da tuberculose.

Buscavam-se casas mais amplas, arejadas, com acesso à luz como forma de impedir, entendidas pelo discurso higienista como os únicos meios de frear o avanço da peste branca, uma vez que associada à má alimentação e ao trabalho insalubre, as casas sem higiene, sem luz e sem ventilação eram percebidas como os principais elementos geradores e disseminadores da tuberculose (NASCIMENTO, 2002, p. 39). Era preciso se livrar, como dizia o médico Flávio Maroja, da “nossa antiga edificação, sem arte e sem esthetica, sem ar e sem luz” (MAROJA, 1911, p. 431).

A década de 1910 na cidade da Parahyba do Norte foi caracterizada pela organização do Serviço de Higiene Pública na Paraíba, mediante a sua criação e regulamentação pelo Decreto n. 494, de 8 de junho de 1911, que representou um importante marco no âmbito da saúde pública e da higiene na cidade, uma vez que dotou a urbe de uma Repartição de Higiene, subordinada ao poder executivo estadual, que passava a destinar sua atenção para o problema da salubridade e das doenças que afetavam a população citadina (SÁ, 1999). Trata-se de um momento histórico, em que a secular cidade da Parahyba do Norte passava por várias transformações, dando mostras de que sua elite e parte de sua população ansiavam por um passaporte para adentrar nas tramas da modernidade e vivenciar os hábitos e costumes de uma cidade dita moderna. Foi nessa década que a cidade teve seus encontros com alguns signos do moderno como a luz e o bonde elétrico, a água encanada, que, contudo, não chegava para toda a população (ARAÚJO, 2001).

Munidos do Regulamento que organizou o Serviço de Higiene Pública do Estado, os médicos higienistas tiveram seu discurso fortalecido. No capítulo que tratava da Polícia Sanitária, a referida lei previa que os Delegados de Higiene teriam como finalidade evitar a manifestação ou propagação das “moléstias infectuosas”, bem como “prevenir e corrigir os vícios das habitações e abusos de seus proprietários ou procuradores destes,

arrendatários e moradores, que possam comprometter a saúde pública” (PARAHYBA DO NORTE, 1912, p. 72). Através da Lei que organizou este serviço, “os médicos e delegados de higiene passaram a encontrar justificativa e respaldo para invadirem, inspecionarem, interditar e até demolirem casas” (ARAÚJO, 2001, p. 131). Assim, se estabeleceu que:

Art. 143. A policia sanitaria se realizará por meio de visitas systematicas a todas as habitações particulares ou collectivas, estabelecimentos de qualquer espécie, onde, alem de attender ás suas condições hygienicas, asseio, conservação e estado de saúde de seus habitantes [...] Art. 149. Quando a juízo da autoridade sanitária as casas, commodos ou estabelecimentos de que trata os artigos anteriores não forem saneáveis e não poderem por isso servir sem prejuízos para a saúde publica, a autoridade sanitária intimará o proprietario ou seu procurador, arrendatário ou locatário a desocupal-as e fechal-as, reconstruil-as ou demolil-as em praso determinado, sendo então affixado o interdito, cabendo no caso de infracção a multa de 100\$000. (PARAHYBA DO NORTE, 1912, p. 74).

Dessa forma, para atender aos imperativos da ordem higiênica para a cidade, dezenas de casas de palha, vistas como disseminadoras da tuberculose, foram demolidas na cidade da Parahyba. O campo de ação dos higienistas foi ampliado e reforçado para além das reformas espaço urbano, passando a interferir também nas habitações, no interior das casas e suas condições higiênicas. A precariedade das condições de habitação, portanto, era vista como um dos fatores responsável pela alta taxa de mortalidade registrada pelo *Serviço de Estatística Demografo-Sanitária*.

Tais condições, de acordo com Maroja, poderiam se aplicar às moradias dos seiscentos operários, de ambos os sexos, que trabalhavam na fábrica de tecidos de Tibiri. Na condição de médico da Companhia de Tecidos Paraibana, Flávio Maroja foi incumbido a produzir um relatório apresentando aos diretores da fábrica as condições higiênicas do ambiente fabril, de seus operários e das habitações destes. Pelo que era dado a observar ao médico:

Nas visitas que em suas casas – arremedo de mal acabadas choupanas – tenho feito a muitos dos nossos operários, noto com tristeza, sem ser preciso lançar olhar curioso, o que vae por ali na ausência de todos os necessários elementos de conforto à vida humana. A isto junta-se uma alimentação que pécca pela quantidade e pela qualidade e veja-se a que estado de miséria fica em pouco tempo reduzido esse organismo, duplamente exgottado pelo trabalho e pela alimentação insuficiente. (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3)

Através da visão de Flávio Maroja somos levados a adentrar, ainda que rapidamente, e vislumbrar as dependências das moradias dos trabalhadores da fábrica. A ideia que podemos fazer de suas casas é exatamente a partir de uma ausência. As condições materiais, ou antes, a falta delas, seria na visão do higienista o principal fator predisponente para a infecção tuberculosa.

O trabalho insalubre

Somava-se às péssimas condições de salubridade das casas, o ambiente fabril saturado de poeira advinda dos fardos de algodão utilizados na tecelagem. Sobre o ambiente de trabalho ao qual estavam submetidos os operários, o médico explicava que:

Todos comprehendem que em tal gênero de serviço tem o operário a sua vida de certo modo ameaçada, já pelos desastres que podem de momento colhel-o, matando-o ou inutilizando-o, já pelas moléstias que pode adquirir num trabalho de longas horas, respirando n'uma atmosphaera confinada, de poeiras e quente, e já pelas próprias condições do ambiente e do indivíduo, - este sem a mais rudimentar noção de hygiene privada com que possa abrigar-se da contaminação do morbus que por ventura seja portador seu vizinho. (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3)

Em seu relatório, o médico chama a atenção para a questão do ar da fábrica. As longas, extenuantes e perigosas horas de trabalho na fábrica de Tibiri numa atmosphaera confinada, fechada, de ar viciado, quente e repleta de fragmentos de poeira advindos dos fardos de algodão, revelavam a “bem conhecida acção nociva

que, de um modo geral, exercem as poeiras sobre o aparelho respiratório”, pois que “Com efeito, a inalação demorada das poeiras provenientes da manufactura do algodão [...] predispõe o operário às affecções da via respiratória” (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3). Segundo o médico, agindo de forma “traumatizante”, pequenos corpos estranhos entrando em contato demorado com a mucosa brônquica ocasionariam a irritação permanente das mesmas, provocando pneumonias. Esse cenário constituiria um quadro perigoso, pois contribuiria para predispor o operário para a tuberculose.

Mas como minorar essas condições? Quais medidas atinentes ao higienista deveriam ser tomadas para que a tuberculose não se propagasse entre os operários? Para Maroja, era preciso educar higienicamente o trabalhador para que este pudesse evitar a propagação da tuberculose, pois “falando aos operários da “Tibiri”” era possível adverti-los “dos perigos a que estão sujeitos pela natureza dos serviços”, na tentativa de “oppor toda resistência” a esses perigos, o que no entendimento do médico equivalia a “trancar as portas” para as moléstias evitáveis juntamente à “alimentação tônica, nutriente, com uma habitação pobre, porém asseada” e outros elementos que visassem garantir a “integridade orgânica” do trabalhador (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3). Como apontado por Helen Gonçalves, em relação à tuberculose a noção de doença social e de doença operária tornava-se cada vez mais fortificada no país, assim:

As discussões no âmbito médico, social e político deixavam claro que a educação higiênica era uma das soluções, e que a estrutura urbana só favorecia a disseminação do mal; entretanto, ainda assim prevalecia o tratamento higieno-dietético, para aqueles que podiam afastar-se do trabalho e manter uma boa alimentação. (GONÇALVES, 2002, p. 19)

Aos operários da Fábrica de Tecidos Tibiri, contudo, não lhes era dada nenhuma possibilidade de se afastar do trabalho para manter uma boa alimentação. O máximo que o médico

recomendava era intercalar as horas consecutivas de trabalho com pequenos intervalos de repouso para “renovar” as forças musculares do operário e a instalação de restaurantes nas dependências da própria fábrica ou nas adjacências para impedir longos deslocamentos dos funcionários em busca de alimentação. O que se percebe do relatório do dr. Flávio Maroja é que, em nenhum momento, ele propõe alguma mudança estrutural na fábrica que visasse melhorar as condições de trabalho das miseráveis almas que aspiravam, cotidianamente, a poeira de algodão deteriorando seus pulmões para enriquecer alguns poucos diretores e aumentar as rendas do estado. Ao contrário, o discurso do médico, de certa maneira, responsabilizava o indivíduo pelo desconhecimento das noções básicas de higiene ou pelos seus “maus” hábitos.

O combate ao “detestável” e “pernicioso” hábito de escarrar

O dr. Flávio Maroja reclamava do “hábito pernicioso e detestável” ao qual se opunham os higienistas como medida profilática contra a tuberculose, que era o hábito de “se cuspir ou escarrar onde quer que se ache, seja por um hábito corrigível, seja pela necessidade de se eliminar as mucosidades contidas nos alvéolos pulmonares.” Para isso, advogava da necessidade de que era preciso “educar o indivíduo, o operário, habilitando-o a conhecer os perigos desse desgraçado hábito” que se impunha na ótica do higienista com uma necessidade “em benefício da colectividade.” Além disso, defendia a adoção de escarradores coletivos, que deveriam constituir reservatório adequado para receber as porções de catarro lançadas quer seja daqueles indivíduos incorrigíveis, quer seja, especialmente, os laivos sanguíneos expelidos pelos pectários, desde que fossem “cuidadosamente asseados e desinfectados.” (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3).

O dr. Manuel Azevedo e Silva, usando mais uma vez do seu lugar de médico demografista, mostrava-se alarmado com o crescimento do número de casos de tuberculose, apontando que:

Merece sérios reparos por parte dos poderes públicos e da Directoria de Hygiene a marcha ascendente da tuberculose pulmonar entre nós. Há poucos anos de extrema raridade, vemol-a invadindo todas as camadas sociaes, vehiculada ora, por contágio directo dos tuberculosos que perambulam na cidade, escarrando nos bonds, cafés, cinemas, trens, etc. (SILVA, 1912, p. 27)

Recomendava por isso a proibição da venda de doces e outros comestíveis sem a competente resguarda de poeiras atmosféricas por meio do uso de caixas com tampa de vidro, tendo em vista o clima da cidade que, durante os dias de verão, tinha suas ruas varridas pelas rajadas de vento litorâneo, que segundo o médico desprendiam ondas de “poeira orgânica” que potencialmente carregavam o bacilo da tuberculose. Segundo o médico, o prefeito José Bezerra de Cavalcanti (1912 – 1916) havia atendido a propaganda feita por meio da imprensa e passou a instituir tal medida.

No entanto, nem todos se compraziam pela necessidade de evitar o “desprendimento” de tais “poeiras orgânicas”. Numa quinta-feira de uma manhã quente e ensolarada de verão na capital da Paraíba, flanando pela Rua da República, um das principais artérias da Cidade Alta, poder-se-ia ver a seguinte cena se desenrolar no Jardim Público, situado naquele logradouro:

Recebemos reclamações contra o costume do guarda do Jardim Público varrer este logradouro ao meio dia, em plena soalheira, levantando nuvens de pó que se evolum no ambiente e invadem as narinas dos incautos transeuntes. As pobres victimas são obrigadas a tapar as narinas se não querem correr o risco de infeccionar os pulmões com algum bacillo da tuberculose. Num logar assaz freqüentado como o Jardim, que recebe diariamente os escarros de numerosos tuberculosos e portadores de outras moléstias não é nada hygiênico que o alludido guarda assanhe com sua vassoura imprudente a milionária colônia de micróbios que fazem *rendez-vous* naquele ponto de distrações. (*O Norte*, 21/12/1916, p. 1)

O articulista do jornal *O Norte* sugeria, por assim dizer, que o Jardim deveria ser varrido, assim como as ruas, nas “horas mortas” da noite quando não concorria para o maior trânsito de pessoas no logradouro público como acontecia ao meio-dia. Finalizando a denúncia, o articulista do jornal perguntava-se, em tom repleto de ironia, se “Attenderá o sr. guarda o pedido dos reclames ou precisará que a auctoridade competente o force a isto?” Nada mais precisava ser dito.

Acontece que o Jardim Público, que constituía uma das melhorias estéticas empreendidas pelos governantes do estado, no sentido de dotar a cidade de ares “europeus”, se configurava como um importante espaço de demarcação social. Este logradouro possuía um sofisticado coreto, produzido na França, onde em determinados dias da semana, realizavam-se retretas e tocavam-se óperas de Puccini para as camadas médias e altas da cidade. Existia um gradil que separava o interior do Jardim Público do passeio, isto é, das calçadas ao redor da praça, o único espaço que os pobres e as camadas mais baixas da sociedade poderiam acessar.

Dessa forma, o gradil do Jardim Público “concretizava, portanto, a separação entre as camadas populares e a elite. Não se tratava das grades de uma cadeia, mas possuíam, também, a sensação da exclusão e do aprisionamento ao avesso, por estabelecerem quem ficava fora de um espaço privativo” (ARAÚJO, 2001, p. 127). É possível, inclusive, que tal medida visasse isolar os pobres de acessar o interior do Jardim Público por questões higiênicas, isto é, proibir que os pobres, numa representação tão em voga na época, vistos como portadores de doenças, especialmente da tuberculose, adentrassem o local para não infectar as classes médias e altas da cidade que freqüentavam o local. Se o Jardim Público não fosse um local de lazer restrito à elite cidadina, o articulista do jornal *O Norte* carregaria tanto nas palavras timbradas em crítica à “imprudente vassoura” do zelador? Ou a prática do guarda do Jardim de varrer o logradouro em plena “soalheira” somente era um problema, por ser incômodo para determinadas classes sociais?

O que as descobertas científicas que revelaram a transmissão da doença pelo escarro fizeram foi transformaram a repugnância desse hábito em uma verdadeira histeria higienista, como bem colocado por José Rosemberg:

Com as constatações de Koch da transmissão da doença pelo escarro e com as pesquisas de Pflügge, que obtinha culturas do bacilo da tuberculose nas placas distribuídas nos recantos dos quartos onde viviam tísicos, pelas gotículas produzidas pela tosse e pelas poeiras de material dessecado que nelas se depunham, desencadeou-se verdadeira histeria contra o escarro pelas campanhas alarmantes das instituições médicas e órgãos de saúde pública. (ROSEMBERG, 1999, p. 22)

Os próprios médicos higienistas paraibanos, apesar de desaprovarem o hábito de escarrar, não esperavam extirpá-lo, como demonstra a sugestão do emprego de escarradeiras coletivas para essa finalidade, desde que estas fossem devidamente asseadas e desinfetadas. Sobre o uso de escarradores, os higienistas consideravam que “O que é preciso ensinar ao público, com efeito, é que não deve elle escarrar, desde que não seja doente; e se é doente não deve escarrar nem no solo, nem no lenço, e que só o escarrador de algibeira é a salvaguarda de sua saúde e da de seu vizinho.” (*O Norte*, 28/04/1909, p. 3).

Assim, nesse processo de “civilizar” os hábitos dos tuberculosos a fim de evitar que disseminassem sua doença no seio da coletividade, a educação sanitária parece ter desempenhado um importante papel no empenho dos médicos na Paraíba para combater a tuberculose. Educar o doente seria, segundo o discurso higienista, a maneira considerada mais “eficiente”, leia-se tida como a mais racional, mas isto porque era particularmente a mais austera, de controlar a transmissão da doença.

O médico higienista João Machado, colocou a questão da educação do tuberculoso como forma de evitar a transmissão do bacilo de forma muito clara em sua mensagem presidencial:

Conhecendo-se felizmente tantas propriedades do bacillo da tuberculose fora do organismo animal e seu modo de penetração no organismo humano, é fácil colher destes dados ensinamento de grande valor relativos a sua prophylaxia. A educação do tuberculoso sob o ponto de vista prophylatico, deveria ser posta em prática, como condição essencial que é, para evitar-se a possível propagação desse terrível morbus, que nos rouba tantas vidas preciosas, principalmente nos pontos do Estado onde a população é mais condençada, como acontece na nossa Capital. É verdade que o médico higienista teria de vencer uma enorme barreira para estabelecer essa prophylaxia pela educação do tuberculoso, principalmente do inteligente, que recorre a todos os meios para sonegação dessa enfermidade. Não há necessidade do isolamento do tuberculoso e sim da sua educação, para que elle possa viver sem disseminar a moléstia de que é portador. (MACHADO, 1911, p. 30)

João Machado considerava de elevada importância a educação do tuberculoso pelo que chamava de valor profilático da medida, como forma de evitar a propagação do bacilo da tuberculose. Para o higienista, a educação sanitária seria o meio mais eficaz de combater a moléstia, pois ensinando ao tuberculoso as maneiras de evitar disseminar a sua doença, o doente não representaria mais um risco para a população. Considerando que a tísica era, até então, uma doença para a qual não existia cura, a estratégia empregada pelos médicos higienistas passava por criar “barreiras” para impedir a progressiva marcha do bacilo. Buscava-se divulgar entre os doentes as noções práticas referentes ao contágio da tuberculose e os meios de evitar disseminá-la, assim a “ciência” higiênica mostrava aos médicos o quanto era “[...] mais fácil em 100 pessoas prevenir 99 contra a tuberculose do que curar uma contaminada dessa infecção”(O Norte, 28/04/1909, p. 3).

Dessa forma, se os tuberculosos deveriam ser educados e não isolados, os patrões poderiam sonegar aos seus operários o direito à saúde, posto que não isso implicaria prejuízos à atividade produtiva, conforme o que era posto no discurso de João Machado e Flávio Maroja. Apesar disso, poucas foram as ações de educação sanitária que puderam ser rastreadas na imprensa e nos relatórios

de higiene até a década de 1920, quando esta se torna uma prática efetiva e prioritária da luta contra a tuberculose, com a inauguração do Dispensário Epitácio Pessoa.

A atuação do Dispensário Epitácio Pessoa

Assim, diante desse cenário aparentemente aterrador provocado pela tuberculose, a cidade da Parahyba do Norte adentrava a década de 1920. Neste momento, a reforma sanitária em âmbito sanitário redundou na criação e regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) o Estado assumiu a questão da tuberculose mediante a criação de novos órgãos, subordinados ao DNSP, na tentativa de enfrentar os problemas de saúde diagnosticados como mais relevantes. Entre estes órgãos, encontrava-se a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (IPT), criada em 1921 (NASCIMENTO, 2002, p. 70). A tuberculose agora mobilizava os mais elevados e patrióticos sentimentos por parte do governo federal, como expressa a mensagem de governo de Epitácio Pessoa:

A prophylaxia da tuberculose, por exemplo, permanecia em completo abandono, e prejuízos de toda a ordem espalhados, entre nós, por essa doença, não haviam conseguido ainda estimular a ação administrativa no sentido de salvaguardar, nesse terreno, os mais respeitáveis interesses nacionaes. (PESSOA, 1921, p. 79)

Em seu discurso o presidente Epitácio Pessoa reconhece o completo abandono ao qual foi relegado o problema da tuberculose e, em certa medida, inaugura a assunção de responsabilidade por parte do Estado no enfrentamento a esta doença, ao demonstrar a necessidade e a urgência de medidas nesse sentido com a intenção de “salvaguardar os mais respeitáveis interesses nacionais.” Ou seja, a tuberculose apenas se torna objeto e prática de intervenção estatal a partir do momento em que, do ponto de vista econômico e social, a doença se torna um empecilho para o Estado e as classes dominantes e, portanto, passa a exigir alguma ação a respeito.

Na Paraíba os médicos começavam a se manifestar e mobilizar a opinião pública através da imprensa em torno do problema da tuberculose, agora elevado a um problema pátrio da maior importância, pois contribuindo para minar a força de trabalho, a tuberculose tornava-se um empecilho econômico para as classes dominantes e onerava o Estado com medidas de profilaxia e o tratamento dos doentes. Ao longo do ano de 1923, um leitor atento do jornal *A União* se depararia com uma grande quantidade de notícias que tinham como tema a questão da tuberculose. Entre abril e dezembro daquele ano, discursos sobre a tuberculose estamparam inúmeras notícias publicadas pelo jornal. Ao que parece, a luta contra a tuberculose finalmente seria dotada de um órgão e um serviço destinado à profilaxia e educação sanitária para atender os pectários.

A começar por um telegrama do deputado Oscar Soares dirigido para o Presidente do Estado Solon de Lucena, que falava na verba de 100 contos de réis para a construção de um pavilhão de isolamento para tuberculosos na Paraíba (*A União*, 21/04/1923), o problema da tuberculose passaria a ser cada vez mais noticiado. Quando o novo diretor do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural designado pela Diretoria de Saneamento Rural assumiu o cargo em maio daquele ano, o médico entomologista Antônio Peryassú destacava em seu plano de ação, o foco a ser dado para a tuberculose e sua intenção de que o serviço que ele chefiava dotasse a Paraíba de um pavilhão para tuberculosos (*A União*, 05/05/1923; *A União*, 06/05/1923).

A “novidade” foi oficializada em artigo publicado pelo jornalista Julio Lyra sob o título “Dispensário da Tuberculose na Paraíba”. Ao longo do discurso, o articulista do jornal informava ao público leitor que a construção de tal empreendimento sanitário em prol das vítimas do bacilo de Koch na Paraíba era resultado do plano de saneamento do país, descrevendo a importância que tal serviço viria a ter, haja vista Lyra registrar que, segundo a Repartição de Higiene, dos doentes que procuravam o serviço, 50% eram tuberculosos. O jornalista não deixava de registrar

as vinculações políticas e as relações de poder manifestadas na construção do dispensário: além de ser parte do plano de ação sanitária do diretor Antônio Peryassú, a instalação do serviço “quer atender, assim, os desejos do ex-presidente da República, do sr. dr. Solon de Lucena e, especialmente, às aspirações, as necessidades dessa terra.” (*A União*, 25/05/1923).

Percebe-se que o combate à tuberculose fazia parte das aspirações da elite paraibana de dotar a capital de ares moderno, isso implicava se livrar da desordem provocada pelas doenças, em especial a tuberculose. Afinal, uma cidade enferma, vitimada pelo bacilo de Koch não poderia adentrar nos trilhos do progresso e da modernidade. Assim, a pretensa sensibilidade dos médicos e da elite com os melhoramentos sanitários da cidade, somente entravam na ordem do dia quando atendia aos interesses e aspirações econômicas e políticas da oligarquia local dominante.

Mas toda a pompa propagandeada pelos médicos e pelos jornalistas na imprensa oficial em relação ao futuro do combate à tuberculose, apresentou-se de forma mais modesta. As notícias iniciais que davam conta de um pavilhão de isolamento acabaram por anunciar as modestas instalações de um dispensário, que fora inaugurado em dezembro de 1923. Os médicos, é claro, não pouparam tinta para divulgar os futuros serviços. O médico Alfredo Monteiro, futuro chefe do Dispensário Epitácio Pessoa, se adiantou à própria instalação do serviço, passando a realizar palestras sanitárias em fábricas e repartições a fim de instruir o público para as finalidades do futuro dispensário. Segundo o médico:

A lucta contra a tuberculose exige todas as dedicações e o concurso de todas as classes. E assim dirijo meu appello aos meus illustres collegas, aos chefes de família, aos directores de collegios, aos professores públicos à todos que podem dirigir e educar, para que encaminhem os doentes, os ameaçados, os enfraquecidos para o dispensário a se inaugurar, confiando todos na comprovada competência profissional e tino administrativo do actual chefe da commissão sanitária nesse estado (*A União*, 23/08/1923)

O Dispensário Epitácio Pessoa foi inaugurado em 11 de dezembro de 1923, pelo dr. Manuel Cavalvanti de Albuquerque, localizado na Rua das Trincheiras n. 884, no Bairro do Jaguaribe, sob a chefia do dr. Alfredo Monteiro. Instalado em uma em um prédio considerado higiênico, de amplas acomodações e arejado, o dispensário antituberculose emprenhava-se na educação higiênica do doente tuberculoso e das pessoas que o cercavam, utilizando-se de meios profiláticos como:

A conferência, ilustrada com projeções luminosas, é sempre uma lição médica de grande valor. O tuberculoso nella aprende os cuidados hygiênicos a empregar a fim de que não augmente a sua moléstia, nem se propague o seu mal contagioso directo, ou não, pelo escarro, pelos objetos de uso, às pessoas que o circundam (*Era Nova*, 01 jun. 1924).

O Dispensário Epitácio Pessoa era dotado consultório médico para exame clínico do aparelho respiratório, uma sala para a enfermeira anamnesista e outra para a enfermeira chefe, Havia uma sala de espera para os doentes ou suspeitos que se dirigiam ao serviço. Existia em suas dependências também um arquivo, onde eram mantidos todos os registros referentes aos pacientes.

O grande objetivo do dispensário incidia sobre a educação sanitária, uma concretização das preocupações de longa data dos médicos higienistas. As enfermeiras eram responsáveis por ensinar os cuidados higiênicos para o tuberculoso não propagar sua moléstia, seja por meio direto ou indireto através do escarro, objetos de uso, etc., administrando assim a instrução sanitária e profilática aos doentes. O tuberculoso era submetido a um interrogatório pela enfermeira anamnesista. Ao ser admitido no serviço, o doente tinha sua temperatura tomada, seu peso corporal medido, sua altura anotada. O exame do escarro era feito em pequeno laboratório no próprio dispensário. As enfermeiras visitadoras cuidavam dos doentes no seu domicílio, promovendo a desinfecção da casa.

Com efeito, os discursos médicos e a ação governamental buscavam disciplinar e controlar os hábitos dos indivíduos suspeitos ou tuberculosos, inculcando-lhes a maneira adequada de escarrar em escarradeiras destinadas para essa finalidade, de como beber água em copos separados, enfim, todos os meios necessários para evitar a disseminação da tuberculose. Desse modo, os dispositivos disciplinares que incidiam sobre o corpo individual se ligavam com o controle populacional como forma de, controlando o indivíduo, assegurar a segurança da população sob o ponto de vista biológico, uma vez que o tuberculoso era vista como uma ameaça para a coletividade (FOUCAULT; 2010; 2008 e 2013).

Considerações Finais

Mediante a documentação compulsada, considero que a tuberculose estava amplamente disseminada no seio da população paraibana no começo do século XX. Os médicos afirmavam que a doença estava presente “em todas” as ruas e recantos da cidade da Parahyba do Norte. Por um lado, percebo a tentativa de intervenção no espaço urbano, para a construção de uma cidade salubre e, por outro, o investimento médico-discursivo sobre o corpo do homem doente, que precisava ser saudável porque produtivo. Condizente aos princípios do liberalismo, o discurso médico-higienista responsabilizava o doente pelo contágio e almejava, mediante a persuasão da educação higiênica, construir uma consciência sanitária para o problema da tuberculose. Desse modo, concluo que combate à tuberculose na capital paraibana se insere em um processo mais amplo em que se instituía, ao mesmo tempo, dispositivos e formas de governo sobre os indivíduos e a população, constituinte de um processo de construção estatal.

Referências

ARAÚJO, Edna Maria Nóbrega. *Uma Cidade muitas tramas: a cidade da Parahyba do Norte e seus encontros com a modernidade (1880- 1920)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2001.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1976)*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

GONÇALVES, Helen. *Peste branca: um estudo antropológico sobre a tuberculose*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2002.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

JARDIM, Vicente Gomes. Monografia da cidade da Parahyba do Norte. In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba*, João Pessoa, n. 2, 1910, p. 85-111.

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

LEMKE, Thomas. *Foucault, governamentalidade e crítica*. Tradução Mario Antunes Marino, Eduardo Altheman Camargo Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2017.

MACHADO, João Lopes. *Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba*. Parahyba do Norte: Imprensa Oficial, 1911.

MAROJA, Flávio. A nossa hygiene. In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico*

da Paraíba. João Pessoa, n. 03, p. 433-437, 1911.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *Fundação Ataulpho de Paiva: (Liga Brasileira contra a Tuberculose): um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

PARAHYBA DO NORTE. *Collecção dos Actos dos Poderes Legislativo e Executivo do Estado da Paraíba em 1911*. Imprensa Official: Parahyba do Norte, 1912, p. 72.

PARAHYBA. Diretoria Geral de Higiene. *Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitária*. Ano 3, jan-dez., n. 1-12, 1913.

PESSOA, Epitácio. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

RODRIGUEZ, Walfredo. *Roteiro sentimental de uma cidade*. 2 ed. fac-símile. João Pessoa: A União Editora, 1994.


ROSEMBERG, José. Tuberculose – aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, v. 7, n. 2, jul.-dez., 1999, p. 22.

SÁ, Lenilde Duarte de. *Parahyba: uma cidade entre miasmas e micróbios*. O Serviço de Higiene Pública, 1895 a 1918. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SILVA, Manoel Azevedo e. *Anuário Demographico*. Seção de Estatística Demographo-Sanitária. Apresentado à Diretoria Geral de Higiene em 31 de junho de 1913, ano II, 1912, p. 27.

SILVA, Vicente Jardim. Monographia da Cidade da Parahyba do Norte. In: *Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba*. João Pessoa, n. 02, p. 85-111, 1910.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

 (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 e Minion Pro.

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