ARS
HIST
ORICA

SAÚDE E SOCIEDADE NO BRASIL

Uma perspectiva histórica

Carlos Miranda
Serioja Mariano
ORGANIZADORES

Editora UFPE

ARS
HIST
ORICA

SAÚDE E SOCIEDADE NO BRASIL

Uma perspectiva histórica

Carlos Miranda
Serioja Mariano
ORGANIZADORES

Editora UFPE
RECIFE
2022

Universidade Federal de Pernambuco
Reitor: Alfredo Macedo Gomes
Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

EDITORA ASSOCIADA À
Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Editora UFPE
Diretor: Junot Cornélio Matos
Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes
Editor: Artur Almeida de Ataíde

Conselho Editorial (Coned)
Alex Sandro Gomes
Carlos Newton Júnior
Eleta de Carvalho Freire
Margarida de Castro Antunes
Marília de Azambuja Machel

Editoração
Revisão de texto: Pedro Henrique de Oliveira Simões
Projeto gráfico: Adele Pereira
Diagramação: Pedro Henrique Gomes
Imagem da capa: Estátua de Higeia, deusa da saúde (cópia do original presente no Vaticano). Wellcome Collection.

Catalogação na fonte
Bibliotecária Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

S255 Saúde e sociedade no Brasil [recurso eletrônico] : uma perspectiva histórica / organizadores : Carlos Miranda, Serioja Mariano. – Recife : Ed. UFPE, 2022.
(Série Ars Historica).

Vários autores.
Inclui referências bibliográficas.
ISBN 978-65-5962-149-1 (online)

1. Historiografia – Brasil. 2. Saúde pública – Brasil – História. 3. Saúde pública – Aspectos sociais – Brasil. 4. Medicina – Brasil – História. 5. Medicina popular – Brasil – História. I. Miranda, Carlos Alberto Cunha (Org.). II. Mariano, Serioja Rodrigues Cordeiro (Org.). III. Título da série.

907.2 CDD (23.ed.) UFPE (BC2022-082)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Série *Ars Historica*

A Série *Ars Historica* foi concebida com o intuito de promover uma mais ampla divulgação da produção científica na área da História junto à sociedade, ao disponibilizar para estudantes, professores e pesquisadores obras de consistente valor acadêmico, resultado de recentes pesquisas realizadas no campo historiográfico, e textos clássicos já esgotados repropostos em edições revisadas e atualizadas. Todos os volumes da Série são produzidos em formato digital e disponibilizados gratuitamente.

Marília de Azambuja Ribeiro Machel
Diretora da Série *Ars Historica*

Obras publicadas

O desconforto da governabilidade
Rômulo Luiz Xavier do Nascimento

Os Escravos do Santo
Robson Pedrosa Costa

Tratos & mofatras
George F. Cabral de Souza

Política e sociedade no Brasil oitocentista
Cristiano Luís Christillino

Movimentos sociais negros em Pernambuco
Ivaldo Marciano de França Lima
Isabel Cristina Martins Guillen

A lenda do ouro verde
Regina Beatriz Guimarães Neto

Entre sobrados e mucambos
Wellington Barbosa da Silva

Arquitetura espacial da *plantation* açucareira no Nordeste do Brasil
José Marcelo Marques Ferreira Filho

Cultura letrada no espaço euro-atlântico
Luís Filipe Silvério Lima
Marília de Azambuja Ribeiro Machel

A narrativa como combate
Kleber Clementino

Fora do(s) eixo(s)
Flávio Weinstein Teixeira
Paulo Marcondes Ferreira Soares

Sumário

Apresentação 9

CAPÍTULO I

Os sentidos das águas: o saber médico, o Recife e a construção de paisagens no espaço urbano 17

Rita de Cássia Barbosa de Araújo

CAPÍTULO II

Entre poços e fossas: saneamento básico e febre tifoide na cidade de São Paulo, 1920-1970 62

André Mota

Maria Cristina da Costa Marques

CAPÍTULO III

Terra, trabalho e saúde na sociedade açucareira (Pernambuco, século XX) 85

José Marcelo Marques Ferreira Filho

Christine Rufino Dabat

CAPÍTULO IV

Reação de Nonne, sífilis nervosa e paralisia geral progressiva: métodos de diagnóstico e de tratamento no Brasil e na Alemanha (1900-1919) 121

Pedro Felipe Muñoz

Giulia Engel Accorsi

CAPÍTULO V

A "loucura feminina" através do Acervo dos Prontuários do Hospital Ulysses Pernambucano e a vivência de mulheres internadas no Hospital de Alienados nos anos 1950, Recife/PE 162

Carlos Alberto Cunha Miranda

CAPÍTULO VI

O Brasil na mira de Thanatos: bolsonarismo, adoecimento e morte 202

José Adilson Filho

CAPÍTULO VII

"Oh! Da Polícia, e da Câmara Municipal, Alerta!" A homeopatia na Província da Parahyba em tempos de epidemias (1850-1860) 236

Nayara Rodrigues Cordeiro Mariano

Serioja Rodrigues Cordeiro Mariano

CAPÍTULO VIII

Doentes e achacados: escravizados de Pernambuco, 1800 a 1888 264

Tânia Salgado Pimenta

Bárbara Barbosa dos Santos

CAPÍTULO IX

O Estado e a psiquiatria: análise documental da legislação brasileira de 1840 a 1940 290

Cláudia Freitas de Oliveira

CAPÍTULO X

Um olhar sobre a trajetória do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM) 317

Renato Dornelas Câmara Neto

Miguel John Zumaeta Doherty

CAPÍTULO XI

"Difícil é para a justiça humana processar e julgar quem já está condenado pela justiça divina": lepra e estigma 339

Sebastião Pimentel Franco

CAPÍTULO XII

Primeira epidemia de calazar reconhecida nas Américas: Ceará, anos 1950 374

Jaime Larry Benchimol

Apresentação

O livro "Saúde e sociedade no Brasil: uma perspectiva histórica" tem como objetivo aproximar os autores que trabalham com a História da Saúde, das Doenças e das Instituições Médicas, diversificando a produção historiográfica sobre a temática na atualidade, com novos olhares, e possibilitando aos leitores uma maior reflexão sobre a inserção desse tema na sociedade e suas implicações econômicas, culturais e políticas. Isso se torna ainda mais relevante quando, além das alterações biológicas, as doenças provocam outros males, como o descaso com a saúde das populações, o preconceito e a exclusão social. Dessa forma, buscou-se romper com especificações comuns nessa área do conhecimento, ampliando o diálogo entre pesquisadores sem a pretensão de fornecer uma síntese fechada. Acreditamos que, ao reunirmos professores de diferentes disciplinas e de diversas instituições acadêmicas do Brasil, com excelentes textos, o nosso objetivo foi alcançado. Agradecemos, dessa maneira, a todos os colaboradores!

No artigo "Os sentidos das águas: o saber médico, o Recife e a construção de paisagens no espaço urbano", Rita de Cássia Barbosa

de Araújo oferece ao leitor um estudo sobre os processos de construção de paisagens na vila, e depois cidade, do Recife, entre meados do século XVIII e a primeira metade do século XX. Interessada em identificar sujeitos históricos e forças políticas, sociais e culturais que atuaram como vetores nessas ações, a autora leva-nos a conhecer sucessivas paisagens, formadas em função e em torno das águas dos rios e do mar. Nesses processos, o saber e o corpo médicos exerceram um influente papel, por estabelecerem e estimularem padrões comportamentais e usos coletivos dos espaços públicos e privados e também por traduzirem, utilizando-se de um saber autorizado e competente, aspirações e demandas das elites urbanas capazes de serem absorvidas por toda a sociedade. Ingredientes, para a historiadora, fundamentais para legitimar ações do Estado e orientar processos de significação de paisagens e seus usos.

André Mota e Maria Cristina da Costa Marques discutem acerca dos problemas, entre os anos 1920 e 1970, da habitação, abastecimento de água, saneamento básico e doenças na cidade de São Paulo. O artigo "Entre poços e fossas: saneamento básico e febre tifoide na cidade de São Paulo, 1920-1970" analisa os problemas relacionados à crise habitacional e ao processo de metropolização na capital paulista e mostra que, mesmo com o desenvolvimento da distribuição de água e da rede de esgotos, a partir dos anos 1970, algumas áreas ocupadas pela população mais pobre continuavam como espaços de exclusão, sem o mínimo acesso às condições de saneamento básico e habitação, o que fica evidente na análise da documentação de óbitos que mostra a grande mortalidade infantil ocasionada por doenças como a febre tifoide, a febre amarela, entre outras.

No capítulo intitulado "Terra, trabalho e saúde na sociedade açucareira (Pernambuco, século XX)", Christine Rufino Dabat e José Marcelo Marques Ferreira Filho analisam o processo de adoecimento das trabalhadoras e dos trabalhadores do sistema canavieiro. Essa discussão é feita com base em depoimentos orais em dois

volumes de documentos oficiais do governo do estado que trazem informações relevantes sobre as condições de trabalho dessa população. Com relação à saúde e às doenças, os documentos apontam a precariedade das ações governamentais básicas nesses espaços canavieiros, a exemplo da falta de médicos, medicamentos e postos de saúde; de transportes adequados para os(as) trabalhadores(as) doentes; e de um alto índice de desnutrição e mortalidade infantil. No mundo da lavoura canavieira, percebe-se uma total falta de assistência dos poderes públicos às trabalhadoras e aos trabalhadores do sistema canavieiro e uma desigualdade social que reforça muito mais as permanências do que estimula as mudanças ao longo da história de Pernambuco.

Em "Reação de Nonne, sífilis nervosa e paralisia geral progressiva: métodos de diagnóstico e de tratamento no Brasil e na Alemanha (1900-1919)", os autores Pedro Felipe Muñoz e Giulia Engel Accorsi analisam a circulação, no Brasil, das pesquisas de Max Nonne sobre a medicina mental e suas investigações clínicas e laboratoriais para o diagnóstico da sífilis e suas formas nervosas, com o chamado *método das quatro reações* de Nonne. Max Nonne (1861-1959) foi um dos nomes mais importantes para a história do estudo da sífilis e de suas formas nervosas e suas pesquisas tiveram uma grande influência no Brasil. Em um contexto no qual o estabelecimento da etiologia da sífilis avançava, com desdobramentos da sífilis nervosa e da paralisia geral progressiva (PGP), observam-se, no Brasil, as conexões de saberes entre a medicina tropical e a medicina mental. Os discursos dos médicos brasileiros se alternavam, mas todos reconheciam a relevância desse especialista na área e se utilizavam do método das quatro reações aplicadas à PGP, o que foi um avanço no diagnóstico e no tratamento dos pacientes de sífilis e suas formas nervosas.

Carlos Alberto Cunha Miranda, no artigo "A 'loucura feminina' através do Acervo dos Prontuários do Hospital Ulysses Pernambucano

e a vivência de mulheres internadas no Hospital de Alienados nos anos 1950, Recife/PE", apresenta-nos as experiências de algumas mulheres internadas na estrutura manicomial o Recife, no então Hospital de Alienados. Com base em uma pesquisa de fôlego nos prontuários, o texto realiza um percurso desde a construção do Hospital dos Alienados, ainda nos anos 1880, mostrando o seu funcionamento, administração e as terapêuticas utilizadas nas pacientes consideradas loucas. O autor analisa cinquenta prontuários nos quais se consegue mapear fragmentos de histórias de algumas mulheres, como Maria, Antonia, Josefa e Albertina, só para citar algumas; na sua maioria, analfabetas, indigentes, com faixas etárias variadas, e que não se encaixavam nos padrões estabelecidos pela psiquiatria; ou seja, seus comportamentos eram considerados desviantes.

No capítulo "O Brasil na mira de Thanatos: bolsonarismo, adoecimento e morte", José Adilson Filho faz uma análise histórica do tempo presente, a partir do governo do presidente de Jair Bolsonaro, para compreender como esse governo autoritário chegou ao poder e como suas práticas de uma necropolítica, em uma sociedade marcada por mazelas históricas, contradições e desigualdades sociais. O auto chama a atenção do leitor para o peso das permanências e do negacionismo na história e na sociologia brasileiras, mesmo com as transformações ocorridas no mundo globalizado. É realizada uma discussão sobre o processo histórico e, a partir do golpe jurídico-parlamentar contra a presidente Dilma Rousseff, vai mostrando como as ideologias da extrema direita, principalmente a de uma classe dominante, apoiaram a ruptura da ordem institucional e do sistema democrático brasileiro, em um momento marcado, a partir da chamada política da morte. Esta atingiu seu estado mais letal, diz o autor, com a chegada de Bolsonaro ao poder. Esse aumento da letalidade pode ser observado nas populações originárias, entre as mulheres, os gays, os moradores de favelas, os sem-terra, entre outros. Essa necropolítica fica mais evidente com a pandemia da

Covid-19, o neoliberalismo e o bolsonarismo, uma tríade que vem se intensificando e aprofundou ainda mais o abismo social.

A partir da análise de um banco de dados do projeto de Pesquisa em Estudo da Escravidão em Pernambuco, Tânia Salgado Pimenta e Bárbara Barbosa dos Santos, no artigo "Doentes e achacados: escravizados de Pernambuco, 1800 a 1888", analisam os problemas de saúde de 1.859 pessoas escravizadas, notadamente crianças e mulheres. Ao observar, na documentação, as enfermidades e deficiências físicas e psíquicas, que são retratadas, as autoras nos apontam possibilidades de uma melhor compreensão acerca das condições de vida dessa população. Os inventários *post-mortem*, de 1800 a 1888, são importantes para identificar o perfil das escravizadas e dos escravizados a partir das enfermidades, das suas limitações, provocadas pelas doenças, ou do pesado trabalho diário, em condições as mais diversas em diferentes áreas de Pernambuco.

No contexto das epidemias de febre amarela (1850) e da cólera (1856-1862), as autoras Nayana Rodrigues Cordeiro Mariano e Serioja Rodrigues Cordeiro Mariano apontam os primeiros indícios da utilização das práticas terapêuticas da homeopatia na Província da Parahyba, no artigo intitulado: "'Oh! Da Polícia, e da Câmara Municipal, Alerta!' A homeopatia na Província da Parahyba em tempos de epidemias (1850-1860)". Na Parahyba, a documentação mostra que a disseminação desses saberes se deu, inicialmente, por meio da prática de pessoas leigas, como professores, padres, políticos e a população em geral, observando-se, também, a sua difusão em livros, jornais e, até mesmo, através dos medicamentos que eram vendidos na capital. Outra questão que chama atenção nos jornais são as querelas entre os defensores da alopatia, geralmente médicos, e aqueles que pregavam os benefícios do tratamento homeopático.

Cláudia Freitas de Oliveira, em "O Estado e a psiquiatria: análise documental da legislação brasileira de 1840 a 1940", discorre sobre o processo de institucionalização da loucura no Brasil, mostrando

como o Estado brasileiro e o saber médico – incialmente, a partir de meados dos anos oitocentos – pensavam as questões relacionadas à alienação mental e à ordem pública. Cita, como marco dessa institucionalização, a fundação do primeiro espaço de tratamento específico de alienados, o Hospício Pedro Segundo, criado com o Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, e que funcionava em um anexo do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, no Rio de Janeiro. A partir da década de 1870, a psiquiatria caminhava para se tornar uma especialidade médica com a obrigatoriedade de se cursar a cadeira de clínica psiquiátrica nas faculdades de medicina. No início do século XX, especificamente no governo Vargas, a doença mental torna-se uma das pautas principais de atuação em todo o Brasil, da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social e do Serviço Nacional de Doenças Mentais. Em uma aliança com o Estado brasileiro, o saber médico vai consolidando cada vez mais a prática psiquiátrica por meio de cursos de especialização e do aperfeiçoamento da saúde pública.

Em seguida, temos o artigo "Um olhar sobre a trajetória do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM)" de Renato Dornelas Câmara Neto e Miguel John Zumaeta Doherty. Os autores apresentam a história do IPHM ao longo de setenta e cinco anos, desde o momento de sua criação, em 1946. Criado pelo médico José Octávio de Freitas, o Instituto seguia o modelo implementado no Rio de Janeiro pelo Instituto Brasileiro de História da Medicina (IBHM). Este tinha como objetivo preservar a memória da medicina no Brasil, e os outros estados deveriam seguir esse modelo, criando espaços para divulgar e preservar a história da medicina. Para que tais objetivos fossem alcançados, seria necessário organizar um museu, uma biblioteca e um arquivo com o foco na história da medicina. Os autores mostram que não foi fácil essa empreitada. Depois de muitos esforços, o Museu de Medicina, composto por

um grande e precioso acervo, foi inaugurado na década de 1980, no prédio do Hospital Pedro II.

Com base nos depoimentos orais de ex-internas e ex-internos da Colônia de Itanhenga, no Espírito Santo, Sebastião Pimentel Franco, no artigo "'Difícil é para a justiça humana processar e julgar quem já está condenado pela justiça divina': lepra e estigma", faz uma reflexão sobre como esses pacientes viam e sentiam o preconceito e o estigma da doença com o isolamento social. As ações implementadas pelo Estado brasileiro, a partir dos anos 1930, que permitiram a internação compulsória do doente, seguiam um modelo de política segregacionista. A partir do momento que a doença era detectada, a vida do portador de lepra mudava completamente, e muitos perdiam seus empregos, suas famílias, seus lares. A partir do relato, observa-se que a vida dessas pessoas era de sofrimento com o isolamento e a rejeição, que atingiam não só o doente, mas também os seus familiares, que ficaram, pois, marcados na memória das ex-internas e dos ex-internos da Colônia.

Para finalizar a nossa coletânea, o extenso capítulo de Jaime Larry Benchimol trata da primeira epidemia de leishmaniose visceral reconhecida nas Américas, irrompida em 1953 em Sobral, alastrando-se por outros municípios do Ceará e de estados vizinhos. A epidemia teve repercussão nacional e pôs em circulação, na língua portuguesa, a palavra "calazar", derivada de *kala-azar*, o nome que tinha a doença no subcontinente indiano. O autor mostra que investigadores de São Paulo foram os primeiros a reconhecer a leishmaniose cutânea e mucocutânea autóctone no continente, mas que a leishmaniose visceral só irrompeu como problema de saúde pública nos anos 1930, quando as viscerotomias feitas pelo Serviço de Febre Amarela identificaram mortes devidas à doença. Ela foi considerada silvestre e esparsa, com poucos casos, até a eclosão da epidemia no Nordeste do Brasil. Os estudos aí realizados alteraram profundamente o modo de ver o problema.

Desse modo, nós, organizadores dessa publicação, desejamos a todas as pessoas uma boa leitura, e esperamos que os artigos possam contribuir para o debate e as pesquisas, a partir das diferentes abordagens e fontes que vêm sendo desenvolvidas no Brasil acerca da história da saúde e das doenças na sociedade.

CAPÍTULO I

Os sentidos das águas
O saber médico, o Recife e a construção de paisagens no espaço urbano

Rita de Cássia Barbosa de Araújo

No exercício contumaz de tecer críticas à moral, à política e aos costumes da sociedade brasileira, por meio da sátira, da ironia, do ridículo e dos retratos de tipos característicos, o Padre Miguel do Sacramento Lopes Gama, autor de *O Carapuceiro: periódico sempre moral, e só por acidente político*[1], publicava, no verão de 1844, mais um artigo de crítica social no *Diario de Pernambuco*:

> Em uma cidade como a nossa, torneada de rios tão amenos e aprazíveis, os banhos entram no gosto da população, além do suficiente motivo da calma que se sofre na força da canícula. Todavia, ouço dizer que presentemente estão mais em voga os banhos de mar. Será por moda, ou por necessidade? Sendo

1 O padre Miguel do Sacramento Lopes Gama, também conhecido como padre Carapuceiro, foi o fundador e único redator do periódico homônimo *O Carapuceiro*, que iniciou seu ciclo de publicações em 7 de abril de 1832, encerrando-a em 1842, com algumas interrupções nesse intervalo. Alguns artigos inéditos, repetidos ou reformados foram publicados no *Diario de Pernambuco*, entre os anos de 1843 e 1844.

> por esta não há que reprovar: pois a saúde é objeto de suma importância; mas se for por aquela, confesso ingenuamente que não vejo graça, pois como regalo entendo que os banhos de rio corrente e de água doce são muito mais agradáveis que os de água salgada (GAMA, 1844 *apud* MELLO, 1996, p. 365).

Nesta crônica de costumes sobre os banhos no tempo de festa, Lopes Gama insinuava estar em curso um processo de mudança social no Recife de meados do século XIX, expresso não na estrutura social ou nas relações de classe, raça, gênero e poder, mas superficial e empiricamente visível em algumas práticas sociais e culturais, nos valores e comportamentos da fração bem aquinhoada dos que habitavam o Recife. O "velho" e consolidado gosto de banhar-se nos rios durante a estação de calor parecia ameaçado por um "novo" e ainda indefinido costume, o dos banhos salgados de mar. Arguto observador da vida social cotidiana, o padre sugeria duas possíveis motivações para o aparecimento da nova tendência: "seria por moda, ou por necessidade?". Interessado em reformar ou moralizar os costumes que lhe pareciam ridículos ou extravagantes, esse autor beneditino, depois secularizado, censurava a adoção indiscriminada dos modismos europeus por parte das elites e classe média urbanas brasileiras em geral – fenômeno alcunhado de "reeuropeização do Brasil" por Gilberto Freyre (1985) –; crítica que ele não se furtou de aplicar à introdução dos banhos salgados na vida das famílias pernambucanas. No entanto, ponderava que, em se tratando de necessidade, ou seja, por motivo de saúde e desde que alicerçados em competente discurso médico, os banhos de mar tornavam-se perfeitamente aceitáveis.

Ao escrever sobre os banhos de água doce e as temporadas de festa desfrutadas às margens do Capibaribe entre finais do século XVIII e a primeira metade do Oitocentos – banhos de rio e de mar entendidos em sentido metonímico, como partes de um complexo sociocultural maior –, o padre Carapuceiro circunscrevia essa experiência

social a um espaço-tempo determinado. A cidade do Recife, "torneada de rios tão amenos e aprazíveis", possuía uma paisagem singular com a qual demonstrava manter uma relação sentimental e familiar. Menino no bairro do Poço da Panela, experimentado nos banhos de rio e na sociabilidade ribeirinha à altura daquela povoação, onde seu pai, o cirurgião João Lopes Cardoso Machado, possuía uma casa para passar as festas, Lopes Gama inseria sua trajetória biográfica na paisagem fluviomarinha do Recife. Sentia-se parte daquele mundo que se reunia sazonalmente às "margens risonhas do Capibaribe", com o qual a voga dos banhos de mar ameaçava rivalizar. Identificava-se com aquela paisagem impregnada de história, de memórias, de sentidos e significados para si e para a sociedade, ou segmentos da sociedade, de que era parte, não demonstrando entusiasmo com a novidade dos banhos salgados de mar.

Vestindo a carapuça, ficamos a meio caminho entre o rio e o mar. Em trabalho de pesquisa anterior, no qual buscamos escrever uma história social das praias do Recife e de Olinda, inscrita no contexto de formação de uma sociedade burguesa, da modernização e da crescente urbanização do país, tivemos oportunidade de analisar o processo que resultou na incorporação territorial e cultural dos rios e do mar, de suas águas, praias e orlas, ao espaço e ao modo de vida urbanos do Recife (ARAÚJO, 2007). Nesse artigo, nossa intenção é a de aprofundar a análise sobre as motivações iniciais que levaram a gente rica da vila a entrar nas águas do rio para banhar-se, tornando-a prática cultural corrente entre meados do século XVIII e a primeira metade do século XIX. Motivações e prática cultural vistas como partes e expressões de valores, forças políticas e dinamismo econômico e social mais amplos, fenômenos nem sempre perceptíveis ao olhar. Feito isso, e considerando a existência de uma suposta oposição entre banhos de rio e de mar, conforme exposta em registros coevos, pensamos estar melhor embasados para procurar identificar as relações historicamente determinadas entre paisagem e

sociedade, tendo o Recife por referência empírica. Defende Ulpiano Bezerra de Menezes (2020, p. 40) que "nos usos é que se concentram os significados mais profundos da paisagem". Concebida como um processo cultural, a paisagem é um fenômeno de caráter histórico, em que sucessivas fisionomias se vão construindo e se acumulando, justapondo-se ou se sobrepondo umas às outras em um mesmo espaço físico, transformando-o, ressignificando-o, valorizando-os ou desvalorizando-os, recriando paisagens, enfim. Nesse processo de construção de paisagens e definições de territorialidades, sobretudo no espaço urbano, o saber médico desempenhou influente papel que, no caso do Recife, iniciado timidamente na segunda metade do século XVIII, mostraria toda sua força no século XIX e começaria a esmorecer em fins da primeira metade do século XX (OUTTES, 1997).

Uma cidade "torneada de rios tão amenos e aprazíveis"

Escrevendo nas décadas de 1830 e 1840, Lopes Gama considerava-se em posição privilegiada para observar as mudanças em curso no estilo de vida, nos padrões comportamentais e nas formas de sociabilidade das camadas urbanas do Recife. Assim se autopercebia, pois "Havendo nascido já no cabo do século próximo passado, quero dizer, no ano de 1793 e sob o regime colonial e do rei velho, dou graças à Providência por me haver emprestado dias de vida para ver o pasmoso incremento do Brasil" (GAMA, 1843, 1996, p. 342). Biógrafos e estudiosos de sua obra tendem a considerá-lo "um crítico da europeização em nome dos valores da sociedade patriarcal", entendimento do qual não partilha Evaldo Cabral de Mello (1996, p. 7-18). Para este historiador, sua atitude seria muito mais ambígua: "Se, por um lado, o nosso autor ataca ferozmente a importação de modas europeias ou nossa velha mania de macaquear o estrangeiro [...], por outro lado ele não poupa os usos e abusos do patriarcalismo

rural e da escravidão". Lopes Gama possuía origem urbana, era um homem da cidade. Sua crítica social era destinada ao público urbano e dirigida não contra a sociedade senhorial que "agonizava lentamente na solidão dos engenhos, mas contra a burguesia recifense, que constituía o grupo social com quem privava desde criança".

Seguindo as pistas deixadas por Lopes de Gama, o movimento que levava aos retiros de festa às margens do rio Capibaribe e do Beberibe tinha sua origem no núcleo urbano do Recife. A primitiva povoação dos Arrecifes, historicamente originada e desenvolvida em função do seu porto marítimo, assentada desde o início do século XVI na nesga de areia que compunha o istmo de Olinda, ao fim do qual situava-se o ancoradouro que interligava Pernambuco ao mundo Atlântico, a povoação era um "Burgo triste e abandonado, que os nobres de Olinda deviam atravessar pisando em ponta de pé, receando os alagados; [...]; burgo triste, sem vida própria, para onde até a água tinha que vir de Olinda" (MELLO, 1987, p. 35). Na centúria seguinte, o adensamento populacional no bairro portuário compeliu o Recife a se expandir em direção à ilha fluvial de Antônio Vaz. Urbanizada pelos holandeses (1630-1654), veio a se chamar Cidade Maurícia, em homenagem ao seu fundador Maurício de Nassau, constituindo-se no "centro cívico do núcleo urbano, situação que até hoje ocupa":

> Antônio Vaz era uma ilha colocada estrategicamente entre os dois rios – o Capibaribe e o Beberibe – em cujos vales prosperava maravilhosamente a indústria da cana de açúcar, cujo produto descia em barcaças por seus leitos navegáveis, e situada em frente ao porto natural, abrigado a curta distância dos arrecifes – numa situação verdadeiramente ideal. É verdade que o seu solo era, em parte pantanoso e, em parte, coberto de mangue, mas isso não ia assustar um povo acostumado a construir sobre a vaza das marés, povo capaz de construir dentro d'água, num solo abaixo do nível do mar, uma cidade inteira

> sobre pilastras e fazer delas uma das mais belas e mais movimentada de todo o universo – Amsterdã (CASTRO, 2013, p. 69).

Expulsos os batavos, o Recife não mais se submeteria a ser simples povoado e porto de Olinda. Uma nova classe social emergira: "Ao longo do 'tempo dos flamengos' e na segunda metade do século XVII, uma importante comunidade mercantil urbana de origem portuguesa se consolidou na localidade" (SOUZA, 2015, p. 51). Em estudo sobre a formação social do Recife, Bernardes (1996, p. 116) explica que esses ricos comerciantes – cujas atividades estavam vinculadas ao setor agrário-exportador e que articulavam a produção açucareira ao comércio internacional – "Atuaram como financiadores da produção local, subordinando-a, daí os conflitos com o setor agrário tão frequentes na história pernambucana ao longo dos séculos". Segue dizendo que eles exerceram, também, "o papel de capital usuário/financeiro e formaram aquilo que entre nós se aproximaria de um débil patriciado urbano, marcando fortemente seu espaço e sua fisionomia arquitetônica". A composição social e econômica no interior da capitania se alterara e, com ela, a correlação entre as forças políticas e sociais. Tensões e conflitos de interesses entre a autodenominada "nobreza da terra", que vinham a ser os grandes proprietários de terra e escravos que controlavam a Câmara de Olinda, e a ascendente burguesia comercial radicada no Recife, eclodiam nas mais diversas situações da vida política e social, por vezes ganhando vulto e expressão na dimensão cultural e simbólica. Os terratenentes encontravam-se em dificuldades econômicas face, por um lado, à crise do açúcar, agravada pela concorrência do produto antilhano no mercado internacional; e, por outro, frente ao endividamento contraído com os comerciantes reinóis sediados no Recife, sequiosos por conquistar autonomia política. "O reflexo mais chamativo desta tendência é a própria fundação da nova municipalidade, criada pela coroa para acomodar os homens de negócio do

Recife que não lograram aceder aos cargos municipais em Olinda" (SOUZA, 2015, p. 51). Instituída a Vila do Recife em 19 de novembro de 1709, não tardou para que, do acirramento da tensão entre nobres e comerciantes reinóis, emergisse o conflito conhecido por Guerra dos Mascates.

No transcurso do século XVIII, malgrado a crise no setor açucareiro, a vila portuária e mercantil do Recife encontrava-se em franca expansão. Em 1710, estimava-se sua população em 10 mil pessoas; em 1745, seriam 12.536; e, no final da centúria, somavam 32.033 pessoas. A área urbana alastrava-se para além dos bairros do Recife e de Santo Antônio, avançando sobre o continente, incorporando ao seu território a Boa Vista. Um dos mais vivos sinais do crescimento e da prosperidade da vila, expressão também do orgulho e poder da mascataria do Recife, eram as edificações públicas erguidas ou concluídas entre 1710 e 1822, com destaque para as construções religiosas. No entender de Bernardes (2006, p. 70): "A instalação de novas paróquias e a criação de irmandades, além da construção de novas igrejas, [eram] a face religiosa do dinamismo econômico, social e demográfico no espaço urbano no Recife".

O bairro de Santo Antônio – desmembrado em 1844 para dar origem ao bairro de São José – concentrava a maior parte dessas edificações, levantadas por iniciativa de particulares ou pelas ordens, confrarias e irmandades religiosas. No núcleo urbano, despontaram na paisagem as torres das igrejas de Santa Cruz, Nossa Senhora da Soledade, Nossa Senhora do Terço, São Pedro dos Clérigos, do Santíssimo Sacramento, que veio a ser a matriz de Santo Antônio, capela da Sagrada Família, igreja da Conceição dos Militares, de Santa Rita, dos Martírios, do Santíssimo Sacramento da Boa Vista. Algumas edificações religiosas, iniciadas no século XVII, vieram a ser concluídas apenas na centúria seguinte, o que indicaria a dificuldade das irmandades e confrarias responsáveis em conseguir os recursos financeiros necessários às obras, caso das igrejas de N.

S. do Rosário dos Homens Pretos e do Livramento dos Homens Pardos do Recife.

O dinamismo urbano desse período se mostrava também, embora em menor número e fulgor, nas edificações ligadas à administração pública, como no Senado da Câmara e Cadeia, na Casa dos Expostos e no lazareto para abrigar os escravizados chegados da África. Muitas dessas obras públicas foram construídas com recursos dos comerciantes e de proprietários locais, por deliberação própria ou por arbítrio dos governantes. A abertura de novas vias de comunicação entre a vila portuária e áreas mais próximas ou distantes, especialmente entre aquelas produtoras do açúcar, do couro e, depois, do algodão, era outro modo de afirmação do Recife como "polo dinâmico da acumulação interna no espaço colonial sob sua influência" (BERNARDES, 2006, p. 71). Dentre essas, incluíam-se as obras de melhoramento do Aterro dos Afogados mandadas executar no governo de Dom Tomás José de Melo (1787-1798); a abertura ou o melhoramento da via que levava às nascentes povoações ribeirinhas de Casa Forte, Poço da Panela, Monteiro e Apipucos; como também a que ligava Recife a Olinda.

O dinamismo urbano e a riqueza circulante no Recife oitocentista, no entanto, eram visíveis não apenas em obras de pedra de cal. As festas e procissões religiosas, além de demonstração pública da fé católica, eram ocasião para afirmação da hierarquia social e para exibição de luxo, opulência, da arte local, como também da diversidade étnica e cultural da sociedade recifense. No correr do século XVIII, nenhuma outra celebração excedeu em luxo e riqueza as suntuosas festas em louvor a São Gonçalo Garcia, realizadas pelos Homens Pardos do Recife entre 30 de agosto e 19 de setembro de 1745:

> As celebrações a São Gonçalo Garcia foi mais uma dessas excepcionais ocasiões para a vila do Recife exibir seu poderio político, seu tanto de outro e prata acumulado, sua vitalidade social e cultural expressa na pluralidade e qualidade da música,

> das danças, jogos equestres e literários, nos custosos cenários, procissões solenes e triunfais. A festa fornecia a chave para o ingresso em um mundo simbólico solidário e partilhado por todos, ainda que mantivesse nitidamente demarcadas as fronteiras sociais e raciais que distanciavam os moradores na sua existência histórica. Festas de uma sociedade, como dissemos, em processo de reestruturação, dinâmica, na qual surgiam novas classes: a burguesia comercial e a classe média urbanas (ARAÚJO, 2001, p. 443).

Não nos deixemos impressionar ou mal dimensionar a sociedade recifense, todavia, por essas demonstrações visíveis de expansão territorial, vitalidade urbana e de ascensão da classe burguesa comercial. Era uma vila que integrava o sistema colonial, no qual escravizados e homens livres pobres, geralmente negros e pardos, eram açoitados em praça pública. As medidas de higiene ficavam a cargo da câmara, que legislava basicamente sobre a fiscalização de alimentos, a circulação de animais nas ruas, inclusive os de carga e montaria, dedicando alguma atenção à matança de animais no interior da vila. Havia um cuidado muito limitado com a limpeza das ruas. As instituições voltadas ao atendimento dos doentes e à assistência aos desvalidos eram poucas e quase sempre ligadas à igreja católica: Santa Casa da Misericórdia, Hospital de Nossa Senhora do Paraíso e de São João de Deus, Hospital dos Lázaros, datado de 1791, instalado fora do perímetro urbano, em Santo Amaro. Cabe mencionar ainda o hospital mantido pela Ordem Terceira de São Francisco e o Hospital Militar, instalado no convento do Carmo em 1817. Os enterros eram realizados no interior das igrejas. A arte, ainda que pujante, girava em torno da vida religiosa católica. Havia uma acanhada Casa de Ópera em que raros espetáculos eram encenados. Os transportes públicos se limitavam às embarcações de grande porte para as viagens de além-mar ou ao longo da costa; e às barcaças, que levavam e traziam gente e mercadorias entre os embarcadouros

e portos marítimos e fluviais. As canoas, que cingiam as águas do Capibaribe, Beberibe, Jiquiá e Tejipió, canais e camboas, eram o principal meio de transporte a interligar o Recife e Olinda e o Recife aos engenhos da várzea do Capibaribe. O período situado entre o último quartel do século XVIII e o fim da primeira metade do XIX, tempos de formação dos subúrbios, corresponderia ao que Evaldo Cabral de Mello (1992, p. 199) chamou de "idade de ouro da canoa recifense".

Os serviços públicos de iluminação, de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo eram inexistentes. Assim como em outras cidades e vilas mais antigas da América portuguesa, o núcleo urbano do Recife desenvolveu-se sem planejamento. Seu traçado se foi definindo sem regularidade, atendendo menos ao interesse público que aos dos proprietários particulares que adquiriam, da Câmara de Olinda, concessão para edificar. As autoridades locais só começaram a exercer fiscalização sobre as edificações e o alinhamento das ruas a partir da segunda metade do século XVIII e, principalmente, no século XIX (SOUZA, 2002). Raras as ruas com calçamentos e calçadas, mais escassa ainda a presença de árvores nos espaços públicos. As casas térreas eram de chão batido, úmidas e escuras, e, nos sobrados, convivia-se com os barris de dejetos humanos, o fumo do fogo da cozinha, as alcovas escuras e sem ventilação. Torneado de rios geralmente amenos mas algumas vezes furiosos, erguido sobre umas poucas faixas de terras secas e os aterros que avançavam sobre manguezais e áreas de praias desprezadas pela sociedade, o espaço urbano do Recife passou a ser considerado fonte permanente de males e doenças. Ares maléficos e pestilenciais, os chamados miasmas, que certa corrente do conhecimento médico tributava ser a causa de diversas doenças e epidemias, emanavam das águas paradas, do solo pantanoso, do esgoto correndo a céu aberto, do lixo acumulado nos quintais, nas ruas e nas praias onde as matérias orgânicas se decompunham a olhos vistos e ao calor do sol (ANDRADE, 1986).

Tanto mais cresciam as cidades, vilas e povoações coloniais, e mais se intensificavam o comércio internacional e as ligações internas entre as capitanias, mais as condições de higiene pública nos núcleos urbanos se mostravam precárias e mesmo favoráveis ao aparecimento de doenças e epidemias. Em 1685, irrompeu a primeira epidemia conhecida de febre amarela na América portuguesa, atingindo a cidade de Olinda e a povoação do Recife. Na ocasião, o então governador Dom Antônio Félix Machado da Silva, o Marquês de Montebelo, foi responsável por realizar campanha profilática pioneira na América do Sul. Dentre as recomendações médicas propostas pelo doutor João Ferreira Rosa para escapar do mal, estava a queima de fogueira e o uso de defumadores para desinfetar o ar, a limpeza das moradas, a lavagem de roupa e queima de colchões que serviram aos infectados e o enterro em cemitérios distantes. A evasão da cidade foi outra proposta feita pelo médico. Ainda por determinação do Marquês, que criou os Bandos de Saúde; ruas, praias e casas deveriam ser limpas constantemente. Os navios que atracassem no porto deveriam ser fiscalizados (MOURÃO; ROSA; PIMENTA, 1956). A campanha sanitária empreendida no final do século XVII constituiu um caso isolado no Brasil colônia; porém, noções e práticas médicas ali geradas contribuíram para fundamentar o pensamento dos médicos higienistas e as medidas preconizadas pela medicina social no século XIX (MIRANDA, 2017, p. 322-502).

Poço da Panela, mito fundador dos subúrbios do Recife

No transcurso do século XVIII, os surtos epidêmicos, principalmente de cólera, febre amarela e varíola, e doenças como sarampo, bexigas, tuberculose, difteria e outras, tornaram-se mais e mais frequentes, preocupantes e devastadores. Em outubro de 1746, uma mortífera epidemia de febre amarela grassou sobre a vila do Recife, desde Fora de Portas a Santo Antônio, estendendo-se pela Boa Vista, cidade de

Olinda, praia de Pau Amarelo, Afogados, Jiquiá, Boa Viagem, Ibura e Curcurana. Perdurou durante toda a estação de calor, findando em março do ano seguinte, quando começaram as primeiras chuvas. A epidemia provocou a morte de 1.038 pessoas, entre homens, mulheres, brancos, negros e pardos. Além de ceifar muitas vidas, deixou prejuízos materiais. Famílias patriarcais chegaram a perder entre 20 e 30 escravos. Desconhecidos meios eficazes para a cura de tão aterrorizante mal, as famílias se valiam do único recurso de que dispunham, retirando-se do núcleo urbano para Igarassu, Beberibe, Apipucos, matriz da Várzea e Jaboatão. Em 1749, no período do verão, a mesma epidemia voltou a fazer estragos nas vilas e cidades litorâneas localizadas entre Porto Calvo e a cidade da Paraíba, ao sul e ao norte do Recife respectivamente, dizimando sobretudo negros e pardos. Mais uma vez, as famílias abandonaram temporariamente a vila e seguiram em direção ao campo.

É plausível pensarmos que, ao recorrerem à fuga da cidade e ao refúgio no campo durante as epidemias aparecidas em meados do século XVIII, as populações urbanas das áreas litorâneas de Pernambuco, que vinham a ser as mais afetadas, estivessem a ativar uma memória social construída desde a traumática experiência de haver convivido com a epidemia de febre amarela em 1685. Mas há, aqui, um indicativo de que fazer uso profilático desse recurso se havia constituído em prática social; tanto assim que, no ano de 1747, mesmo a epidemia não havendo grassado no Recife, as famílias que tinham posses, temerosas, buscaram proteção no campo.

O viver periodicamente ameaçado pelos surtos epidêmicos e por doenças que geralmente apareciam na estação do calor marcou profundamente a sociedade colonial – como, de resto, continuaria a causar estragos nos séculos vindouros. O medo alterava modos de vida e hábitos cotidianos. Vendo que orações e fé não eram suficientes e que a medicina tampouco lhes dava respostas satisfatórias, os moradores do Recife e de outros núcleos urbanos situados no litoral

de Pernambuco buscavam refúgios no campo. Movimento milenar que tinha por base uma motivação higiênica, mas também estética e psicológica, dele se valeram sociedades ocidentais as mais diversas. No entanto, de acordo com o historiador Lewis Mumford (1965, p. 614-667), a partir do século XVIII, na medida em que as cidades industriais europeias se tornavam mais congestionadas e o medo da peste se amplificava, "a necessidade de fugir à cidade tornava-se consequentemente mais imperiosa e inegável". E o subúrbio moderno despontava "como uma espécie de enfermaria de isolamento rural".

Para o caso do Recife, o movimento de fuga da vila para o campo adquiria sua singularidade histórica, com espacialidades, dinamismos, motivações e sentidos próprios. Mobilizava sujeitos e interesses políticos e sociais diversos e, por vezes, conflitantes, mas, muito raramente, antagônicos. No estudo *Canoas do Recife*, Evaldo Cabral de Mello (1992, p. 196) refere-se ao movimento de expansão do espaço urbano do Recife ocorrido entre finais do século XVIII e 1850 que, partindo do núcleo portuário original, avançou em direção ao continente, acompanhando as curvas do Capibaribe. Esse movimento de caráter sazonal estaria na base do surgimento dos subúrbios do Recife: tratava-se "de abandonar a vila nos meses quentes de verão para fugir às doenças ou para beneficiar-se das virtudes curativas e dos deleites edênicos dos banhos de rio".[2]

A prosperidade presente no núcleo urbano da vila contrastava com a crise verificada no setor açucareiro e com as dificuldades econômicas vividas pelos senhores de engenho. Entre o final do século

2 Pensando no povoamento e na expansão do espaço urbano do Recife, José Antônio Gonçalves de Mello (1992, p. 265) chama a atenção para a importância de se considerar o movimento que, seguindo a mesma direção traçada pelo curso do rio, ocorria em sentido oposto, ou seja, do continente para o porto. Em função das fábricas dos engenhos e em torno dos pequenos portos de embarque e desembarque de açúcar e outros produtos, foram surgindo núcleos de população, caso do bairro da Capunga ao qual dedicou estudo. Sobre o assunto, consultar também Bernardes (1996), Veras (1999), Araújo (2007).

XVIII e primeiras décadas do XIX, os banguês situados próximos ao núcleo urbano do Recife foram pouco a pouco deixando de moer: Casa Forte, Monteiro, Apipucos, Dois Irmãos, Madalena, Torre, Cordeiro, Engenho do Meio, Caxangá, Várzea. Em estudo sobre os arrabaldes do Recife, Pereira da Costa oferece uma boa síntese sobre as mudanças ocorridas no engenho Monteiro, situação que poderia ser estendida às demais unidades da região:

> De meados do século XVIII por diante, foram os proprietários do engenho abandonando o fabrico do açúcar, de sorte que, em começos do século imediato não safrejava mais; e dividida as suas terras em sítios diversos, formava já então a situação encravada em torno do terreiro do extinto engenho, e suas imediações, um povoado bastante desenvolvido e animado, em terreno plano, e correndo à margem esquerda do Capibaribe (PEREIRA DA COSTA, 2013, p. 135).

A alteração nos usos e nas formas de ocupação dos espaços situados ao longo da várzea do Capibaribe, ocorrida em função direta da relação estabelecida com o núcleo urbano do Recife, teve importante reconhecimento em 1859. Neste ano, Joaquim de Aquino Fonseca[3], médico higienista pernambucano de formação francesa, presidente do Conselho Geral de Salubridade Pública, tornou público minucioso relato do padre Ângelo Machado Custódio Gaio, escrito em 29 de dezembro de 1767. Para o combativo médico, a relevância histórica do documento "Dos motivos que deram princípio à situação do Arraial do Poço da Panela" residia, sobretudo, no fato de mostrar "que tem reinado aqui grandes epidemias, que se não acham

3 Joaquim de Aquino Fonseca foi agraciado pelo Imperador Pedro II com o título de Cavaleiro da Ordem, de Cristo, em 1849. Título concedido em reconhecimento ao seu firme posicionamento em defesa da instituição de quarentenas e da imposição de cordões sanitários sobre embarcações que circulavam pelo Atlântico, bem como sobre a necessidade da construção de lazaretos – medidas para ele consideradas fundamentais no combate às epidemias (ANDRADE, 1986).

descritas em parte alguma, senão que foi dessa, de que trata a notícia, que veio o costume, que tem a parte abastada da população de ir para o campo durante o verão" (GAIO, 1859, p. 2-3).

O padre Ângelo Machado Custódio Gaio legava ao futuro o seu testemunho sobre marcante experiência social da qual fora parte ativa e central. Relatava as epidemias que castigaram Pernambuco na década de 1740 e de como foram sentidas pela população:

> O que posso afirmar com verdade, sem atacar ao corpo médico, e cirúrgico é que a medicina de nada valeu, embora se empenhassem os professores em receitar como cheios de humanidade, e sabedoria: tudo faltava. O socorro para muitas famílias inteiras de toda beira-mar como dito fica, foi o campo, e banhos nos rios comunicados com as águas salgadas de certa altura, para cima, que sendo logo no princípio das entradas das águas salgadas, nenhum benefício recebiam; assim como também maiores males experimentavam com as águas doces tão somente. Vendo o corpo médico, e cirúrgico da praça do Recife, que seria mui útil aos habitantes da mesma que, se deveriam retirar delas, para fora, logo que entrasse o mês de outubro em cada um ano, e que usando de banhos durante o verão, não experimentariam com tanta veemência as epidemias que aparecessem, assentaram entre eles a fazerem as devidas experiências das águas comunicadas por todo o rio Capibaribe acima, desde a ilha de Fernam Fragozo, até o engenho Santos Cosme, e Damião, da freguesia da Várzea, e para que pusessem em execução essa lembrança, consultaram a alguns ricaços do Recife para serem ajudados; o que não houve dúvida (GAIO, 1859, p. 2-3).

Do que se extrai do relato, o corpo médico e cirúrgico foi a campo para validar, a partir de um saber autorizado, competente e legítimo, medidas profiláticas já de uso entre as camadas sociais opulentas do Recife para escapar das epidemias. Ao cabo de oito anos realizando experiências, concluíram que os banhos de rio Capibaribe

eram benéficos à saúde em determinados trechos do seu curso. E mais, reconheceram e passaram a incentivar os retiros campestres aos citadinos, estabelecendo um calendário próprio à vivência da prática: as estações de calor, desde o mês de outubro ao final da estação seca do calor. Logo, oficiaram às mais gradas autoridades civis, religiosas e militares sobre o "descobrimento das águas para banho". Informaram também aos párocos, que mantinham contatos diretos com a população e sobre a qual costumavam exercer influência. A localização das vilas e cidades que receberam o ofício reforça a ideia de que as epidemias se propagavam com mais frequência na região litorânea; como também indica a ascendência do Recife sobre um determinado território costeiro.

Deste precioso testemunho, interessa-nos ainda destacar que, além do corpo médico, os ricos comerciantes – os "ricaços do Recife", para o padre Gaio; ou o "patriciado urbano", para Bernardes – estiveram na base dessa experiência médica de grande significado histórico e consequência para as vilas e cidades litorâneas de Pernambuco. No caso particular do Recife, a "descoberta" do corpo médico teve implicação direta na expansão territorial urbana, especialmente na direção e no sentido que a ela foram dados. O núcleo urbano projetava-se no espaço, ampliava a área sob sua influência e subordinação. Avançava sobre áreas rurais de antiga ocupação que haviam perdido suas funções originais, provocando alterações inclusive nas formas de divisão daquelas terras que, de engenhos, passavam a sítios destinados ao recreio, ao descanso e aos cuidados com a saúde. O Estado colonial, representado pelo governador de Luís Diogo da Silva Lobo, atuou como importante força política na legitimação das ações propostas pelos médicos, incentivando mudanças nos costumes sociais como também nos usos e funções de determinados espaços geográficos. Quanto às autoridades religiosas, é de supor que estivessem envolvidas desde a primeira hora, pois religiosos eram muitos dos que edificaram casas de taipa no Poço da Panela

quando do início de sua povoação entre 1758 e 1759, em pública demonstração da confiança depositada nos médicos e nos benefícios à saúde trazidos pelos banhos doces de rio.

O relato do padre Machado Gaio sobre o aconselhamento médico permite-nos pensar estar presente uma certa noção de medicina que, ainda que de modo episódico, mostrava-se preocupada com a coletividade. É certo que uma medicina socialmente elitista, voltada, neste caso em análise, para o benefício das famílias ricas, senhoriais, brancas e católicas do Recife. As recomendações do corpo médico sugerem que a categoria conhecia bem a vida cotidiana das famílias patriarcais recifenses, sua estrutura, organização, hábitos e necessidades, indicativo de que provavelmente compartilhavam estilo de vida, valores e sociabilidades:

> Declararam mais do que afirmavam, que o lugar denominado Poço da Panela, muito bem espraiado, e próprio para ser situado de casas para banhos, cujo terreno pertencia ao senhorio do engenho Casa Forte no qual ninguém habitava, e que só sim [sic] nele aparecia algumas mulheres a lavarem roupas, e que finda a lavagem, se retiravam, era ótimo para embarque, e desembarque das famílias e trastes; que outro sim pelo seu espraiado era toda a frente rasa, pelo que nele se podiam colocar muitos banheiros por ser de um e outro lado desse arraial, ribanceiras mui altas e que dariam muito trabalho a se fazerem as descidas para os banheiros, que ao pé das ditas ribanceiras quisessem colocar; que portanto, aforando-se os palmos necessários, para a edificação de uma casa o senhorio não deixaria de querer perceber esses lucros. Publicada a carta oficiosa pela que em agradecimento a ela respondeu o governador ter aquele corpo médico e cirúrgico tomado a seu cargo o descobrimento das águas para banhos em grau sempre certo a benefício dos habitantes desta província na necessidade de banhos por causa das moléstias ou de calores no Recife, assim como da descoberta do lugar para nele poderem situar casas a este fim, como também pelos cômodos de poderem ir as

> famílias em canoas, e seus trastes ali desembaraçarem, e do mesmo modo embarcarem no regresso para o Recife, além de que por terra mais perto era para escravos poderem ir e vir em poucas horas de que mui satisfeito se mostrou o ajuntamento médico e cirúrgico (GAIO, 1859, p. 2-3).

A povoação do Poço da Panela[4] – mito fundador dos subúrbios do Recife – instalou-se em terreno do engenho Casa Forte, de propriedade do coronel Jacinto de Freitas Silva. Impulsionado pelo saber médico e legitimado pelo Estado, o processo de fundação do arraial guarda mais um episódio no conjunto dos conflitos que indispunham proprietários rurais e burguesia comercial do Recife desde a segunda metade do século XVII. Procurado pelos interessados em erguer casas no terreno do Poço para estação de cura durante o verão, o senhor de engenho franqueou-lhes o uso mediante paga de foro de duas patacas ao ano, autorizando, porém, apenas casas de taipa, de construção provisória e precária. Em 1759, havia 12 casas de taipa e uma de pedra e cal, todas com as frentes voltadas para o rio. Dentre os pioneiros moradores da povoação, estavam o cônego da Sé de Olinda, Luiz Garcia Velho do Amaral, e os reverendos Ângelo Custódio Machado Gaio e Francisco de Araújo Carvalho Gondim.

Esses primeiros moradores manifestaram vivo interesse em construir uma capela na povoação, nas proximidades do rio. No entanto, o proprietário do Casa Forte negou veementemente o projeto. Por azar do senhor de engenho, entre os pioneiros do arraial estava Bernardo Rabello Pereira da Silva, ajudante do corpo de artilharia paga do Recife e credor do coronel Jacinto de Freitas Silva. A não aquiescência do proprietário do engenho aos rogos dos moradores do Poço foi, se não a causa, o estopim para o caso ir parar na Justiça. Bernardo Rabello Pereira da Silva obteve ganho de causa e,

4 No século XVIII, o Poço da Panela pertencia ao município de Olinda. Passou a fazer parte do município do Recife, por lei provincial, em 8 de maio de 1843 (GAMA, 1977, p. 37).

não sendo a dívida paga pela viúva do coronel, o terreno do Poço da Panela foi à hasta pública em 8 de abril de 1767. Foi arrematado pelo capitão Henrique Martins[5] por um conto e cinquenta mil réis. Em 1770, este abastado comerciante da praça do Recife e sua esposa Ana Maria Clara, por graça alcançada, doaram um lote de terreno para a edificação de uma capela no Poço da Panela, sob invocação de Nossa Senhora da Saúde. As obras de construção da capela, iniciadas em 1772, consolidavam o assentamento da povoação à margem esquerda do Capibaribe, em terras outrora pertencentes a engenho moente e corrente, o Casa Forte. Demonstração pública de fé e da devoção dos moradores do Poço, a edificação da capela era, também, "afirmação religiosa do orgulho e do poder dos mascates" (BERNARDES, 2006, p. 62).

O reconhecimento científico da salubridade do campo e das virtudes terapêuticas das águas doces do rio revestia de novos significados, inclusive políticos, o movimento sazonal de as famílias abastadas dirigirem-se às zonas ribeirinhas do Capibaribe durante a estação de calor. Lastreado pelo saber médico e impulsionado pela burguesia comercial, o Estado interferia não nos limites do espaço urbano propriamente, mas, em função das necessidades por este último criadas, passava a exercer forte influência sobre a direção, o modo e o ritmo com que o Recife expandia o seu território. Em 1788, por exemplo, foi construída a estrada que vinha marginando

5 Henrique Martins, filho de mestre sapateiro, era português natural da vila de Oeiras, batizado em 1704. Casado com Ana Maria Clara, natural do Recife, filha do capitão João Machado Gaio e de Ana Gomes de Barros, tornou-se rico comerciante nesta praça. De acordo com Leonardo Dantas Silva (2016), foi "acionista da Companhia de Comércio de Pernambuco e Paraíba, com posto nas milícias e nas ordens portuguesas, onde era familiar do Santo Ofício e Oficial da Ordem de Cristo". Era proprietário do sítio da Jaqueira, situado à margem esquerda do Capibaribe, onde ergueu uma capela em devoção a Nossa Senhora da Conceição; e, conforme visto, foi o arrematante dos terrenos do Poço da Panela. Faleceu em agosto de 1782. Estando seus negócios arruinados, sítio e capela na Jaqueira foram à hasta pública, sendo arrematados por Domingos Afonso Pereira.

a levada que vinha do açude de Apipucos a Monteiro (PEREIRA DA COSTA, 2013, p. 136).

As margens risonhas do Capibaribe

Antes de avançarmos na análise, convém esclarecermos que não pretendemos esmiuçar, neste artigo, o processo de ocupação dos subúrbios que beiram o Capibaribe, os usos dados aos rios e as formas de sociabilidade que lá vicejaram, tema abordado em oportunidade anterior (ARAÚJO, 2007). Pensamos ser importante, porém, trazer alguns depoimentos – seguidos de breves considerações – dos que conheceram os arrabaldes do Recife no seu alvorecer, quando constituíam verdadeira novidade e eram motivo de entusiasmo e orgulho dos burgueses do Recife.

Em fins do século XVIII e começos do XIX, a maioria dos engenhos de açúcar localizados às margens do Capibaribe não produzia mais. Nas cercanias das antigas capelas ou em torno dos pequenos portos de embarque e desembarque de açúcar e outras mercadorias, foram surgindo ou crescendo as povoações que lhes herdaram os nomes. Suas terras foram retalhadas em sítios que serviam às famílias opulentas do Recife, onde edificaram vivendas para passar a estação de calor. A princípio, eram de construção simples, mas, a partir de 1830, as propriedades se foram erguendo com mais luxo, conforto e solidez, sinal de mudança nas formas de seus proprietários ostentarem riqueza, prestígio e poder e de valorização daquelas terras. As famílias das camadas sociais urbanas de maior poder econômico fugiam da cidade insalubre, percebida como favorável ao aparecimento de epidemias e como foco de doenças que atacavam preferencialmente no calor do verão. Nas margens e nas águas doces do rio, além de melhoras para moléstias e indisposições, encontravam prazeres e deleites vários para o gozo dos quais se fazia necessário manter a numerosa escravaria em afazeres redobrados.

Em 1787, em visita a Pernambuco, o cronista Luiz dos Santos Vilhena, natural de Portugal mas residente na Bahia, narrou suas impressões sobre o Capibaribe:

> Sobe pois o Capibaribe por muitas léguas para o continente, sendo talvez um dos rios mais deleitáveis, e amenos que se conhecem tanto pelo cristalino de suas águas, como pelo plácido da sua corrente, o que de tal maneira atrai os moradores do Recife que quase a despovoam na estação de verão, para irem habitar por alguns meses em infinitas fazendas, e deliciosíssimas casas de recreio, de que elas estão bordadas, sendo inumeráveis as pessoas que de um, e outro sexo se encontram, já banhando-se no rio, já sentadas, ou passeando, ou navegando em canoas à sombra de altas, e copadas árvores, que por um e outro lado acompanham o Capibaribe, e defendendo por longos espaços as águas da ardência do sol (VILHENA, 1969, p. 826-827).

Henri Koster, viajante inglês, desembarcou em Pernambuco em dezembro de 1809, em plena estação de calor. O clima, no entanto, não lhe pareceu hostil. A brisa do mar, constante das nove horas da manhã até a meia noite, suavizava o calor e a ardência do sol dos trópicos. Há poucos dias de chegado, percorreu a cavalo os caminhos arenosos que levavam aos subúrbios. Avistou as residências de verão das famílias brancas senhoriais e as descreveu como pequenas e térreas, asseadas, pintadas de branco, arrodeadas de jardim e pomar com laranjeiras, limoeiros, romãzeiras e outras frutas. Dias depois, o inglês mudou-se para uma casinha alugada por um amigo português no povoado de Apipucos. Notou que, tal como sucedia nas estações d'água na Inglaterra, "as famílias cujas residências na cidade são amplas e agradáveis, não olham inconvenientes e vêm residir, durante o verão nessas pequenas casas" (KOSTER, 1978, p. 39). A sensação de libertar-se de certas convenções sociais e rotinas da vida urbana parecia fazer sentido para os citadinos que desfrutavam das

delícias do Capibaribe. Observava que "as maneiras cerimoniosas das cidades são esquecidas e as substituem um ambiente cordial de liberdade". Os subúrbios do Recife pareciam reunir aqueles três principais fatores que os tornaram motivos de atração para os citadinos de que fala Mumford (1965, p. 614-667): superioridade higiênica em relação aos núcleos urbanos, desprendimento das convenções sociais e alívio visual proveniente dos amplos horizontes de suas paisagens.

A vida parecia transcorrer risonha às margens do Capibaribe: passeios a cavalo, conversações entre amigos, danças e músicas, jogos de prendas e, no caso de Koster, jantar com algum comerciante inglês. Novenas e festas nas capelas e igrejas das povoações, também com música, dança, seguidas de jantar entre amigos ou conhecidos. Estranhamente, o inglês não fez menção aos banhos de rio. Contudo, toda animação cessava com a chegada da Quaresma quando, em função das obrigações religiosas e das chuvas, as famílias católicas retornavam às suas residências na vila. Durante o período chuvoso, os povoados entristeciam e eram habitados "quase exclusivamente por negros e homens de cor". Dois anos depois, notava que

> As terras próximas ao Recife subiam de preço. O comércio de tijolos estava convenientemente lucrativo. [...] os trechos situados entre os povoados de Poço da Panela e Monteiro, na extensão de 1 milha, que em 1810 era coberto de matagal, tinham sido limpos (KOSTER, 1978, p. 37-50; 203).

Nesse alvorecer dos subúrbios, pelo menos desde 1796, a família de Lopes Gama mantinha casa no Poço da Panela. A propósito, seu pai, o físico-mor João Cardoso Lopes Machado, em carta escrita em 16 de junho de 1817, rememorava fatos por ele presenciados no dia em que estourou a revolução: "No dia 6 de março, estando eu no Recife e a família no Poço, acabando de jantar, ouço tocar à

rebate, chego à janela, vejo quatro sentinelas na porta do palácio apontando as baionetas contra quem queria entrar". Porquanto foi vitoriosa a revolução, o físico-mor foi alvo de hostilidades por parte de barbeiros e boticários. O historiador Denis Bernardes supõe que tal atitude poderia ser uma reação daqueles ao trabalho do doutor João Cardoso Lopes Machado na Provedoria de Saúde Pública de Pernambuco. Para o estudioso, o surgimento desse órgão, em 1810, constituiu a principal mudança da atuação do Estado no campo da saúde pública no período. Responsável por controlar, fiscalizar e reprimir atividades ligadas à comercialização de alimentos e medicamentos e ao exercício da arte de curar por pessoas não autorizadas, bem como por fiscalizar os navios negreiros que chegavam ao porto do Recife, para averiguar se os recém-escravizados eram portadores de doenças contagiosas, a Provedoria de Saúde Pública provavelmente tornou-se fonte de atritos para a população (BERNARDES, 2006, p. 75-80).

Lopes Gama guardava memória pessoal da infância e juventude vividas no arraial do Poço da Panela, lembranças acionadas anos depois, quando passou a escrever suas crônicas de costumes. Comparava hábitos, estilos de vida, padrões de comportamentos e sociabilidades entre dois marcantes momentos da sociedade brasileira: os tempos "do regime colonial e do rei velho" e o período regencial, tempos em que ganharam força os anseios por civilização e progresso entre os burgueses citadinos. No artigo "As festas de fim de ano", publicado em janeiro de 1838, o Carapuceiro pintava, em estilo faceto, um bom quadro do cotidiano das famílias em retiro campestre:

> É verdade que então não havia carrinhos, carros e cabriolés. Não se usavam as companhias de grande tom. Não lourejava o chá nas douradas xícaras de porcelanas, nem giravam os bolinhos nas ricas bandejas, distribuídas simetricamente. Não se sabiam o que eram valsas, montenelos, sorongos, nem nossas mães aprenderam jamais a galopar. Nesses felizes

> tempos as danças não passavam do monótono minueto rasteiro e da corte, e não se dispensava o buliçoso baiano. Nas plácidas margens do Capibaribe, ajuntavam-se as famílias e ali tinham suas ceias de camarões, de peixe frito com farofa. Ali se cantavam modinhas com que se derretiam os amantéticos do tempo do rei velho. [...]. Enfim nesses tempos havia menos luxo, muito menos polidez em nossas maneiras, muito menos arremedos dos costumes estrangeiros. Mas em troco de tudo isso havia mais lhaneza, havia mais agradável convivência, mais harmonia entre as famílias (GAMA, 1837 *apud* GAMA, 1996, p. 253-254).

A partir da década de 1830, as transformações pelas quais passavam os subúrbios se intensificaram, tornando-se perceptíveis mesmo ao olhar mais distraído. Durante a administração de Francisco do Rego Barros (1837-1844, com curtos períodos de interrupções), Pernambuco viveu uma quadra de significativas mudanças, marcada por ações de modernização da infraestrutura da província, de melhoramentos materiais e de reformulações no padrão funcional e estético do Recife (ZANCHETI, 1989).

Às margens do Capibaribe, foram erguidas inúmeras residências luxuosas. O próprio governador Francisco do Rego Barros construiu um palacete na Madalena, avizinhando-se de outras custosas e finas vivendas particulares cujas frentes estavam voltadas para o rio, com cais privativos e banheiros de pedra e cal, atestando a nobreza das águas do Capibaribe. Palacetes em cujas construções foram incorporados elementos há pouco introduzidos no mercado de consumo local, como o ferro, a vidraça, o ladrilho de mármore. O sítio do conhecido médico-higienista Joaquim de Aquino Fonseca, localizado no valorizado Caldeireiro, oferece uma noção do bem viver nos subúrbios:

> Aluga-se pelo tempo da festa e por preço cômodo, o sítio do sr. Thomaz d'Aquino Fonseca no lugar Caldeireiro, com boa casa

> de vivenda, cocheira, estribaria e casa para escravos, bastantes laranjeiras e muitas outras fruteiras com boa cacimba d'água para beber, baixa de capim bastante plantada, e banho muito perto da casa, para o qual se pode ir com toda a liberdade, por ter caminho muito particular por dentro do sítio; quem o pretender dirija-se à rua da Cadeia Velha casa de Câmbio n. 34, ou ao Caldeireiro no sítio do sr. Joaquim Coelho Cintra, que achará com quem tratar (DIARIO DE PERNAMBUCO, 5 dez. 1844, p. 3).

Médicos, advogados, altos funcionários públicos, comissários de açúcar, comerciantes de exportação e importação e mesmo senhores de engenho investiam suas economias nos sítios e nas residências de verão. Porém, os agradáveis caminhos dos subúrbios exibiam, também, as marcas da escravidão. Em importante registro, mas feito com displicência, o missionário metodista Daniel Kidder relata episódio ocorrido em uma dessas prósperas residências:

> Muitas das casas são de construção dispendiosa e apurado gosto. Mostraram-me uma, cuja varanda estava repleta de estátuas. Sendo o proprietário rico mercador de escravos, algum brincalhão galgou o alpedre e – isso há alguns anos – e o presenteou com inesperado carregamento de negros, pintando de preto o rosto de todas as estátuas (KIDDER, 1992, p. 156).

As alterações na paisagem do Capibaribe guardam estreitas relações com as mudanças ocorridas na sociedade e no espaço urbano do Recife em arco temporal mais longo, para a compreensão das quais a reflexão de Bernardes se reveste de grande valor:

> Este período [1771-1822], de uma duração de cinquenta e um anos, marca o apogeu e o fim da história urbana do Recife, nos quadros do Antigo Sistema Colonial, não apenas porque finalizado politicamente pela Independência, mas também porque outros valores econômicos e sociais orientarão as afirmações de poder, prestígio, status e autoidentidade das

camadas que investiam nas edificações privadas ou tinham como decidir das construções públicas. Apenas para marcar o contraste entre os dois períodos e as mudanças ocorridas no horizonte mental da elite, lembremos que entre as grandes obras, que ao longo do século XIX, deram ao Recife sua nova fisionomia, não se encontram nenhuma igreja ou convento. São todas obras laicas, voltadas para o lazer e a cultura burguesa (Teatro de Santa Isabel, 1841-1850), para a educação (Ginásio Pernambucano e Liceu de Artes e Ofícios (1855-1868), para a saúde e a assistência (Hospital Pedro II, 1847-1861) e Hospício de Alienados (1874), para o enterro civil (cemitério de Santo Amaro, 1851-1857), para a ação repressiva do Estado (Casa de Detenção, 1850-1867) ou de infraestrutura como as diversas linhas e estações de ferro (BERNARDES, 2006, p. 64-65).

Figura 1. Uma parte da Passagem. Recife, 1863.
Desenho de Luís Schlappriz (FERREZ, 1981, p. 67)

Fonte: acervo Fundação Joaquim Nabuco.

Rios que atendem ao chamado do mar

Voltemos ao Carapuceiro e a suas críticas de costumes. No Natal de 1842, este moralista católico escreveu novo artigo sobre os tempos de festa: "antigamente os nossos subúrbios tinham mais ares de campo, neles se gozava de mais liberdade do que hoje em que o incremento da população tem aumentado os prédios e dado a esses sítios certo caráter de cidade". Sua crônica transmitia a ideia de que os subúrbios começavam a perder seus encantos, justamente aqueles fatores de atração que justificavam sua origem e lhes atribuíam usos e funções: ares salubres, liberdade de convenções sociais, amplas vistas e contato com a natureza. Em tempos passados, dizia, quando havia muito poucas casas, "encontrava-se muito maior número de árvores e de arbustos, e conseguintemente o ar era mais fresco, mais puro, mais agradável" (GAMA, 1996, p. 439-440).

Outro grande cronista de Pernambuco de meados do século XIX, Antônio Pedro de Figueiredo, dedicava artigo às temporadas de festa nos subúrbios na seção semanal que mantinha no *Diario de Pernambuco*, "A Carteira". Nutria opinião bastante crítica em relação àquela "multidão de emigrante da cidade" que povoava os arrabaldes na estação seca de verão. Insinuava que a fuga da cidade em direção ao campo – "o fresco à sombra das mangueiras e as emoções do gagau e do lansquenet no Poço, no Monteiro, no Apipucos" – se havia transformado em compromisso quase obrigatório para pessoas e famílias que, em busca de *status* ou de ostentação de riqueza, deixavam-se guiar pelos modismos. Era como se os subúrbios estivessem por se converter em seu contrário, a cidade, com seus artificialismos, convenções, jogos de aparência, hipocrisias, emulações entre pessoas de mesma classe social. E antevia: "quando a mania de passar a festa se há vulgarizado ao ponto de haver poucos que a ela escapem, torna-se um privilégio e uma distinção resistir à invasão de tão perniciosa enfermidade moral" (FIGUEIREDO, 1859, p. 546-551).

Entre as décadas de 1830 e 1840, com as melhorias nas estradas carroçáveis, surgiu um serviço de transporte público facilitando a comunicação entre o núcleo urbano e os arraiais. Apareceram as primeiras residências permanentes, muitas de famílias estrangeiras, e os empreendimentos comerciais que exploravam os ares e a paisagem campestres, como hotéis e quiosques elegantes. Data desse período o surgimento dos primeiros loteamentos nos sítios localizados nos subúrbios que, mais tarde, dariam origem a diversos bairros (MELLO, J. A. G., 1992, p. 263-281). Em 1867, os trens urbanos encurtaram ainda mais a distância entre o centro do Recife e as povoações ribeirinhas, provocando aumento no quantitativo de moradas permanentes, o que levou Lopes Gamas a suspirar: antigamente, "Era muito maior o número de passarinhos".

Neste ponto, parece-nos oportuno retomar a observação do Carapuceiro com a qual iniciamos este ensaio, sobre a discreta disputa que se insinuava instalar entre os banhos de rio e os de mar. Precisamente no ano em que escreveu esse artigo, em 1844, surgiu a barca de banhos sobre as águas do Capibaribe, bem no centro da cidade, próximo ao trecho em que o rio desaguava no mar. A iniciativa de oferecer serviço de banhos salgados às famílias coube ao inglês José da Maya, que provavelmente conheceu os balneários flutuantes na Europa. O *Diario de Pernambuco*, partidário do progresso e autoimbuído de uma missão civilizadora, estimulava o público a frequentar a barca, estabelecimento que "reúne em si o duplicado proveito de tornar a existência muito mais agradável sob clima ardente em que nos achamos, e de desenvolver poderosamente a ação da medicina e higiene pública" (BARCA DE... DIARIO DE PERNAMBUCO, 1845, p. 2). O jornal defendia a introdução do "poderoso tônico dos banhos salgados", eficazes na cura de muitas doenças e hábito higiênico importante. A barca, no entanto, não caiu no gosto da população, mas os banhos salgados começavam a conquistar adeptos em outros sítios.

Desde a década de 1840, os jornais anunciavam casas e sítios para alugar durante a temporada de festa em Olinda ou Boa Viagem. A proximidade com o mar era um dos atrativos dos imóveis. Outrora lugares distantes da população urbana, não fisicamente, mas social e culturalmente distantes e desconhecidos, o mar e suas praias eram considerados lugares de trabalho, defesa militar e comunicação; senão como áreas que não faziam parte da cidade higiênica, onde se lançavam dejetos ou se enterravam hereges e negros pagãos. A aproximação da sociedade burguesa moderna com o mar ocorreu por incentivo do saber médico, do conhecimento sobre as propriedades físicas e químicas da água do mar e de como atuavam sobre o corpo humano, através do uso de banhos ou da ingestão do líquido salgado. As virtudes terapêuticas das águas salgadas foram comprovadas por médicos europeus em fins da primeira metade do século XVIII. Nobreza e classes abastadas europeias não tardaram em aderir à prática como meio de cura e higiene corporal, sinal de que atendia a uma demanda social (CORBIN, 1989; CHERNOVIZ, 1878; ARAÚJO, 2007).

Os banhos de mar foram introduzidos no Brasil em 1809, quando os médicos da Real Câmara os prescreveram a Dom João VI e a sua consorte dona Carlota Joaquina. Uma mais ampla e sistemática difusão de seu uso como tratamento hidroterápico ganhou impulso sobretudo a partir de 1840, com a importância crescente adquirida pelo pensamento higienista. Os princípios norteadores da medicina social e do higienismo constituíram elementos centrais na construção do projeto de implantação de uma nova ordem política e social para o país, assim como estiveram presentes na elaboração de diretrizes, normas e leis fundamentais para os planos de reordenamento do espaço urbano e da unidade familiar. O saber médico, de base científica, passou a institucionalizar-se não mais apenas nas faculdades de medicina, mas também a organizar-se em sociedades civis e a integrar o aparelho do Estado por meio dos órgãos

responsáveis pela higiene e saúde pública (COSTA, 1979; ZANCHETI, 1989; ROSEN, 1994; CHALOUB, 1996; OUTTES, 1997). Para o caso de Pernambuco, além da criação do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província, em 1845, vamos encontrar a confluência desses fatores bem exemplificada na exposição feita pelo doutor Manoel Pereira Teixeira na Sociedade de Medicina de Pernambuco, em fevereiro de 1843. Na ocasião, apresentou aos pares sua tese favorável à adoção dos banhos de mar pela população brasileira e, particularmente, a do Recife:

> Muito proveitoso seria que os habitantes deste país fizessem frequente uso dos banhos frios, e em particular dos de mar, durante a estação de verão. Aqui na Cidade fácil é tomar esses banhos pela proximidade do mar, e por meio deles talvez se diminuíssem muitas das moléstias horrorosas, que tão frequentes são aqui. Se esta Sociedade entender que isto será de proveito público, ficaremos na obrigação de aconselhar esses meios (TEIXEIRA, 1843, p. 63-67).

Confiados nos receituários médicos e ainda cheios de cuidados e receios, moradores das cidades litorâneas aventuraram-se a entrar nas águas moventes do mar e a provar a sensação de desbravar um novo território.

Olinda: o renascer no mar

Em 1847, estava por alugar esta casa na praia de São Francisco, em Olinda:

> Ainda se acha para alugar a melhor casa da rua da Praia de S. Francisco em Olinda, não só pela proximidade do mar para o uso dos banhos salgados, como pelos seus cômodos, pois tem duas salas de frente, quatro quartos, cozinha fora, cacimba, coqueiros, e bom terreno para plantar; além disso acha-se hoje caiada e pintada interna e externamente, poupando essa

> despesa a quem quiser alugá-la. A tratar na rua Mathias Ferreira da mesma cidade, sobrado onde morou o capitão Passos (DIARIO DE PERNAMBUCO, 1847, p. 3).

Outrora opulenta cidade no primeiro século de implantação do sistema colonial na América portuguesa, centro do poder, de luxo e riqueza da capitania de Pernambuco; e por muito tempo lugar de morada da orgulhosa aristocracia açucareira, Olinda, melhor dizendo, o seu sítio urbano, passou a desempenhar a função de subúrbio do Recife a partir de meados do século XIX. A beleza de sua paisagem, principalmente quando avistada do alto de seus outeiros ou a partir do mar, chamava atenção de todos que a visitavam, tanto quanto lastimavam o estado de abandono e decadência em que se encontrava seu sítio urbano. Visitando-a em 1859, o imperador Pedro II sentenciou: "Olinda está morta como cidade; porém pode reflorescer tornando-se arrabalde do Recife, sobretudo se houver caminho de ferro de Olinda ao Recife" (DOM PEDRO II, 1950-1951, p. 143). As vias de comunicação entre as duas cidades sofreram melhorias a partir de 1840. Nesta década, foram concluídas, até certo trecho, as obras da estrada que as ligava por terra. Em 1855, Claudio Dubeux anunciava o serviço de ônibus entre o Recife e Olinda. O serviço de transporte público, oferecido pelos trens da Companhia de Trilhos Urbanos de Recife a Olinda a partir de 1870, veio fortalecer o vínculo de subordinação de Olinda ao Recife, consolidando a vizinha cidade como principal balneário marítimo da capital e como opção de residência permanente para muitos que trabalhavam no Recife. Seu ambiente era considerado mais salubre que o da capital, por seus elevados, ares marinhos e vastos quintais frutíferos, bem como por seu silêncio monástico.

A procura crescente pelos banhos salgados direcionou a expansão urbana de Olinda para as zonas de praia: Milagres, Carmo, São Francisco e Farol, sobretudo entre o último quartel do século XIX

e primeiras décadas do xx. Casas a princípio de construção bem simples, erguidas em lotes de terrenos pequenos e estreitos, salvo uma ou outra exceção. A maioria era de taipa, outras de madeira, havendo algumas de pedra e cal; e cobertura de palha ou zinco, a exemplo desta: "aluga-se uma casinha de madeira com 2 salinhas e 2 quartinhos, ladrilhada, caiada e pintada, coberta de telha, nos Milagres, sítio do lado nascente, junto às casas do falecido Amorim" (OLINDA (EM)... JORNAL DO RECIFE, 1885, p. 3). No final do século XIX, os Milagres contavam com várias casas em estilo chalé, com "boas acomodações, com vistas para a rua e para o mar, nas melhores condições higiênicas".

Figura 2. Praia e casas de veraneio em Olinda, Pernambuco. ca. 1910

Fonte: autor não identificado. Coleção Josebias Bandeira. Acervo Fundação Joaquim Nabuco.

No alvorecer do século xx, as sucessivas administrações municipais buscaram, com muitas dificuldades e parcos recursos, imprimir uma feição moderna à cidade, visando ao embelezamento e ao melhoramento da infraestrutura urbana nas cercanias das praias: construção de avenidas, praças e jardins, galerias pluviais e sistema de esgoto. Em 1915, os bondes elétricos interligavam as cidades de Olinda e Recife. Um desses levava a menina Clarice Lispector a viver o começo da felicidade que se realizava plenamente ao banhar-se no mar de Olinda. Desses tempos de criança, recordava-se: "Meu pai acreditava que todos os anos se devia fazer uma cura de banhos de mar. [...]. Meu pai também acreditava que o banho de mar salutar era o tomado antes do sol nascer". Saíam de casa, no Recife, ainda na madrugada. "Vestíamos depressa e saíamos em jejum. Porque meu pai acreditava que assim devia ser: em jejum" (LISPECTOR, 1984, p. 250-251).

Além da dosagem certa de banhos salgados, os aconselhamentos médicos passaram a incluir, por benéfica à saúde, a exposição equilibrada dos corpos ao sol. Desse modo, em torno dos rituais dos banhos salgados – a princípio unicamente tomados como meio de cura e de higiene, mas logo experimentados como regalo e diversão –, surgiam novas práticas culturais, modas, comportamentos, atitudes para com o corpo e formas de sociabilidade que se manifestavam nos espaços públicos e abertos das praias e seu entorno. O modo de vida burguês, urbano e moderno demandava outras formas de convivência social, mais abertas e diversificadas que as associadas ao viver patriarcal, quase sempre restritas à unidade familiar ou se manifestando em função dela. Os espaços de sociabilidade diversificavam-se e os divertimentos voltavam-se para um público mais amplo, porém claramente seleto, socialmente elitista e pretensiosamente branco, que desqualificava e excluía todos os grupos e classes sociais que não reuniam tais atributos. Em uma cidade carente de recursos econômicos, o Estado, por meio do executivo

municipal, investia na balneabilidade de Olinda. E, provavelmente por assim pensar, o prefeito José Cândido de Miranda justificava uma de suas ações anuais:

> Com a aproximação da quadra veranista, Olinda é a praia do Estado preferida pela sua posição topográfica. Para ela nesta época aflui o que o Recife e Adjacências possuem de mais distinto em suas altas rodas sociais. Como os poderes não podem se mostrar indiferentes a estas justas preferências, pelo contrário, devem incentivar crescentes atrações e entretenimentos que concorram para o maior realce da temporada, foi que tomei o alvitre de contratar por R$ 10:000$000 as bandas de música Elite e 15 de Julho que vêm fazendo as retretas do Carmo às quintas, domingos e demais dias feriados intermediários de acordo com vossa autorização votada sob n. 554 (MENSAGEM... 1928).

Apesar de certo entusiasmo em torno da animação das praias de Olinda, então consolidadas como principal destino para a vivência do ócio (VEBLEN, 1980) das elites e classe média do Recife nas estações de verão, as formas de sociabilidade burguesa, expressão de um viver moderno e civilizado, não floresciam plenamente naquelas bandas. Sua paisagem guardava memórias seculares das formas de ocupação, de usos e de ordenamento dos espaços do seu núcleo urbano; memórias de guerras, de perdas territoriais, de riqueza, prestígio e poder; mas, também, memórias de pujantes sociabilidades religiosas e festivas. Memórias de um viver provinciano a que se incorporavam novas experiências vivenciadas e renovadas no cotidiano, construídas nas lidas com o comércio, a pesca, o fornecimento de água para consumo da sua e da gente do Recife, da pequena produção rural e em torno dos banhos de mar. Presa ao passado que se projetava no espaço e a um viver provinciano, Olinda não correspondia ao modelo de balneário moderno e elegante, ao qual estava associado um ideário de felicidade, despreocupação e

desprendimento, próprio às "classes ociosas". Nesses balneários, na visão de um cronista, a população adventícia apresentava-se "risonha, satisfeita, comunicativa, barulhenta, expansiva, contente de si mesma e contente de todos nesta hora matinal, em que, tonificando-se o corpo, também se oxigena a alma, em movimentos alegres e vibráteis, naturalmente respeitosos". Em Olinda, o espetáculo era outro: "É um banho de mar fúnebre, o de Olinda; é um banho de mar austero! ...pois seja! Vistamo-lhe uma sobrecasaca e abotoemo-la gravemente" (A. N. O BANHO..., 1915, p. 2).

Caleidoscópica paisagem: as praias do Pina e Boa Viagem

Em finais de Império e primeiras décadas da República, apesar de vivenciar um processo de perda crescente de espaço político e econômico no concerto da federação brasileira, Pernambuco assistia a um impulso modernizador na sua economia, advindo principalmente do surgimento das usinas de açúcar. As obras de reforma do porto marítimo e do bairro do Recife, bem como a implantação de importantes serviços urbanos modernos, como o do sistema de esgotamento sanitário, ocorridas no período de 1909 a 1926, encheram os habitantes da capital de entusiasmo e otimismo em relação ao futuro. As usinas provocaram a ruína definitiva dos engenhos de açúcar tradicionais e, com eles, partiram os velhos senhores, principais representantes da sociedade patriarcal oligárquica que, a partir de então, sobreviveria apenas na memória social e familiar, como objeto de estudo da história ou seria revolvida por certos indivíduos e grupos sociais movidos por profundo sentimento nostálgico. À derrocada das oligarquias tradicionais do Norte agrário correspondeu a ascensão de nova classe social de base urbana: a dos industriais e agroexportadores que, junto à burguesia comercial, passou a compor a classe dominante local. Esse dinamismo na economia e na divisão de trabalho fez surgir, em contraposição, uma classe

trabalhadora urbana, livre e assalariada; assim como abriu espaço na estrutura social para a ampliação e o fortalecimento de uma classe média urbana que ansiava por oportunidades sociais, econômicas e na vida política, sonhando ascender socialmente.

O Brasil republicano pôs em curso um projeto de modernização do país no qual a cidade do Rio de Janeiro desempenhou o papel de "metrópole-modelo" do progresso, promovendo o ideal de um estilo de vida moderno e civilizado a ser adotado pelas camadas sociais urbanas mais elevadas, traduzido em modas, novos comportamentos, sensibilidades, sistemas de valores e hábitos (SVECENKO, 1998; O'DONNEL, 2013). Eram os chamados "Tempos Modernos", cria de um mundo globalmente unificado pelo capital, pela indústria, pela crença no progresso e pelo desejo de consumo. Tempos dominados pelas conquistas científicas e tecnológicas, inclusive nas áreas da microbiologia, bacteriologia e da bioquímica, que produziu "efeitos dramáticos sobre a produção e conservação de alimentos, ou na farmacologia, medicina, higiene e profilaxia, com impacto decisivo sobre o controle das moléstias, a natalidade e o prolongamento da vida" (SEVCENKO, 1998, p. 9). Modernidade e progresso tornaram-se palavras-chave para a construção da imagem e da autoimagem que as camadas urbanas abastadas buscavam imprimir para si e expor ou impor ao Outro. As grandes cidades tornaram-se vitrines das transformações urbanísticas, espaço onde as novas formas de convivência, lazer, consumo e negócios ganhavam maior relevo e visibilidade. Neste contexto, os balneários marítimos emergiram como símbolos do moderno e ícones da modernidade.

No Recife, em direção oposta a Olinda, rumo ao litoral sul, acerca de seis quilômetros, situavam-se as praias do Pina e de Boa Viagem. No entanto, por estarem localizadas em zona de estuário composta pela confluência dos rios Capibaribe, Jiquiá e Tejipió, essas praias permaneceram em relativo isolamento até as primeiras décadas do século XX, conservando estrutura fundiária e uma paisagem que

pouco se alteraram ao longo dos séculos: sítios de coqueiros, pescadores, jangadas, igreja e povoação de Boa Viagem e, mais ao longe, a igreja de Nossa Senhora da Piedade. Com a valorização da cultura das praias e sua transformação em "lugar da vivência da socialidade", do lazer e do descanso (AZEVEDO, 1988), o Pina e Boa Viagem começaram a ser objeto de nova atenção por parte da população do Recife. Eram retiros cobiçados especialmente pelas elites urbanas, que procuravam exclusivismo, distinção e distanciamento físico e social da massa popular. Praias reconhecidas como "as preferidas da nobreza pernambucana" (CORSO... JORNAL PEQUENO, 1912); a "Petrópolis dos nossos mais conhecidos agricultores, capitalistas e comerciantes" (RECORD DA... JORNAL PEQUENO, 1912).

Figura 3. Banhistas da praia de Boa Viagem. Recife, 1922

Fonte: autor não identificado. Coleção Richard Connoly. Acervo Fundação Joaquim Nabuco.

Era nas praias do Pina e de Boa Viagem que, no raiar do século XX, a gente mais rica e poderosa do Recife ambicionava projetar sua imagem, riqueza e poder. Embalada pela ideologia da higiene, da eugenia e do progresso e seduzida pelo canto da modernidade, parte expressiva da população ressentia-se da ausência de um balneário moderno, higiênico e elegante, que viesse a preencher lacuna considerada inconcebível em uma cidade populosa como o Recife, a terceira maior do país e centro político, administrativo e financeiro de uma vasta região. Nos anos 1920, toda essa área costeira foi objeto de intensas transformações. No governo de Sérgio Loreto (1922-1926), foram iniciadas as Obras Complementares do Porto, dentre as quais constavam as de infraestrutura urbana nas praias do litoral sul:

> Tratava-se, na verdade, de um ambicioso plano de intervenção urbanística que pretendia dotar a área litorânea, ao sul do Recife, dos mais modernos equipamentos e serviços urbanos, como água encanada, rede de esgoto, luz e bondes elétricos, telefone, saneamento e canalização do rio Jordão e córregos, e dessecação dos pântanos. As obras de melhoramentos incluíam, também, a construção de um complexo viário que compreendendo uma ponte e três avenidas, todas calçadas, arborizadas [...], com postes de concreto armado e canalização para escoamento das águas pluviais. Além disso, planejava-se construir mais oito quilômetros de muralha destinados à sustentação dos passeios do lado do mar, contendo rampas de acesso à praia a cada duzentos metros. Tais obras viárias consistiam na avenida da Cabanga, que passaria a se chamar Saturnino de Brito; na ponte do Saneamento, que teria sua estrutura reforçada para comportar o tráfego de carros elétricos da Tramways, de veículos e pedestres. Contíguas a essas, seguiriam a avenida Ligação, conhecida como Central do Pina ou Lima Castro, que uniria a referida ponte do Saneamento à praia, e a Avenida Beira-Mar, carro-chefe desse cortejo majestoso de obras e vias públicas (ARAÚJO, 2007, p. 475-476).

A avenida Beira-mar era um símbolo do porvir e expressão do progresso que "se pôs a revolver o solo e a derrocar velharias na ânsia incontida de encontrar uma fisionomia nova para as nossas coisas, uma necessidade por todos proclamada" (AVENIDA BEIRA-MAR, REVISTA DE PERNAMBUCO, 1925). A urbanização daquela área, com destaque para a avenida costeira, criou uma paisagem inteiramente nova para a capital pernambucana, mas também abriu fronteira para o capital se expandir, parte dele gerado e acumulado na economia de base urbana. Nas praias do litoral sul, desde os primeiros tempos de sua formação, a "cultura da praia" marcou sua singularidade ao aliar os atributos de um balneário moderno a outro símbolo muito caro à modernidade: o automóvel. Em 1912, a "nobreza pernambucana", na feliz expressão do repórter, que gozava do privilégio de possuir automóvel particular, podia desfrutar de uma experiência única e verdadeiramente nova: os passeios de automóveis pelo cômoro da praia:

> Como n'uma visão das *Mil e uma noites*, passavam na rapidez de 1 quilômetro vencido por minuto, diante da retina ofuscada dos excursionistas, a branca ermida da Piedade, as jangadas abrigadas n'um canto da Venda Grande, o vasto coqueiral da praia de Candeias, e enfim Barra de Jangada ou Simão Pinto, conhecido lugarejo, ponto de desaguamento do rio Jaboatão na vasta extensão do Atlântico, surgindo, bem vivo, ao longe, o Farol de Santo Agostinho, e a vasta casaria da praia de Gaibu, caledoscópica paisagem, banhada pelos raios solares, a tremeluzirem no movediço lençol de turquesa do mar, em franca calmaria (JORNAL PEQUENO, 9 set. 1912).

No Recife de fins da primeira metade do século XX em diante, a influência do conhecimento médico sobre a gestão pública da cidade passou a dar francos sinais de enfraquecimento. Diminuiu a habilidade dos especialistas dessa área do saber em apreender interesses, aspirações e valores das elites urbanas, como também

arrefeceu sua capacidade de traduzi-los e convertê-los em interesse geral, devolvendo-os à sociedade como algo que se prestava ao benefício de todos, do corpo social e individual.

Figura 4. Avenida Beira-Mar. Boa Viagem, Recife, 1939

Fonte: autor não identificado. Coleção Josebias Bandeira. Acervo Fundação Joaquim Nabuco.

Referências

A. N. O banho de mar. *O Veranista*. Olinda, 24 out. 1915, n. 1, p. 2.

ANDRADE, G. O. de. *A cólera-morbo:* um momento crítico da história da medicina de Pernambuco. 2. ed. Recife: Fundaj, Editora Massangana, 1986.

ARAÚJO, R. C. B. de. A redenção dos pardos: a festa de São Gonçalo Garcia no Recife, em 1745. *In*: JANCSÓ, T.; KANTOR, Í. (Org.). *Festa*: cultura e sociabilidade na América portuguesa. v. 1. São Paulo:

Hucitec, Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, Imprensa Oficial, 2001. p. 419-444.

ARAÚJO, R. C. B. de. *As praias e os dias:* história social das praias do Recife e de Olinda. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

AVENIDA Beira-Mar (A). Recife. *Revista de Pernambuco,* Ano 2, n. 15, set. 1925.

AZEVEDO, T. de. *A praia:* espaço de socialidade. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Centro de Estudos Baianos, 1988.

BARCA de banhos (A). *Diario de Pernambuco,* 15 out. 1845, p. 2.

BERNARDES, D. A. de M. *Recife, o caranguejo e o viaduto.* Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1996.

BERNARDES, D. A. de M. *O patriotismo constitucional:* Pernambuco, 1820-1822. São Paulo, Recife: Hucitec, Fapesp, Editora Universitária da UFPE, 2006.

CASTRO, J. de. *Um ensaio de geografia urbana:* fatores de localização da cidade do Recife. Recife: Editora Massangana, 2013.

CHALOUB, S. *A cidade febril:* cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, L. N. *Diccionário de medicina popular e das ciências accessorias para uso das famílias contendo a descripção das causas, symptomas e tratamento das moléstias...* 5. ed. Paris, 1878. 2 v.

CORBIN, A. *O território do vazio:* a praia e o imaginário ocidental. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

CORSO (Um): 18 kilômetros em 16 minutos! Depressa! Depressa! O que é Boa Viagem. *Jornal Pequeno,* Recife, 5 nov. 1912.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DIARIO DE PERNAMBUCO. Recife, 5 dez. 1844. *Avisos diversos*. p. 3.

DIARIO DE PERNAMBUCO. Recife, 20 fev. 1847, p. 3.

DOM PEDRO II. Viagem a Pernambuco em 1859. Cópia, introdução e notas de Guilherme Auler. *Revista do Arquivo Público,* Recife, ano V-VI, n. VII-VIII, 1950-1951.

FERREZ, G. *Raras e preciosas vistas e panoramas do Recife, 1755-1855*. Rio de Janeiro. Fundação Pró-Memória. Recife: Fundarpe, 1984. Coleção Pernambucana, 2ª fase.

FERREZ, G. *O álbum de Luiz Schlappriz*. Memória de Pernambuco. Álbum para os amigos da arte. 1863. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 1981.

FIGUEIREDO, A. P. de. A festa. Diario de Pernambuco, 10 jan. 1859. *In:* MELLO, J. A. G. de. *Diario de Pernambuco*. Economia e sociedade no 2º Reinado. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1996. p. 546-551.

FREYRE, G. *Sobrados e mucambos:* decadência do patriarcado rural e desenvolvimento urbano. 7. ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1985. 2 tomos.

GAIO, A. M. C. Dos motivos que deram princípio à situação do Arraial do Poço da Panela [...] em outubro do ano de 1759. *Diario de Pernambuco,* Recife, 5 dez. 1859, p. 2-3.

GAMA, J. B. F. *Memórias históricas da província de Pernambuco*. Recife: Arquivo Público Estadual, 1977. V. I.

GAMA, M. do S. L. As festas de fim de ano. O Carapuceiro. Recife, 17 jan. 1837. *In:* GAMA, P. L.; MELLO, E. C. (Org.). *O Carapuceiro:* crônicas de costumes. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Retratos do Brasil.

GAMA, M. do S. L. Os passatempos do Natal. O Carapuceiro, Recife, 24 dez. 1842. *In:* GAMA, P. L.; MELLO, E. C. (Org.). *O Carapuceiro:* crônicas de costumes. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Retratos do Brasil.

GAMA, M. do S. L. A instrução das nossas meninas nos colégios. Diario de Pernambuco. Recife, 6 maio 1843. *In:* MELLO, J. A. G. de. *Diario de Pernambuco*. Economia e sociedade no 2º Reinado. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1996.

GAMA, M. do S. L. Os banhos no tempo de festa. Diario de Pernambuco. Recife, 28 jan. 1844. *In:* MELLO, J. A. G. *Diario de Pernambuco*. Economia e sociedade no 2º Reinado. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1996.

KIDDER, D. P. Reminiscência de viagens e permanências nas províncias do Norte do Brasil. *In:* SOUTO MAIOR, M.; SILVA, L. D. (Org.). *O Recife, quatro séculos de sua paisagem*. Recife: Fundaj, Editora Massangana, Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação, 1992. p. 147-161.

KOSTER, H. *Viagens ao Nordeste do Brasil*. 2. ed. Recife: Secretaria de Educação e Cultura, 1978.

LISPECTOR, C. *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

MELLO, E. C. Canoas do Recife. *In:* SOUTO MAIOR, M.; SILVA, L. D. (Org.). *O Recife, quatro séculos de sua paisagem*. Recife: Fundaj, Editora Massangana, Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação, 1992. p. 193-225.

MELLO, E. C. Introdução. *In:* GAMA, P. L.; MELLO, E. C. (Org.). *O Carapuceiro:* crônicas de costumes. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Retratos do Brasil.

MELLO, J. A. G. de. *Tempo dos flamengos:* influência da ocupação holandesa na vida cultural do norte do Brasil. 3. ed. aum. Recife: Fundaj, Editora Massangana, Instituto Nacional do Livro, 1987.

MELLO, J. A. G. de. Capunga: crônica de um bairro recifense. *In:* SOUTO MAIOR, M.; SILVA, L. D. (Org.). *O Recife, quatro séculos de sua paisagem*. Recife: Fundaj, Editora Massangana, Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação, 1992. p. 263-281.

MENEZES, U. B. de. A paisagem como fator cultural. *In*: YÁSIGI, E. *Turismo e paisagem*. São Paulo: Contexto, 2020. p. 29-64.

MENSAGEM apresentada pelo coronel José Cândido de Miranda, Prefeito do Município, ao Conselho Municipal por ocasião da abertura de sua quarta sessão ordinária, em 15 de novembro de 1927. *Arquivo Público Municipal Antonino Guimarães*. Documentos do Conselho, Cx. 3, v. 2.

MIRANDA, C. A. C. A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura. 3. ed. *Rev. Amp. e Atual*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2017.

MOURÃO; ROSA; PIMENTA. *Notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre medicina no Brasil*. Edição fac-similar. Recife: Arquivo Público Estadual, 1956.

MUMFORD, L. *A cidade na história*. 2. v. Belo Horizonte: Editora Itatiaia Limitada, 1965.

O'DONNEL, J. *A invenção de Copacabana*. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

OLINDA (Em). Aluga-se. *Jornal do Recife,* 1º set. 1885. p. 3. Annuncios.

OUTTES, J. *O Recife:* gênese do urbanismo 1927-1947. Recife: Fundaj, Editora Massangana, 1997.

PEREIRA DA COSTA, F. A. *Arredores do Recife*. Recife: Editora Massangana, 2013.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

RECORD (O) da velocidade em Pernambuco. *Jornal Pequeno,* 9 set. 1912.

SEVCENKO, N. Introdução. O prelúdio republicano, astúcia da ordem e ilusões do progresso. *In*: SEVCENKO, N. (Org.). *História da vida privada no Brasil*. v. 3. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 7-48.

SILVA, L. D. Na capela da Jaqueira. Algo Mais. *Revista de Pernambuco*. Recife, 24 abr. 2016. Disponível em: https://revista.algomais.com/colunistas/na-capela-da-jaqueira-abril2016. Acesso em: 8 jun. 2021.

SOUZA, G. C. de. *Elites e exercício de poder no Brasil colonial:* a Câmara Municipal do Recife, 1710-1822. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2015.

SOUZA, M. A. de A. *Posturas do Recife Imperial*. (Tese de Doutorado). Recife: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, 2002.

TEIXEIRA, M. P. Memória sobre as causas prováveis da frequência do hidrolece nesta Cidade do Recife. *In*: *Annaes da Medicina Pernambucana (1841-1844)*. Recife, ano I, n. II, fev. 1843. p. 63-75.

VEBLEN, T. *A teoria das classes ociosas*. São Paulo: Abril Cultural, 1980. Coleção Os pensadores.

VERAS, L. M. S. C. *De Apé-puc a Apipucos:* numa encruzilhada, a construção e permanência de lugar urbano. Recife: Bagaço, 1999.

VILHENA, L. S. *A Bahia no século XVIII*. Bahia: Editora Itapuã, 1969. v. III, livros III-IV.

ZANCHETI, S. M. *O Estado e a cidade do Recife (1836-1889)*. (Doutorado em Arquitetura). São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, 1989.

CAPÍTULO II

Entre poços e fossas
Saneamento básico e febre tifoide na cidade de São Paulo, 1920-1970

André Mota
Maria Cristina da Costa Marques

> A história de uma cidade se produz através do urbano que ela incorpora ou deixa de incorporar; desse urbano que em outros lugares pode tardar a chegar, e que em São Paulo sempre chegou quase imediatamente. Fala-se, por isso, na vocação irresistível de São Paulo pela modernidade. Mas que modernidade?
>
> (Fábio Alexandre dos Santos, *Domando águas*)

Introdução

Este estudo propõe-se a discutir o processo de metropolização da cidade de São Paulo entre os anos de 1920 e 1970, articulando a crise da organização sanitária paulista vivida naquele momento com os problemas de habitação, com a ausência de aparelhamento de saneamento em grande parte desse território e com suas consequências;

entre elas, os surtos epidêmicos de febre amarela que acometeriam a população mais pobre.

Mas como se daria o quadro de adoecimentos envolvendo a gente da cidade de São Paulo? Um olhar sobre a vida dessas pessoas evidenciaria como grande parte das autoridades de saúde era conivente com esse quadro urbano de várias formas. Em discursos, aulas e palestras, quase todos se diziam preocupados com a saúde do povo, mas, evidentemente, sempre segundo as expectativas de uma "elite da saúde" afinada com interesses das camadas dominantes, agora industriais, que ajudavam a agravar as disparidades sociais da cidade. Esses poucos compreendiam que os tempos dos homens e das instituições eram diferentes, ou que as práticas médicas e de saúde pública eram práticas sociais, dimensionadas pelas concepções de classe e por sua visão de mundo diante da produção, em nada contraditória com as ditas "doenças do progresso" (MOTA, 2018, p. 313-314).

A febre tifoide, matéria que acompanharia os debates na pauliceia desde o final do século XIX, seria como uma manifestação cotidiana dos impasses e das ações urbanas e administrativas que ora aprofundavam esse quadro, ora tentavam avançar com projetos capazes de contemplar a saúde como um direito a ser defendido. Por isso, tratamos aqui de um período mais alongado, para repercutir três eixos que nos parecem centrais, porque entrelaçados e capazes de trazer certa compreensão contextual.

O primeiro é relativo à crise da habitação em uma cidade que se metropolizava e industrializava, atraindo milhares de imigrantes e migrantes na época em tela. O segundo aponta a crise administrativa em São Paulo, quando a máquina pública serviria de espaço de luta pelo poder e de barganha política, relegando várias dificuldades identificadas, bem como a chegada de uma nova administração que, afetada pelos ventos da medicina preventiva e social, foi capaz de rearticular um projeto de saúde pública para o estado e sua capital.

Finalmente, o terceiro eixo discute a doença específica, a febre tifoide, e como ela seria a linha a costurar os impasses e as soluções encontradas para contê-la minimamente.

Diante dos adoecimentos que acometiam essa população, o historiador Marc Ferro fala nos "sintomas sociais" das doenças produzidas pela ideologia do progresso:

> [...] a doença tão depressa se manifesta como uma forma de resistência passiva à organização do trabalho, à injustiça e à desigualdade; tão depressa, pelo contrário, como um efeito da desorganização do trabalho, da insegurança, da pressão que a situação atual exerce (FERRO, 1999, p. 17).

Assim, das doenças a sua expiação, a vida cotidiana paulistana parece apagar muitas dessas experiências em uma velocidade que quase explicaria que adoecer seria apenas um fenômeno biológico e de cunho individual, com grande peso no marco racial.

A falta de habitação e o abandono dos vulneráveis: o avesso da metrópole

Na virada do século XIX para o XX, a chegada de novos povos implicou uma explosão demográfica na capital e, aos poucos, logrou-se uma confusa acomodação entre imigrantes e nacionais, espraiados em cortiços, com esforços pontuais para criar moradias operárias e deslocamento para áreas menos valorizadas, caso das várzeas dos rios. Os anos 1930 aprofundaram essa perspectiva, quando a população estabelecida assistiu a um novo e súbito aumento populacional, em função do processo migratório, agora essencialmente interno e notadamente de grupos vindos da Bahia, de Pernambuco, de Alagoas, do Sergipe e da porção setentrional de Minas Gerais. Para compreender esse deslocamento, é preciso sublinhar particularmente dois momentos do processo. O governo estadual subsidiou o processo migratório, o que acabou, por um lado, concorrendo

para a recuperação da cafeicultura e, por outro, promovendo uma acumulação de força de trabalho industrial nas grandes cidades, sobretudo na capital.

Entre 1935 e 1939, dos 285.304 trabalhadores que entraram na Hospedaria dos Imigrantes, 96,3% eram brasileiros (FONTES, 2008, p. 45-46). Um segundo movimento, que de alguma forma deu sequência ao processo, posto que não cessou a vinda de migrantes, mas a intensificou a partir do pós-guerra, ocorreu com o projeto nacional-desenvolvimentista de Getúlio Vargas, aprofundando-se na planificação de Juscelino Kubitschek, nos anos 1950, com alto investimento no parque industrial brasileiro. Nesse contexto, a atração de trabalhadores recrudesceu, tomando a dimensão de um verdadeiro êxodo rural, agravado, sobretudo, pelas secas da região nordestina de 1951 a 53 e a de 1958. Entre 1951 e 1955, o Departamento de Imigração e Colonização registrou a entrada de 762.707 migrantes na cidade, representando um crescimento de aproximadamente 60%. Com isso, o tamanho do município triplicou, enquanto, no mesmo período, a população nordestina cresceu dez vezes, empregando-se em massa nos vários ramos da indústria e de serviços, em franca expansão na Região Metropolitana de São Paulo (FONTES, 2008, p. 26).

A imprensa local acusava essa chegada, mas com uma torção discursiva importante: não se tratava de meros trabalhadores com sua família, mas de uma "certa gente", até certo ponto considerada nociva, embora também vítima de certo contexto:

> [...] quem olha para as cenas fixadas nos clichês acima, pensa que se trata de criaturas atingidas pelas crueldades da guerra em algum lugar da Europa devastada e faminta. Quadros comovedores, denunciando a miséria e o sofrimento de seres esquecidos de Deus. Assim não é, contudo. São dolorosos quadros apanhados no Brasil, mesmo aqui em São Paulo, na Estação Presidente Roosevelt. São patrícios nossos, nossos

> irmãos, que o destino dos órgãos que superintendem a migração nacional jogou, sem mais esta ou aquela, às regiões de Piratininga (A GAZETA, 4 mar. 1947, p. 1).

Esse novo tempo era em São Paulo, quando o Brasil viveu uma forte intensificação da atividade imobiliária, impulsionada pela dificuldade de importar equipamentos industriais durante a guerra e pelo surgimento de circuitos financeiros associados à economia coletiva. Conforme aponta Raquel Rolnik (1999, p. 103):

> [...] se a Revolução de 1930 foi feita em nome dos consumidores e produtores da cidade irregular – as classes médias, os pequenos investidores urbanos, os operários –, esta teria de incorporá-los, de alguma forma, à gestão urbana e provisão dos serviços. O dispositivo proposto em 1932 inova: é possível reconhecer o que é irregular, porém, as condições de reconhecimento não estão pré-definidas, dependendo dos critérios técnicos municipais da Diretoria de Obras. Desta vez, foi dado o passo fundamental para estabelecer uma nova ordem jurídica, onde a clandestinidade ganha *status* de uma extra-legalidade dependente da intermediação do Estado.

Foi assim que, pela consolidação do Código de 1934:

> [...] a velha ordem não se transforma para incorporar outras formas de ocupação do espaço, na verdade, ela apenas tolera – seletivamente – exceções à regra que, ao ser reconhecidas, são contempladas com o direito de serem objeto de investimentos públicos em infra-estrutura e serviços urbanos (ROLNIK, 1999, p. 103).

O cenário narrado pela imprensa local emoldurava a realidade da miséria provocada sobretudo pela falta de moradia, que se ampliava dia a dia por toda a cidade:

> [...] é a miséria numa casinha tosca do Ipiranga. É a miséria em plena Praça Ramos de Azevedo, onde um sofredor anônimo das ruas dorme no cimento frio. É a miséria a exigir

> que crianças esqueléticas procurem restos nos monturos. É a miséria na favela, miséria num banco da Praça da República porque a infeliz criatura não conseguiu vaga no albergue superlotado. É a miséria na Vila Maria, onde uma sexagenária anda à cata de qualquer lixo para poder comer! É assim a vida na capital dos tubarões e das filas. Esperam-se dias melhores. A esperança alimenta a população pobre de São Paulo (A GAZETA, 8 maio 1947, p. 5).

Exemplarmente, a formação do Distrito da Brasilândia (Zona Norte do município) ilustra a forma como se tomavam essas áreas, num processo contínuo e descontrolado entre aqueles que adquiriam seus lotes, paralelamente aos que, expulsos das áreas centrais e sem moradia, tomavam espaços ainda não comercializados. E assim transcorreu a expansão urbana em toda a região periférica da cidade: "O primeiro sítio loteado era pertencente a Basílio Simões e foi comprado pela empresa 'Brasilândia de Terrenos e Construções' em 1947, dando início ao então chamado loteamento da Brasilândia" (ANGILELI, 2007, p. 60). O incremento populacional do distrito foi sendo alimentado por levas de japoneses e italianos, acrescentando-se os migrantes e muitas comunidades negras, chegando a região a ser conhecida como Pequena África. Ao mesmo tempo, surgiram também as primeiras favelas, que cresceram exponencialmente, chegando nos anos 1960 a 35 favelas estabelecidas. A crise de moradia, que se somava ao abandono das áreas periféricas, é retratada por um morador de Vila Esperança que narra a condição de seus habitantes:

> Vila Esperança vive abandonada, com suas 70 mil almas, embora pague seus impostos urbanos. Aqui, é tremenda a falta de higiene. Fossas completamente abandonadas, exalando cheiro horrível. Tenho quase certeza que as crianças aqui têm sintomas de ancilostomíase. Terrenos abandonados, com poças de água podre, focos de mosquitos e pernilongos, enfim, tudo abandonado. Por que motivo? Será que temos

> que viver eternamente revoltados com as injustiças e erros de que não somos culpados? (A GAZETA, 21 set. 1945, p. 2).

Sob o título de "Vila Maria à frente dos bairros esquecidos" (A GAZETA, 1945, p. 5), o jornal *A Gazeta* publica uma extensa matéria em três partes e repleta de fotografias apontando a falta de infraestrutura de ruas e calçamentos. No tópico "Não tem sequer uma calçada!", o texto sintetiza a situação do bairro:

> Vila Maria não tem sequer uma rua calçada. Parece mentira! Mas não é. Moradores da Avenida Guilherme Cotching enviaram inutilmente várias representações ao governador do município. Estavam dispostos a se cotizarem. Mas a Prefeitura tinha muita coisa para cuidar e não poderia se preocupar com o calçamento da avenida. Nem poderia tomar conhecimento da falta de água encanada ou da rede de esgoto.

Na parte sul da cidade, a situação não era diferente. Em uma investigação sanitária realizada em 1948 nos bairros da Zona Sul – Indianópolis, Vila Helena, Santo Amaro, Campo Belo, Vila Nova Conceição e Brooklin Paulista –, avaliaram-se as condições sanitárias dos serviços de água encanada e de esgoto de 57 ruas e 1.702 edifícios. Como estariam sendo construídas as fossas e os poços nos quintais? O resultado era alarmante: "verifica-se que, dos casos considerados, apenas 25% dos poços situam-se a uma distância das fossas capaz de apresentar, em termos médios, relativa segurança contra possíveis contaminações delas originadas" (CARRIJO; MARTINS; GAYOTTO, 1948, p. 328).

A situação recrudesceria nas décadas seguintes, ampliando temas e suscitando novas interpretações do aspecto social e da evidente incapacidade das políticas governamentais para dar conta das demandas, principalmente da população que vivia nas periferias ou em cortiços do centro da cidade. No caso paulistano, as favelas que se avolumavam desde final dos anos 1920 seguiam no mais total abandono, e alusões a elas eram sempre permeadas pela ideia de

ameaça sanitária e de uma gente selvagem a ser contida por forças policiais. Na década de 1970, quase 30 mil pessoas moravam em 6.439 barracos das 121 favelas que existiam em São Paulo, sendo 37 delas consideradas pela Secretaria do Bem-Estar Social em situação de emergência. Saneamento básico nunca se viu naquelas paragens, tampouco água tratada. A cidadania era negada pela negligência administrativa e pelo silêncio das autoridades havia já algumas décadas.

Em uma reportagem sobre a favela "Ordem e progresso", no bairro da Barra Funda, vê-se esse ocultamento e a contradição do espaço politizado pelas escolhas que a cidade impunha aos grupos mais pauperizados e abandonados, pois seriam:

> [...] construídos um hospital e uma escola da Santa Casa de Misericórdia. Iniciada às margens do Rio Tietê, a favela atingiu as avenidas marginais, e os barracos chegam até o asfalto. Extremamente fechada e amontoada nos 66 mil metros quadrados que constituem a área municipal doada à Santa Casa de Misericórdia, ela encerra nas paredes de suas miseráveis construções com triste ironia. A decoração das divisões de madeira é toda feita com placas arrancadas de cartazes promocionais, de indicação de ruas e até túmulos. Em meio à sujeira, algumas crianças brincam com resto de lixo, embaixo de brilhantes e coloridos *out-doors* anunciando bebidas caras ou remédios vitalizantes. "Pague sua declaração de imposto de renda": a propaganda parece extremamente irônica para uma população que vive a catar papel nas ruas ou remexer lixos e que não possui nem carteira profissional. Como irônica também é a coincidência de os favelados serem despejados pela Santa Casa de Misericórdia (O ESTADO DE S. PAULO, 1975, p. 27).

O abastecimento de água e a administração da saúde pública: a febre tifoide como testemunha

A virada do século XIX para o XX introduziu em São Paulo, particularmente, uma discussão que atravessaria interesses das mais diversas

ordens, no que tangia ao sanitarismo e às doenças que mais abatiam a população, muitas devidas aos problemas do abastecimento de água e de esgoto. Neste ponto, cabe lembrar o destino que paulatinamente se desenhava para os principais rios da cidade, Tietê e Tamanduateí:

> [...] a rede de coleta de esgotos não atingia toda a cidade, significando que o rio recebia ainda esgotos domésticos e industriais diretamente ou através de seus tributários. Por outro lado, o uso de fossas em muitas residências e estabelecimentos diversos mantinha parte dos dejetos humanos fora dos cursos d'água, embora houvesse quem jogasse diretamente na rua, através dos mesmos caminhos que levavam às águas pluviais (JORGE, 2012, p. 115).

Estudando o processo de controle e distribuição de água na capital, Fábio dos Santos (2003, p. 92-93) mostra, por um lado, a ineficiência do poder público diante do aumento populacional e do número de indústrias; e, por outro, a complexidade administrativa herdada do regime republicano, que redundava no serviço de águas do Estado:

> [...] as águas servidas à população já suscitavam vários problemas, desde o seu fornecimento por meio dos chafarizes, passando pelo seu processo de desmantelamento até a sua transformação em mercadoria, inclusive se tornando objeto de concessão à Cia. Cantareira, em 1877, com vistas à melhoria dos serviços. Mesmo assim, os serviços da Cia. Cantareira não conseguiram corresponder às cláusulas contratuais, nos anos de 1890, conforme rezava o contrato de concessão, já que não acompanharam a demanda gerada pela população, que crescia motivada pela imigração e pelo aparecimento de indústrias que demandavam cada vez mais infra-estrutura [...]. Ao final do século XIX e início do XX, o serviço de abastecimento foi ampliado com a construção de vários reservatórios na cidade, entre os quais o novo reservatório da Consolação (1898), com capacidade para 19 milhões de litros; o do Araçá

> (1907); e o do Belenzinho (1909). Em 1914, teve início a captação das águas do Ribeirão de Cotia, inaugurando-se no mesmo ano outros três reservatórios, na Avenida, na Vila Mariana e na Água Branca (SANTOS, 2006, p. 92-93).

Nesse quadro que se aprofundava, identificou-se a febre tifoide entre as então chamadas febres paulistas ou formas de malária, levantando ampla discussão no meio médico e científico:

> [...] as febres paulistas oscilaram entre a malária e a febre tifóide até pender de vez para este lado, por obra dos bacteriologistas chefiados por [Adolpho] Lutz. Algo parecido acontecia com a febre amarela. Alguns médicos reduziam-na a uma manifestação singular da malária, caracteristicamente americana. Por outro lado, muitos bacteriologistas e o próprio Lutz, num certo momento, estabeleceram analogias entre a febre amarela e o cólera baseadas nas manifestações intestinais das duas doenças. As confluências entre o cólera e os tifos icteróide e abdominal são visíveis, também, nas discussões sobre os seus modos de transmissão, e por conseqüência, de prevenção (BENCHIMOL, 2003, p. 41).

Nesse contexto, conforme indica o estudo de Teixeira (2004, p. 48):

> Em 1894, Adolpho Lutz, inconformado com o fato de, apesar das evidências contrárias, alguns médicos permanecerem diagnosticando as febres de São Paulo como formas de malária, resolveu se voltar para a questão. [...] A inexistência de formas típicas de malária nas regiões onde surgiam os casos de febres paulistas tornava inviável o diagnóstico desses males como formas malarígenas. Além disso, não era encontrado o agente etiológico da malária nos locais em que se verificavam os casos diagnosticados como febres paulistas. A partir das observações clínicas de enfermos, Lutz avaliou a doença como febre tifóide. Tal enfermidade já era sua velha conhecida, pois ele a estudara na Europa, quando efetuava sua residência médica em Viena, chegando a contraí-la em 1878 na cidade de Leipzig. Lutz passou a postular a inexistência das chamadas

> febres paulistas, que nada seriam além de formas diversas da febre tifóide. A opinião dele não foi, contudo, aceita por um grande número de médicos, sendo duramente criticada na imprensa. Assim, a discussão permaneceu em aberto.

Esse tema só foi retomado – e muito acaloradamente – quando, à frente do Serviço Sanitário, o médico e sanitarista Geraldo de Paula Souza alterou o modelo tecno-assistencial vigente adotando o de "rede local permanente", que valorizava a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços – o Centro de Saúde –, administrativamente descentralizada e regionalizada. Em tese de doutoramento defendida em 1926 na Faculdade de Medicina de São Paulo, Adamastor Lopes discutiu os Centros de Saúde em São Paulo, tema que lhe teria sugerido Francisco Borges Vieira. Essa tese não apenas apresentava os dispositivos tecnológicos de saúde empregados, mas, acima de tudo, postulava a validade de uma concepção de saúde pública que tomava como eixos centrais a Educação Sanitária e os Centros de Saúde.

Conforme estudo de Cristina de Campos, mesmo que as águas que abasteciam a capital paulista já tivessem sofrido intervenções, sobretudo por ocasião da retificação de rios e córregos, foi Paula Souza, nos anos de 1920, que, em uma série de estudos e ações, equacionou os problemas que envolviam o sistema de águas de São Paulo, procurando garantir a melhoria da distribuição e da qualidade da água para a população:

> Em palestras, divulgou abertamente sua recomendação para o uso das águas do rio Tietê em tempos de estiagem, desde que fossem submetidas a um processo de purificação. Como trabalho final em sua graduação em medicina, apresentou tese sobre o uso das águas tratadas do rio Tietê. Tempos depois, como diretor do Serviço Sanitário de São Paulo, recomendou que as águas distribuídas para abastecimento público passassem por pelo tratamento com cloro (CAMPOS, 2016, p. 24).

Entre todas essas preocupações, é importante lembrar as relativas à febre tifoide, que ainda se abatia sobre a cidade. Para o médico Francisco Borges Vieira (1922, p. 3):

> [...] o problema da febre tifóide em S. Paulo não é recente. Já é de longa data, do tempo em que era conhecida dos nossos clínicos pelo nome de febres paulistas, vem ela ceifando vidas nesta cidade, com tal constância que o povo como que já se habituou com as suas visitas. De quando em quando, com os saltos epidêmicos da doença sobre o nível endêmico, dá-se o grito de alarme. Uma vez, porém, volvidas as condições ao estado anterior, já o interesse governamental e popular é dirigido para outros assuntos, somente a classe médica com ele continuando a se preocupar.

Ainda em seus levantamentos, Borges Vieira confirmaria a dimensão do problema da água consumida em São Paulo durante toda a década de 1920:

> Nas estatísticas de São Paulo, grande é a mortalidade assim rotulada. Só em 1925, encontrámos 3.690 mortes por diarréia e enterite, sendo 3.217 abaixo dos 2 anos. Em 1926, 3.644, sendo 3.196 abaixo dos 2 anos. A reforma, em boa hora levada a efeito no Serviço Sanitário do Estado de S. Paulo, em 1925, criou um serviço especial de verificação de óbitos, anexo à nova Inspetoria de Fiscalização de Medicina e Farmácia (VIEIRA, 1929, p. 5).

Diante desse grau de pendência sanitária, as ações de Paula Souza voltaram-se para:

> [...] atacar o problema da restrição das doenças específicas que se transmitem pela água, não devia tão somente visar o estudo da purificação da água, logo que regressou dos Estados Unidos e tomou a direção interina do Instituto de Hygiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, entendeu de fazer um estudo acurado de todas as causas produtoras da

> febre tifóide, afim de avaliar suas relativas importâncias, aplicando para esse estudo epidemiológico os processos modernos desse ramo da ciência (VIEIRA, 1929, p. 4).

Mas o projeto sofreu um revés em 1931, a partir de um decreto assinado pelo interventor e coronel João Alberto Lins e Barros, que reorganizou o Instituto de Higiene considerando que ele não respondia à finalidade educativa para a qual foi criado. Assim, teve início a desmontagem do projeto vigente, causando de pronto profunda desorganização do poder público da capital paulista:

> [...] basta pensar que, de outubro de 1930 e setembro de 1934, a cidade contou com nada menos que dez prefeitos. As câmaras legislativas foram extintas e, em 1933, quando Arthur Sabóia ocupava transitoriamente a Prefeitura, criou-se um Departamento Estadual centralizado, encarregado de controlar a vida dos municípios (QUEIROZ, 2004, p. 44).

Em 1930, na direção do Serviço Sanitário Estadual, o médico Francisco Sales Gomes Júnior baixou o Decreto n. 4.809, extinguindo a Inspetoria de Higiene dos municípios, eliminando a organização de um serviço próprio para todos os postos fixos, substituindo-os por inspetores e indicando a organização dos serviços por grupos especializados.

Ao assumir a diretoria geral do Serviço Sanitário, em 5 de maio de 1938, Raul Braga Coutinho encaminhou imediatamente uma reforma administrativa, criando um Departamento de Saúde para substituí-lo. Sob a liderança de Humberto Pasquale, esse Departamento procurou administrar a previsão de gastos dos Centros de Saúde e de projetos verticais permanentes como o Departamento de Profilaxia da Lepra, o Estadual da Criança e a Divisão de Tuberculose. Conjuntamente, criou uma rede de serviços gerais de Saúde Pública, que desempenharia um papel complementar àquelas estruturas específicas (MERHY, 1992, p. 167).

A influência federal em São Paulo resultou na produção de uma extensa legislação para garantir seu controle nas decisões da burocracia regional, o que acabou por desmontar a rede Paula Souza, justamente por conferir autonomia ao sistema regional de saúde, que estaria, em grande medida, nos Centros de Saúde. Conforme assinalou Maria Alice Rosa Ribeiro (2004, p. 344):

> A orientação dos serviços de Saúde Pública seguia o Código Sanitário do Estado de São Paulo, elaborado na gestão Arthur Neiva no Serviço Sanitário de 1918 e reformado na gestão de Geraldo de Paula Souza, em 1925. Depois de 1930, não se estabeleceu uma orientação planejada de saúde pública para a cidade e nem para o Estado. A falta de continuidade manifestou-se no próprio período de permanência dos secretários responsáveis pela pasta e dos diretores do Serviço Sanitário, depois, Departamento de Saúde Pública. Em média, os secretários permaneceram no cargo 203,81 dias e os diretores de saúde pública 312,21 dias entre 1937-1947.

Entre os efeitos da desmontagem e da confusão administrativa instalada, estavam a já crônica questão do abastecimento de água e os consequentes danos à saúde da população, conforme narrado em 1946 pelo jornal *Diário da Noite*:

> [...] o surto epidêmico foi atribuído à poluição das águas, acumuladas em conseqüência das chuvas. Jaçanã não possui sistema de encanamento e nem de esgotos. A água para consumir ou beber só pode ser obtida dos poços e estes, devido às infiltrações de correntes poluídas provindas de poços negros e dos abundantes depósitos de lixo que a Prefeitura Municipal manda atirar ali, foram inquinadas, por sua vez, distribuindo o agente infecto-contagioso (A EPIDEMIA DE TIFO..., 1946, p. 3).

Enquanto a vida da população mais pobre e vulnerável da cidade se agravava, a administração também negligenciava outras tecnologias de controle das doenças, provavelmente ocultando números e

dificultando ainda mais a identificação das áreas onde proliferavam doenças endêmicas e epidêmicas. Em seu estudo sobre as diferentes causas de óbito na capital paulista, o sanitarista Mário Magalhães apontava uma evidente dificuldade adicional de análise: o controle do número de óbitos em todo o estado. Isso porque o trabalho de recenseamento realizado pelo Departamento de Demografia, em funcionamento desde 1894, havia sido paralisado em 1948, só voltando aos levantamentos em 1957, mas crivado de falhas. Havia falhas claras em tais coeficientes pelo menos desde 1940, pois os números não podiam ser tão baixos, nem com variações tão acentuadas. Um dado importante para essa afirmação:

> [...] de que havia uma deterioração do obituário do Estado de São Paulo é o que se observa na evolução da mortalidade na capital e nos municípios do interior, em seu conjunto, nos anos de 1940 e 1955. Em 1940, a cidade de São Paulo apresentava um coeficiente de mortalidade de 12,9 por 1.000, enquanto no interior do Estado esse coeficiente foi de 19,2 por 1.000. Em 1950, a mortalidade da capital se reduzia a 10,6 por 1.000, e do interior apresentava uma "aparente" baixa espetacular, caindo para 11,4 por 1.000. Não se pretende afirmar que uma ocorrência dessa seja impossível; todavia a experiência e observação dos dados desfilados nos aconselha a excluir tal possibilidade (SILVEIRA, 2005, p. 225).

A questão da mortalidade infantil por doenças decorrentes da qualidade da água consumida, se estava obscura nos frágeis relatórios da máquina administrativa, pululava nas notícias jornalísticas:

> Diversos motivos e causas fazem com que a água que é encontrada logo sob as primeiras camadas de terra seja veículo das mais graves enfermidades bacilares, provocadas pelos microrganismos patológicos da flora intestinal. As maiores vítimas são as crianças, principalmente as de menor idade, que, após uma fase cianótica, entram, inexoravelmente, na desidratação, que as pode, se não forem socorridas convenientemente, levar

> à morte. Estatísticas colhidas pelo Lyons-Lapa apontam uma média de duas mortes de criança, diariamente, somente na periferia da Lapa, devido às disenterias provocadas pelos bacilos patogênicos provenientes de águas contaminadas (ÁGUA CONTAMINADA..., 1960, p. 12).

Foi nesse quadro de perfeito caos que, ao assumir a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo em 1967, o médico e sanitarista Walter Leser dizia ter de começar do zero, devido à completa inoperância do órgão e de sua estrutura de serviços públicos. A cidade de São Paulo continuaria como o selo dos resultados malogrados, a ponta de um *iceberg* a denunciar a situação crítica da população, quando a moradia traía o abandono de territórios da cidade e de sua gente:

> [...] depois de praticamente estacionários em torno da faixa de 60 a 70 por mil nascidos-vivos durante vários anos, os coeficientes de mortalidade infantil do município da capital começaram a se deteriorar a partir de 1966, culminando nos últimos anos, quando atingiram os seguintes valores:

1970	89,46 por mil nascidos-vivos
1971	91,73 por mil nascidos-vivos
1972	91,45 por mil nascidos-vivos
1973	92,90 por mil nascidos-vivos

Arrematavam esse quadro os dados sobre o saneamento básico paulistano, principalmente o precaríssimo abastecimento de água:

> Dados coletados pelo Censo de 1970 revelaram que apenas 64% da população de nossa capital tinha suas casas ligadas à rede de água. A mesma fonte revela que, por seu turno, apenas 40% da população era servida de rede oficial de esgotos, o que significa que existiam, à época, cerca de 840.000 fossas em torno da cidade a contaminar os presumíveis 560.000 poços de lençol freático em pleno funcionamento. Tal situação,

> vexatória para qualquer comunidade, nos últimos 4 anos sofreu melhoria sensível, embora ainda não satisfatória para a mais desenvolvida metrópole do país. Com efeito, dados ainda não confirmados atribuem à área em questão cobertura de 70% da população pela rede de água e 50% pela de esgoto, a esta altura (COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE, 1975, p. 6).

A esse propósito, menciona-se a frequência de diarreias infecciosas de transmissão hídrica:

> [...] durante o período em questão, continuou em ascensão a freqüência de casos das chamadas gastro-enterites de transmissão hídrica. Tratando-se de fenômenos decorrentes das já mencionadas más condições de Saneamento Básico de parte da área programática, somente poderá haver melhoria após a programada ampliação da rede de água e abastecimento, de boa qualidade e sob regime de vazão constante (COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE, 1975, p. 6).

As matérias jornalísticas retratavam esse cotidiano de parte da população. Em 1971, *O Estado de S. Paulo* narrou o que teria sido um dos maiores surtos epidêmicos ocorridos na cidade:

> [...] a SAEC (Superintendência de Água e Esgoto da Capital) abriu uma tubulação para reparos e, como muitas vezes também, um pouco de água de fétida, originária das fossas negras, penetrou pelo cano do Parque Edu Chaves [...] alguns dias depois, explodiu um dos maiores surtos epidêmicos da história de São Paulo; um surto tão grave que em só um dia os médicos notificaram 114 casos suspeitos de febre tifóide. Paralelamente à vacina, na fase do ataque, os médicos tiveram de combater as moscas da área, pois elas também transmitem a febre tifóide, e diagnosticar, rapidamente, os casos suspeitos, para providenciar o internamento. O Hospital Emílio Ribas ofereceu os seus cem leitos, o Hospital Adhemar de Barros 52 leitos, o Hospital do Mandaqui 60 leitos e o Hospital do Jaçanã 150 leitos (REVELADA A EXTENSÃO..., 1972, p. 12).

Um ano depois, voltou à cena o problema do abastecimento de água em todo o estado, apontando a relação entre a alta taxa de mortalidade infantil por desidratação e a qualidade da água consumida. Segundo nova matéria jornalística:

> [...] A precariedade dos sistemas de rede de água e esgoto nos municípios do Estado de São Paulo colabora decisivamente para a realidade nada satisfatória no campo da saúde: cerca de 80% da população do Estado é afetada pelos mais variados tipos de verminose, enquanto têm aumentado os casos de febre tifóide e de hepatite [...] de acordo com dados da Secretaria da Saúde do Estado, em 1972, apenas na capital ocorreram 800 casos de febre tifóide aproximadamente, acusando um aumento de mais de 100 por cento em relação aos dados computados em todo o Estado no ano de 1971 [...] durante o verão, os óbitos infantis na Capital em conseqüência da desidratação ficam entre 100 e 200 casos por mês. Apesar do processo ser provocado por diversos fatores, autoridades sanitárias consideram como elemento básico a falta de água potável para a população da periferia. A água poluída traz uma série de bactérias que provocam a infecção do sistema gastro-intestinal, ocasionando diarréias e vômitos (O ESTADO DE S. PAULO, 1973, p. 24).

Considerações finais

O impacto da descoberta da fluoretação artificial da água nos anos de 1940 e a discussão nacional sobre a importância do saneamento, com forte presença do chamado sanitarismo desenvolvimentista e da Fundação SESP nos anos 1950, seriam decisivos para que São Paulo traçasse encaminhamentos capazes de reduzir os altos números de mortalidade infantil e por febre tifoide em todo o estado. A gestão de Walter Leser na Secretaria da Saúde contribuiu fazendo-a reorganizar e integrando grupos ligados a políticas públicas e equipes acadêmicas e de pesquisa. Segundo Anderson Mota (2018, p. 68):

> No Estado de São Paulo no ano de 1977 o governo por meio de decreto 10.330 ofereceu financiamento aos municípios interessados em instalar sistemas de fluoretação da água de abastecimento. Concomitantemente, a Companhia de Saneamento Básico no Estado de São Paulo iniciou um programa de fluoretação da água com utilização do ácido fluossilícico (produto de baixo custo) o que contribuiu para baratear o processo.

Cabe reportar que, em 1979, a Secretaria de Saúde do Estado, a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), a Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, o Departamento de Água e Esgoto (DAE) e a Faculdade de Saúde Pública da USP, formaram um grupo de trabalho para implementar a melhoria da qualidade da água nos municípios paulistas.

Dessa forma e em até certo ponto, as medidas impostas parecem ter resultado na melhoria esperada e no abastecimento de água para parte da população, mas persistiam as doenças causadas por água contaminada nas favelas e nos cortiços que seguiam se multiplicando na cidade. Para Forattini (1991, p. 78):

> É verdade que, a partir dos anos 70, pôde-se observar expansão apreciável do abastecimento de água, da assistência médica e da cobertura vacinal relativa a determinadas infecções. Isso resultou no aumento da esperança de vida, com a mortalidade infantil descendo para estimativa de 35,1%c por ocasião do fim da década de 1980. Contudo, nesse mesmo período observou-se a ocorrência de aumentos localizados desse coeficiente, em relação a certos bairros, e atribuídos a doenças pulmonares em menores de um ano de vida, sugerindo piora das condições habitacionais. Esse fenômeno foi associado à proliferação de cortiços, ou seja, ocupação de edifícios residenciais deteriorados *a posteriori*. Considerando-se, na região metropolitana de São Paulo em 1985, o número de pessoas pobres e não-pobres que não dispunham de abastecimento de água potável e nem de sistema de esgotos domésticos.

Estudando a constituição desses espaços de exclusão que se foram estabelecendo na cidade de São Paulo "atrás" de verdadeiros muros invisíveis – que inclusive determinam doenças e baixo acesso à saúde escondendo a denegação do direito central a saneamento básico e água tratada –, Raquel Rolnik diz da vida insegura e arriscada que impede também o acesso a empregos, oportunidades ou bens culturais e educacionais. Mais que isso, ela mostra como:

> [...] os territórios excluídos constituíram-se à revelia da presença do Estado ou de qualquer esfera pública e, portanto, desenvolvem-se sem qualquer controle ou assistência. Serviços Públicos, quando existentes, são mais precários do que em outras partes da cidade [...] viver permanentemente sob uma condição de privação de necessidades ambientais básicas faz os habitantes se sentirem como se suas vidas tivessem pouco valor (ROLNIK, 1999, p. 107).

Fontes

A EPIDEMIA DE TIFO declina em Jaçanã mas estaria invadindo outros bairros. *Diário da Noite,* São Paulo, 11 fev. 1946, p. 3. Editorial.

A GAZETA, São Paulo, 8 maio 1947.

A GAZETA, São Paulo, 4 mar. 1947.

A GAZETA, São Paulo, 21 set. 1945.

ÁGUA CONTAMINADA mata duas crianças por dia. *Diário da Noite,* São Paulo, 12 fev. 1960, p. 12. Editorial.

CARRIJO, L. N.; MARTINS, J. A.; GAYOTTO, P. Alguns aspectos sanitários das habitações localizadas em zona urbana desprovidas de serviços públicos de saneamento. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo*. São Paulo, 1948.

COORDENADORIA DE SAÚDE DA COMUNIDADE. Departamento Regional da Grande São Paulo (DRS1). *Relatório das Atividades Desenvolvidas 1974*. São Paulo, 1975. Mimeo.

O ESTADO DE S. PAULO. São Paulo, 15 maio 1975, p. 27.

O ESTADO DE S. PAULO. São Paulo, 16 jan. 1973, p. 24. Editorial.

REVELADA A EXTENSÃO do surto de febre tifóide. *O Estado de S. Paulo,* São Paulo, 20 maio 1972, p. 12. Editorial.

VIEIRA, F. B. Das dysenterias na cidade de S. Paulo. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo,* n. 45, p. 4-27, 1929.

VIEIRA, F. B. Estudo epidemiologico de febre typhoide em S. Paulo. *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo,* n. 12, p. 3-31, 1922.

VILA MARIA à frente dos bairros esquecidos. *A Gazeta,* São Paulo, 11 dez. 1945.

Referências

ANGILELI, C. M. M. M. *Paisagens reveladas no cotidiano da periferia:* distrito da Brasilândia, Zona Norte do município de São Paulo. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BENCHIMOL, J. L. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. *História, Ciências, Saúde:* Manguinhos, v. 10, n. 1, p. 13-83, jan./abr. 2003. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000100002.

CAMPOS, C. A questão da água para o abastecimento na cidade de São Paulo: as contribuições da família Paula Souza. *Risco:* Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo, São Paulo: IAUUSP, v. 14, n. 2, 2016. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1984-4506.v14i2p23-30.

FERRO, M. *As sociedades doentes do progresso*. Lisboa: Piaget, 1999.

FONTES, P. *Um Nordeste em São Paulo:* trabalhadores migrantes em São Miguel Paulista, 1945-1966. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1991.v25n2/75-86/pt. Acesso em: 12 jun. 2021.

JORGE, J. Rios e saúde na cidade de São Paulo, 1890-1940. *História e Perspectivas,* Uberlândia, v. 25, n. 47, p. 103-124, 2012. Disponível em: http://www.seer.ufu.br/index.php/historiaperspectivas/article/view/21265/11523. Acesso em: 12 jun. 2021.

MERHY, E. E. *A saúde pública como política:* um estudo dos formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1992.

MOTA, A. G. *Fluoretação da água a abastecimento público em pequenos municípios:* condicionantes da implementação em uma região do estado de São Paulo, Brasil. (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13072018-140157/publico/AndersonGomesMota_DR_REVISADA.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

MOTA, A. *Tempos cruzados:* a Saúde Coletiva no estado de São Paulo, 1920-1980. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2018.

QUEIROZ, S. R. R. Política e poder público na cidade de São Paulo, 1889-1954. *In:* PORTA, P. (Org.). *História da cidade de São Paulo:* a cidade no império, 1823-1889. v. 3. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 15-51.

RIBEIRO, M. A. R. A cidade de São Paulo e a saúde pública, 1554-1954. In: PORTA, P. (Org.). *História da cidade de São Paulo:* a cidade no império, 1823-1889. v. 3. São Paulo: Paz e Terra, 2004. p. 307-349.

ROLNIK, R. Exclusão territorial e violência. *São Paulo em Perspectiva,* v. 13, n. 4, p. 100-111, out./dez. 1999.

SANTOS, F. A. *Domando as águas:* salubridade e ocupação do espaço na cidade de São Paulo 1875-1930. (Tese de Doutorado). Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SILVEIRA, M. M. Estatística demográfica do estado de São Paulo: modificações na estrutura das causas de óbitos (1958). *In:* SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G. (Org.). *Política nacional de saúde pública – a trindade desvelada:* economia, saúde, população. Rio de Janeiro: Revan, 2005. p. 127-178.

TEIXEIRA, L. A. As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: uma controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes. *História, Ciências, Saúde:* Manguinhos, v. 11, supl., p. 41-66, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000400003.

CAPÍTULO III

Terra, trabalho e saúde na sociedade açucareira (Pernambuco, século XX)

José Marcelo Marques Ferreira Filho
Christine Rufino Dabat

O poeta Philippe Wollney já falou de um "saara de sacarose" a respeito do espaço considerado como o Jardim do Éden – imagem clássica herdada das mitologias do oeste da Ásia – pelos primeiros europeus que ali aportaram. Ou seja, a imposição e a expansão ilimitada de um modelo produtivo estranho – a *plantation*, conceitualizada por Sidney W. Mintz e Eric Wolf (2010, p. 169-224) em artigo famoso, transformou o espaço florestado no seu contrário.

Outro paradoxo que merece destaque é aquele entre as possibilidades geográficas da Zona da Mata em termos agronômicos (fertilidade dos solos, presença de árvores frutíferas e rios com uma imensa quantidade de peixes, relevo ameno, clima tropical úmido etc.) e a extrema exiguidade dos recursos alimentares básicos produzidos na região. A ocupação quase absoluta dos solos cultivados pela monocultura comercial (mais recentemente de várias adjunções como *neen* etc.) decorre diretamente da monopolização do território por grandes proprietários (DABAT; ROGERS, 2017).

O mundo açucareiro no Nordeste do Brasil é um universo singular por muitos motivos; e nada nele pode ser completamente compreendido sem levar em conta, ao mesmo tempo, sua estrutura fundiária, as relações de poder entre classes desiguais e sua arquitetura espacial concentracionária de longa duração (FERREIRA FILHO, 2020). No que diz respeito à saúde da população canavieira, não é diferente. Dividido em dois grandes blocos de questões centrais – um primeiro, que aborda o que chamamos "efeitos colaterais da *plantation*", ou seja, que discute as conexões entre o sistema produtivo canavieiro vendido como moderno e avançado (antídoto para muitos males econômicos) e os arranjos espaciais e a saúde da força de trabalho empregada no setor; e um segundo, que considera o outro lado da força, ou seja, os diversos modos de sobrevivência e mecanismos de resistência de uma população esquecida, considerando sempre o controle, a ocupação e o uso do solo –, esse texto propõe uma leitura histórica da saúde no universo açucareiro.

Considerando uma complexa cadeia de causação (que remonta aos primórdios da colonização e à ascensão da *plantation* em escala global, ao lado do sistema capitalista), nosso propósito é desnudar não só o intenso processo de adoecimento e a fome crônica dos canavieirxs (que não podem ser reduzidos aos fatores biológicos e ambientais), mas também suas múltiplas formas de solidariedade, resiliência e consciência de classe. A terra e o trabalho aparecem em primeiro plano porque a lógica produtiva da *plantation* e o sistema de *morada* exerciam profunda influência (quase que determinavam, na verdade) sobre as condições de vida e saúde de centenas de milhares de canavieirxs.

Essa é uma daquelas raras histórias que, de tão tristes e amargas, são quase impossíveis (mesmo aos historiadores mais técnicos e insensíveis ao seu objeto de pesquisa, como rege o manual de um cientista social profissional) de serem escritas sem seus autores parecerem tendenciosos. As condições de trabalho, saúde e vida da

classe trabalhadora rural no mundo do açúcar eram tão desumanas, tão duras, que, sozinhos, os números são suficientes para dizer (embora não para explicar) quase tudo sobre esse universo social.

Efeitos colaterais da *plantation*

Em 1987, passado, portanto, quase um século da abolição da escravidão legal, a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de Pernambuco tornou públicos dois documentos imprescindíveis para compreender as condições de trabalho e saúde na *plantation* açucareira. O primeiro deles, de maio de 1987, intitulado *Levantamento sócio-econômico das pequenas localidades da Zona da Mata Sul* (em dois volumes), registrava em linhas gerais que, nessa época, era "raro encontrar postos de saúde nas pequenas localidades"; que era comum "postos médicos fechados por meses e, às vezes, por anos"; que, em muitos povoados, o translado dos doentes era realizado "em redes ou camas, sendo necessário percorrer longas distâncias"; que "as baixas remunerações inviabiliza[va]m a aquisição de medicamentos"; que eram "evidentes nesta região a desnutrição proteico-energética em crianças e mães, causadas pelos baixos salários e precárias condições habitacionais e de saneamento"; que o acesso viário a essas localidades era, "em regra geral", "precário, com estradas carroçáveis, intransitáveis nos períodos chuvosos, isolando os povoados por períodos que duravam até seis meses" e que a produção açucareira "necessitava e mantinha, circunscrito às propriedades, um contingente de 'trabalhadores cativos' para o trabalho agrícola". Essa pesquisa contou com uma equipe técnica composta por vinte e quatro membros e fez um levantamento detalhado de 161 pequenas localidades espalhadas por seis municípios da Mata Sul de Pernambuco: Água Preta, Amaraji, Escada, Ipojuca, Palmares e Primavera. Nesse estudo, os investigadores traçaram um quadro pormenorizado para cada uma das localidades,

considerando diversos aspectos, como: *i)* acesso viário; *ii)* população; *iii)* atividade produtiva; *iv)* tipologia da habitação; *v)* abastecimento alimentar; *vi)* saneamento básico; *vii)* saúde; *viii)* educação; *ix)* energia elétrica; *x)* atuação do sindicato e *xi)* reivindicações da comunidade.

O segundo documento, de junho do mesmo ano, *Termo de referência para a ação do Governo do Estado de Pernambuco na Zona da Mata (bases para uma política, interessando especialmente à economia canavieira)*, de maneira análoga, destacava que a região açucareira de todo o estado "permanec[ia] sendo lembrada como um dos maiores bolsões de pobreza absoluta do planeta"; que essa área era "caracterizada por elevadas taxas de mortalidade infantil, pela baixa expectativa de vida, índices alarmantes de analfabetismo, fome, desnutrição e doenças endêmicas"; que a característica determinante dos habitantes dessas "pequenas localidades ilhadas" na zona canavieira era "o total isolamento em que viv[ia]m, privados, como se encontra[va]m, do acesso a equipamentos que lhes possibilit[ass]em condições dignas de saúde, moradia e educação"; e que "os trabalhadores da agroindústria nunca usufruíram das riquezas geradas pelo seu esforço produtivo", sobretudo devido ao fato de que eram "socialmente isolados por efeito de uma estrutura conservadora e hermética" que lhes submetia à "taxas salariais aviltantes que nem sequer lhes propicia[va]m meios para satisfazer suas necessidades mais elementares".

Os documentos, ao menos do ponto de vista da leitura que a Secretaria de Planejamento do Estado fazia da situação canavieira naquele momento, não abrem espaço para tergiversações. Sem evasivas e arrodeios, eles são claros e diretos. Mas sua importância deve ser dimensionada não apenas em função do que eles reportam de maneira objetiva, mas também porque revelam, mesmo que de maneira subliminar, a lógica existencial da *plantation* e seus desdobramentos sobre a saúde da classe trabalhadora no mundo do

açúcar. Eles articulam elementos cujas ligações são cognoscíveis se, e somente se, formos capazes de compreender sua dialética intrínseca e inextricável na longa duração. Por meio deles é possível perceber, de maneira perfeitamente límpida, como a estrutura social e agrária, secular e conservadora – aliada ao isolamento geográfico e à falta de assistência dos poderes públicos instituídos – tornava os trabalhadores rurais *cativos* de um sistema *que* os submetia a baixas remunerações e jornadas extenuantes de trabalho, *que*, por seu turno, determinavam condições indignas de saúde, nutrição, moradia, alfabetização etc., no *mundo dos engenhos*.

Ainda que se possa fazer críticas internas a esse raciocínio, é praticamente impossível esboçar uma história da saúde na sociedade açucareira no Nordeste do Brasil sem tomar em conta, ao mesmo tempo, a falácia da herança deontológica da chamada "civilização do açúcar" (aquela que cingia de benevolência e altruísmo famílias de *senhores* escravocratas), gestada *pelo* e *com* o sistema capitalista de produção no início da era moderna; sem considerar a dimensão geográfica da *plantation* (e suas formas, funções, estruturas e processos) e sem decupar as relações de poder entre classes antagônicas projetadas no tempo e espaço.

Porque, em pleno arremate do século xx, a maior parte da população canavieira ainda vivia em um universo social fechado e concentracionário (como demonstram os documentos mencionados), eivado de traços de um racismo e escravismo plurissecular. O tema saúde-trabalho-terra na *plantation* não pode ser completamente compreendido a menos que percebamos e entendamos sua dimensão geográfica e espacial. Assim que, devemos, ao menos *en passant*, recuperar os elementos-força dessa herança para compreender o papel da saúde na equação socioempresarial da monocultura capitalista.

A sociedade açucareira, ou, para ser mais preciso, o peculiar modelo produtivo assentado no sistema de *plantation*, preconizava,

nas palavras de Sidney W. Mintz e Eric Wolf (2010, p. 198), uma "situação onde terra, mão de obra e equipamentos são subjugados totalmente enquanto mercadorias, e as relações que governam seu uso são avaliadas totalmente à luz da contabilidade 'racional' de custos". Para ambos, a condição inicial de existência e estabilidade da economia açucareira está intimamente conectada à conservação de uma "força de trabalho grande o bastante para realizar a produção em volume considerável, a taxas suficientemente baixas para garantir retornos do capital investido" (MINTZ; WOLF, 2010, p. 198).

O que tudo isso significa é que, para valer economicamente a pena, a agroindústria açucareira controlava e explorava *tudo* com base na lógica economicista que preconizava a necessidade imperiosa de equacionar recursos virtualmente escassos com desejos ilimitados. Esse *tudo* a que nos referimos, implícito na definição dos antropólogos, incluía não apenas terra, mão de obra e equipamentos, mas também o próprio tempo e espaço.

Ainda que o tempo seja uma constante e que aceitemos a premissa de que tudo aquilo que com ele muda tem, por definição, uma história, não é possível escapar do fato, quase inconteste, de que a saúde nessa sociedade açucareira era, em primeiro lugar, inseparável da possibilidade de acesso à terra e do trabalho e, em segundo lugar, que sua história foi marcada por permanências, mais do que por mudanças. Como a literatura já amplamente registrou, a vida do *morador de engenho* (DABAT, 2012) resumia-se basicamente ao trabalho, embora fosse o fato de *morar*, e não propriamente a atividade que executava, o que definia seu ser, sua existência. Assim que, quando questionados sobre onde trabalhavam, suas respostas (i. e. dos *moradores*) eram sempre "eu moro no engenho X" (PALMEIRA, 1977, p. 104); e *morar*, nesse contexto, não significava apenas o fato de "habitar" uma casa, mas, sobretudo, estar totalmente à disposição dos *senhores de engenho* (SIGAUD, 1979, p. 34), já que "tornar-se um *morador* era alguma coisa como tornar-se um homem submisso

a outro" (GARCIA, 1989, p. 13), mesmo em tempos de liberdade republicana. "Afastado, isolado em seu mundo restrito", nas palavras de Flávio Guerra (1982, p. 194-195), os *moradores* "não percebia[m] onde terminava o arbítrio do proprietário e onde começava a ação do Poder Público, da Justiça Social". Séculos inteiros de mandonismo e escravidão desenvolveram e consolidaram o que o autor chama de um "espírito de domínio absoluto sobre homens e terras", fazendo com que eles se entregassem docilmente ao "destino triste das várzeas, perdendo seu comportamento psicossocial e conformando-se com os horizontes limitados de nascer morador de usina, cortador de cana, trabalhador do eito e nessa condição morrer".

Logicamente, esse lucrativo esquema sócio-espaço-temporal de *assujeitamento*, com efeitos deletérios sobre corpos e mentes, só poderia dar certo se ancorado na inércia organizada dos poderes públicos (que não garantia condições mínimas de saúde e habitação para esses trabalhadores e trabalhadoras esquecidxs) e no controle territorial exercido pelos empresários do açúcar no *mundo dos engenhos,* que visavam (ao menos em princípio) o domínio absoluto sobre a classe trabalhadora. Assim, se "é no espaço que se pode ler a realidade e as possibilidades concretas de realização da sociedade" (CARLOS, 2020, p. 351), é nele onde devemos procurar as explicações para os dados anunciados no início deste texto.

"O que nós podemos fazer? O posto de saúde não pode prescrever comida!"

Do ponto de vista físico, a *plantation* era composta basicamente por duas partes que denominamos aqui *mundo externo* e *mundo dos engenhos*. Era na primeira onde localizava-se não apenas a capital do estado, mas também as pequenas cidades do interior da zona canavieira e a grande maioria dos serviços essenciais de segurança (delegacias), justiça (tribunais), educação (escolas e creches) e saúde

(hospitais, postos médicos, ambulatórios e clínicas). Também era no *mundo externo* onde a circulação de pessoas e mercadorias se dava de maneira mais livre e segura, sobretudo porque contava com um sistema viário e de transporte mais amplo, regular e em melhores condições.

No *mundo dos engenhos*, por outro lado, praticamente não havia escolas em condições ideais, postos médicos, ambulatórios (exceto em algumas usinas) e muito menos hospitais. Composto basicamente por unidades produtivas distantes das cidades – acessíveis, em grande parte, apenas por estradas intransitáveis boa parte do ano –, esse pedaço do território brasileiro situado "fora da ordem jurídica normal" isolava milhares de trabalhadores.

Para que se tenha uma dimensão dos números daquilo que estamos tentando expor teoricamente, analisemos os dados da distribuição dos serviços de saúde, leitos e médicos pelos municípios da zona canavieira de Pernambuco nos anos 1970.

Segundo o Censo de Assistência Médica-Sanitária da Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde e Assistência Social – divulgados pelo então Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais (IJNPS) em documento intitulado *Aspectos socioeconômicos da Zona da Mata de Pernambuco* – em 1972, dos quarenta e sete (47) municípios pesquisados, vinte e sete (27) não possuíam nenhum leito hospitalar ou ambulatorial, o que correspondia a uma área de 5.739.267 km², ou 66,4% de toda a Zona da Mata (ver Figura 1). 12 (doze) municípios possuíam 2 (duas) unidades de saúde cada e outros 14 (quatorze) uma unidade, apenas. Dos municípios que possuíam serviços de saúde, 23 (vinte e três) não possuíam nenhum leito e 7 (sete) não contavam com nenhum médico para atender a população.

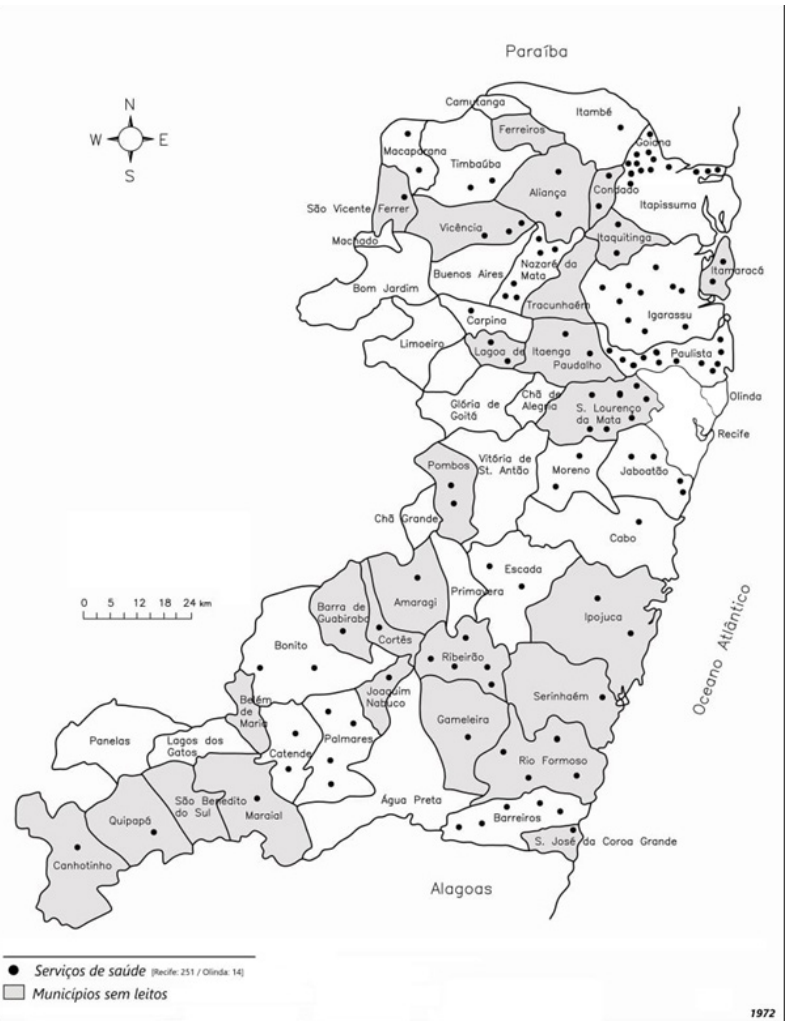

Figura 1. Mapa da distribuição dos serviços de saúde e dos leitos na Zona da Mata de Pernambuco nos anos 1970

Fonte: aados coletados no "Censo de Assistência Médico-Sanitária" da Secretaria de Estado dos Negócios de Saúde e Assistência Social citado por Azevedo; Caldas e Chacon (1972).

Em um contexto como este, com uma deficiência tão acentuada de serviços médicos, não é difícil imaginar as complicações decorrentes da necessidade de se realizar um parto, por exemplo, ou em casos de acidentes de trabalho (tão comuns em atividades que associam instrumentos cortantes, fadiga muscular e falta de equipamento de proteção individual, como a canavieira) e até doenças "simples", em situações normais. O médico Fernando Barbosa, a esse respeito, denuncia que antes da assistência sindical

> quando as mulheres estavam doentes ou para dar à luz, tinha uma *curiosa* que resolvia na medida do possível. Ela não tinha nem condução, às vezes, não dava tempo chegar à casa da pessoa quando era um parto complicado. Ela teve uma condução a partir da Cooperativa de Tiriri: nós botamos um carro à sua disposição. Ela ia motorizada, e o atendimento era mais rápido.
>
> Antes, eles [i. e. os trabalhadores] resolviam os problemas com eles mesmos. Tomavam chá, às vezes, coisas erradas. Eu vi muito camponês tomar chá de cidreira porque pensava que ia combater a anemia. Chá de cidreira não combate anemia, coisíssima alguma. Eu entendo: não era a anemia que era combatida, mas ela tinha um efeito tranquilizante. Então, quando tomava chá de cidreira, havia uma ação neuroléptica, uma ação sobre o sistema nervoso e a pessoa ficava mais quieta. Até talvez ela tivesse uma sensação de melhora. Mas cidreira não combate anemia de jeito nenhum (BARBOSA, 2014, p. 5).

Até o final dos anos 1990, o transporte de acidentados e a assistência médica e dentária mais básica, em muitos municípios, eram garantidos quase exclusivamente pelos sindicatos de trabalhadores rurais (ARAÚJO, 1990, p. 263). Surpreende a ausência do poder público.

Por outro lado, o contraste com a zona rural era visível na capital, Recife, não apenas porque ela acomodava o maior número de serviços de saúde, mas também porque abrigava o grande e moderno Hospital Barão de Lucena, ou, como ficou conhecido na época de

sua inauguração em 1958, o Hospital das Usinas[1], erigido sobre o discurso de que fora concebido "para o bem estar de 300.000 trabalhadores na agroindústria açucareira de Pernambuco", para garantir "conforto para o trabalhador rural, o homem que no anonimato, perdido nos campos, ajudou a construir a grandeza econômica de Pernambuco", como noticiava o jornal *Diario de Pernambuco* em matéria de 19 de janeiro de 1958. O tom demagógico do relato jornalístico, tão terno para com os supostos ideais de altruísmo e benevolência da classe dominante usineira, pode ser constatado pelo fato de que apenas dois dos oito andares do hospital foram projetados para receber trabalhadores do campo.

A simplicidade das enfermarias coletivas, concebidas para tratar os chamados *rurícolas*, contrastava com o luxo e a sofisticação das suítes dos andares superiores, construídas para receber usineiros e outras famílias ricas da região. De acordo com o antigo diretor do Barão de Lucena, Antônio Wanderley Siqueira:

> Cada andar [do hospital] produzi[a] uma hierarquia de atendimento, ou seja, cada paciente seria atendido por categoria social, onde o 8º andar era para as famílias dos usineiros, com apartamentos de alto padrão de luxo. O 7º andar era para as outras famílias ricas da região, apresentando ainda a ostentação nos apartamentos. O 6º andar apresentava ainda algum requinte nos apartamentos, sendo também para famílias ricas. A partir do 5º andar, começa a diminuir o luxo nos

1 Idealizado e administrado pelos usineiros, o Barão de Lucena foi um marco na história das relações de trabalho na zona canavieira de Pernambuco. Os discursos o proclamavam como um grande feito, uma obra que refletiria a generosidade da classe patronal que buscava amparar seus trabalhadores. Na verdade, apesar de serem atribuídos aos empresários do açúcar, os custos se sua construção e manutenção foram repassados aos consumidores: os usineiros "colaboravam" com uma taxa de CR$ 1,00 (um cruzeiro) de cada saca de açúcar vendido. Falta de verbas e comprometimento por parte da classe patronal canavieira levou a sua falência em 1973. Doravante, sua administração passou para as mãos do Estado.

> apartamentos, mas sem perder o seu conforto. No 4º e 3º andares eram de apartamentos simples, mas bem estruturados, e o 2º e 1º andares eram as enfermarias coletivas para trabalhadores do campo, onde apresentavam muita organização. Estes quatro últimos andares, mesmo sendo dos mais simples, eram bem construídos, como todo o resto do hospital (PEQUENO; LIMA DA SILVA; ALENCASTRO, 1996, p. 15-16).

O número absoluto de hospitais, postos médicos e ambulatórios não explica tudo, obviamente. Recife, nessa época, por exemplo, com uma área 26 vezes menor do que aquela somada pelos municípios que não possuíam nenhum leito, tinha um total de 251 serviços de saúde (quase o dobro da soma dos outros municípios pesquisados, 130 ao todo), embora apresentasse profunda desigualdade social. O dilema dos trabalhadores e trabalhadoras do campo não se resumia à falta de atendimento médico, afinal de contas, como eles se questionavam: "O que nós podemos fazer? O posto de saúde não pode prescrever comida!" (SCHEPER-HUGHES, 1992, p. 154). De fato, desde pelo menos *Geografia da fome*, de Josué de Castro (1946, p. 37), a literatura especializada destacou os efeitos do que chamou subalimentação endêmica e crônica da zona canavieira, aquela em que "grupos inteiros de populações se deixam morrer lentamente de fome, apesar de comerem todos os dias". Os depoimentos dos canavieiros, nesse sentido, desafiam nossa capacidade acadêmica e científica de ler as fontes despidos de qualquer *a priori*:

> Com o salário que a gente ganha, não dá pra comer uma feira durante a semana. Porque se a gente for comer pra encher, quando for do meio da semana pro fim, não tem comida... É a pessoa ter remédio certo, ou então se ganhasse bem pra comer um bocado melhor...
>
> O que acaba é o maltrato. Um homem pode trabalhar o dia todo, mas há saúde, caso tomou o seu café bom, dez e meia tem um lanche bom, embora ele esteja no pesado, quando for

> de onze horas, almoça, tem uma hora de repouso, aí chega em casa às dezesseis horas, toma o seu banho, pega feijão novo, aí esse homem tá com saúde. Mas, o homem saiu de casa com um caldo de farinha-do-reino, não pode nem comprar um ovo, aí quando chega no pesado só vai comer a noite. Como é que esse homem tem saúde no corpo, tem resistência? Só pode ir de água abaixo (ALENCAR, 1993, p. 108).

Analisar as condições de vida na zona canavieira unicamente em função dos recursos e equipamentos de saúde disponíveis, portanto, é desconsiderar, por exemplo, que a fome respondia a uma cadeia de causação muito mais ampla e com raízes históricas profundamente assentadas no modelo socioeconômico e na desigualdade social, como destacamos a seguir. Foi precisamente a partir dessas questões que a epidemiologia e a medicina social passaram a relacionar saúde e estruturas sociais e econômicas, identificando pelo menos três níveis causais, que, associados, explicam a desnutrição enérgico-proteica de um determinado grupo social (BATISTA FILHO; BLEIL; VAN EYSDEN, 1989): *i) causas imediatas*: consumo alimentar deficiente; *ii) causas intermediárias*: baixo poder de compra, recursos de saúde inadequados, hábitos alimentares errôneos e *iii) causas estruturais*: posse e uso da terra, distribuição injusta das riquezas, desemprego, política econômica agrícola, relações de poder, *and so on*.

A mudança de paradigma que acompanhou a Medicina e a Nutrição – aquela que fez com que as abordagens deixassem de estar centradas unicamente nos fatores individuais, biológicos e ambientais (visíveis e facilmente mensuráveis) das doenças, para abarcar também seus fatores sociais (frutos de processos de longa duração) – é largamente devedora da História.

A associação entre pobreza e adoecimento, ou entre saúde e condições de vida na *plantation* açucareira, portanto, só pode ser compreendida se considerarmos múltiplos fatores históricos como: a emergência do capitalismo global, colonialismo, escravidão, sub-

desenvolvimento econômico, acesso à terra, relações sociais de produção, atuação do Estado etc.

Essa perspectiva levou Robert Linhart (1981, p. 51) a afirmar, nos anos 1980, que "a fome do Nordeste era uma parte essencial do que o poder militar chamava de 'desenvolvimento' do Brasil". Segundo o sociólogo, o normal era o canavieiro "morrer de fome com todos os documentos do mundo, contrato de trabalho, seguro, folha de pagamento", numa equação que chamava "aritmética da miséria".

Como registrou o médico Nelson Chaves, da mesma forma, em matéria do *Diario de Pernambuco* de 1 de julho de 1965, a pobreza em que viviam os canavieiros, associada ao trabalho a que eram submetidos, os tornavam um "povo amargurado". Em abril de 1980, nesse mesmo jornal, afirmou: "o trabalhador da zona canavieira de Pernambuco é um desnutrido, doente, anêmico, portador de verminose, sem ambições e esperanças".

O que tudo isso significa é que não podemos reduzir as explicações das condições de saúde e do processo de adoecimento ao âmbito puramente clínico, porque problemas complexos exigem teorias e soluções igualmente complexas.

A perspectiva epidemiológica clássica, ancorada no conceito de *epidemia* (que investiga as doenças apenas do ponto de vista biológico), por exemplo, não tem dado conta de todas as dimensões da crise global protagonizada pelo Sars-CoV-2, micro-organismo praticamente invisível que dominou a história do planeta nos anos 2020/21.

Por outro lado, o conceito de *sindemia* (que articula ciências biológicas e sociais) procura compreender como quadros de desigualdades sociais e econômicas exacerbam os efeitos adversos de várias doenças que separadamente seriam muito menos deletérias; quando "infecções benignas entre as populações bem nutridas tornam-se muito graves entre as desnutridas" (CHAVES, 2007, p. 206), como na zona canavieira.

"Apesar de vocês..."

L´admirable est que le nègre ait tenu.
(Aimé Césaire)

Frente a um desastre como esse que acabamos de expor – uma *nakba* de dimensões pluricontinentais como o fenômeno colonial e a imposição do modelo da *plantation,* que Dona Harraway e Anna Tsing (2019) chamaram de *plantationocene* – o surpreendente, sublinhou Aimé Césaire, é que as populações visadas tenham sobrevivido. Isto vale para aquelas da zona canavieira de Pernambuco como da África, da Ásia – na Índia, como no Bengala, por exemplo, e na China – ou os Seminoles da Flórida, entre muitos outros.

Humanos são capazes de resiliência incrível. Experiências recentes em tempos de guerra total são as mais reputadas. Homens foram escondidos em muros na Espanha franquista durante anos (FRAZER, 1973); mulheres e homens judeus permaneceram ocultos dos nazistas, nas florestas e nos pântanos da URSS ocupada. Por esta razão, Timothy Snyder chamou as regiões de Belarus, Rússia ocidental e Ucrânia de *Terras de sangue* (2012).

As heroínas de Svetlana Alexijevich (2004) também são exemplos notáveis, bem como aquelas descritas por Jack Belden e Agnes Smedley, na China do mesmo período. Poderíamos também evocar fenômenos épicos como Canudos, descrito de forma tão sofisticada e paradoxal[2] por Euclides da Cunha (1998).

Mas, as façanhas de personagens e populações inteiras, em circunstâncias altamente singulares, parecem curiosamente chamar mais a atenção das gerações posteriores, inclusive dos historiadores, do que as mesmas heroicas disposições à resistência e persistência

2 Lourival Holanda (1999) revelou a admiração – não assumida em razão da eugenia então prevalecente – que o autor de *Os sertões* sentia.

em sobreviver dos trabalhadores em regime capitalista. Por exemplo, também na zona canavieira, populações inteiras conseguiram sobreviver a um regime com traços muito semelhantes àqueles dos sistemas concentracionários clássicos (FERREIRA FILHO, 2020), como foi visto acima.

São manifestações de resiliência que podem ser aproximadas. Por isso, os canavieiros, contando sua própria história, lembram um trecho de um livro de Jorge Semprun, descrevendo a libertação do campo de concentração de Buchenwald onde acabara de falecer Maurice Halbwachs:

> Seria preciso ter horas, estações inteiras, a eternidade da narração para dar conta mais ou menos [de Buchenwald]. Teria sobreviventes, com certeza. Eu, por exemplo. Aqui estou, o sobrevivente de serviço, oportunamente diante destes três oficiais de uma missão aliada para contar-lhes a fumaça do crematório; o fedor de carne queimada no Ettersberg; os chamados sob a neve; as corveias homicidas; o esgotamento da vida; a esperança inesgotável; a selvageria do bicho homem; a grandeza do homem; a nudez fraternal e devastada do olhar dos amigos.
>
> Mas, será que se pode contar? Será que se conseguirá isto? A dúvida me ocorre desde este primeiro instante.
>
> Estamos em 12 de abril de 1945, no dia seguinte à libertação de Buchenwald. A história é nova, em suma. Nenhum esforço de memória particular se faz preciso. Tampouco é necessária documentação fidedigna verificada. É, ainda no presente, a morte. Acontece debaixo de nossos olhos. Basta olhar. Eles continuam morrendo às centenas, os esfomeados do Pequeno Campo, os judeus sobreviventes de Auschwitz. Precisa apenas olhar. A realidade está aqui, disponível. A palavra também.
>
> No entanto, uma dúvida me ocorre sobre a possibilidade de contar. Não que a experiência vivida seja indizível. Ela foi impossível de viver, o que é algo totalmente diferente, como é fácil entender. Outra coisa que não diz respeito à forma de

> uma narrativa possível, mas de sua substância. Não sua articulação, mas sua densidade. Só alcançarão esta substância, esta densidade transparente, aqueles que conseguirão fazer de seu depoimento um objeto de arte, um espaço de criação. Ou de re-criação. Apenas o artifício de uma narrativa dominada conseguirá transmitir parcialmente a verdade do testemunho. Mas isto não tem nada de excepcional. É o que acontece com todas as grandes experiências históricas (SEMPRUN, 1994, p. 22-23).

Os sertanejos de Canudos tiveram seu Euclides da Cunha para retratar sua saga. Os canavieiros, não; exceto o poeta, como sugeria Semprun.

Consumação dos corpos

E se somos severinos
iguais em tudo na vida
morremos de morte igual,
mesma morte severina:
que é morte que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia.

(João Cabral de Melo Neto, *Morte e vida severina*)

Sete anos de sobrevida, em média, para os jovens trabalhadores das plantações, sejam eles transportados da África e forçados a trabalhar nas Américas; ou *indentured servants* europeus, neste mesmo contexto; ou trabalhadores sob contrato raptados na Índia continental e levados para Mauritius, para as ilhas Fiji ou às Guianas com propósito idêntico aos chineses em Cuba. Em qualquer continente, mas particularmente nas Américas, as plantações de cana-de-açúcar

eram – e são – particularmente ávidas de vidas de jovens trabalhadores e trabalhadoras.

A mitologia local, de acordo com José Lins do Rego e Gilberto Freyre, consegue curiosamente associar dois termos antagônicos para qualificar o cenário: a miséria dos trabalhadores rurais – utilizada regularmente como argumento do patronato junto às instâncias estatais para conseguir financiamentos, muitas vezes, a fundo perdido – e a suposta benevolência dos proprietários dos engenhos para com seus empregados rurais.

A grande família canavieira seria, segundo esta mitologia, coesa e solidária.

Entretanto, traço constante do regime capitalista, contradições termo a termo abundam na história ocidental. Assim, no seu auge, chegam ao ponto de deixar as fontes humanas da criação da opulência na região à beira da inanição. E isso gerações a fio.

Então, a fome descrita pelo poeta e os cientistas é ubíqua e permanente. Há mesmo episódios agudos do tipo que se encontram em outros cenários, na Índia colonial e na China dos Tempos da Humilhação. Em uma região tão fértil, distinta, neste sentido do vizinho Sertão, são lembrados momentos de intenso sofrimento.

Assim, José Inácio da Silva conta a Grande Fome de 1937:

> Em 1937, a gente sofremos ali, quase morríamos de fome. A gente só não, o povo todo. Foi uma crisezinha porque a farinha deu até 12 mil réis na rua. [...] Aí, meu tio começou a trabalhar, passar necessidade, passando fome às vezes, era capaz de cair no serviço. Vendia castanhola. Tirava castanhola daquele pé de castanhola e comia. Aí, quando foi no fim, no fim de 1938, a vizinha deu três quilos de farinha. Aí acabasse mais a fome pra gente, mas... tinha dia que ele nem vinha pra casa almoçar porque não tinha disposição e nem também tinha comer em casa. A alimentação, naquele tempo, era muito pouco. Meu pai ganhava 5 tostões. Eu ganhava 2 tões.

> Não dava pra gente viver. Às vezes, chegava em casa de tarde, tudo morto de fome (DABAT, 2012, p. 530).

Outro trabalhador, de outro engenho, Antônio Virgínio da Silva, descreve os efeitos físicos consequentes desta situação:

> E não tinha condição da gente comprar uma cuia de farinha. A situação era difícil. A gente ia pro serviço trabalhar, quando era meio dia, 9 horas a gente vinha para casa fazer um lanchinho, fazer um lanche; voltava, pegava no serviço de uma hora. O feitor mandava buscar um bardo de mé de furo no engenho. Tinha gente que bebia uma garapa na hora de meio-dia, quando acabava de beber ficava assentado alí. Suava, suava, suava. Tinha gente que adoecia e ia pra casa. Dava fraqueza. Moleza. Até adoecia. Com aquela garapa de mé de furo, comia três vezes. Comia duas vezes. Comia uma vez de 9 horas do dia e ia comer outro de 6 horas da noite. Era. O direito da refeição, era esse. Duas vezes no dia! (DABAT, 2012, p. 529).

A ciência confirmou, como evocado acima, as lembranças dos velhos trabalhadores do eito: os estudos detalhados de Nelson Chaves, Malaquias Batista Filho, depois de Josué de Castro, grande pioneiro cuja fama mundial não intimidou seus perseguidores, trataram com precisão dos aspectos médicos e sociais.

> O [nanismo] da Zona da Mata é nutricional por falta de proteínas, de minerais, de vitamina D e de material para a formação de hormônios que participam do desenvolvimento e do crescimento. É a consequência da fome endêmica progressiva, elaborada e mantida pelo homem. É a fome decorrente do desequilíbrio econômico e social do complexo da pobreza[3] (CHAVES, 1972, p. 101).

Assim, a desnutrição e a fome atingiam o conjunto dos trabalhadores de uma maneira ou de outra. A esperança de vida e a

3 Na mesma obra, são lembradas outras graves doenças, consequências da fome: "Kwashiokor, marasmo e cegueira por avitaminose A".

mortalidade infantil, tais como estavam avaliadas mais do que medidas, testemunhavam, da forma mais cabal possível, a miséria dos criadores da maior riqueza da região.

A "brecha camponesa" ou o Sistema Brasil

Mas não avisto ninguém,
só folhas de cana fina
somente ali à distância
aquele bueiro de usina
somente naquela várzea
um bangüê velho em ruína.
Por onde andará a gente
que tantas canas cultiva?

(João Cabral de Melo Neto,
Morte e vida severina)

Sidney W. Mintz e Ciro Flamarion Cardoso (1987) concordam em descrever um fenômeno particular sob o nome "brecha camponesa". Mas estes autores constituem uma exceção na bibliografia. Ora, trata-se de um importante fenômeno que a tradição historiográfica maior considera de forma preconceituosa. Foi definida, pelos marxistas (com a nobre exceção de Caio Prado Júnior), como prova que o modo de produção prevalecente na região seria de tipo "feudal", ou "semifeudal". O *morador de engenho*, dotado de terra cedida, seria a versão brasileira do servo medieval europeu. Entre outras consequências teóricas e estratégicas desta identificação, pode se sublinhar a posição subalterna que se atribui à própria atividade produtiva. Ou seja, seria "apenas" uma forma de "agricultura de subsistência".

Subsistir a nível das gerações (diria Marx) num contexto tão adverso já suscita admiração. Ademais, este apelido é traiçoeiro

até hoje. Cumula, parece-nos, duas subalternidades muito prementes no mundo ocidental: o desprezo pelo rural (DABAT, 2011) e pelo pequeno agricultor. O próprio Movimento Sindical dos Trabalhadores Rurais enfatizou por anos que a nomenclatura estava enganosa. Deveria se falar de "pequenos produtores", e de sua grande produção (por volta de 80% dos alimentos consumidos no país), em vez do costumeiro "pequena produção".

Voltando à "brecha camponesa", o termo em si já mostra seu posicionamento em ruptura, em relação à produção principal em grande escala de um alimento-droga supérfluo para a Europa a partir da Revolução Industrial. De fato, os empresários dedicavam sua atenção e seus (raros) esforços à monocultura da cana. Esta perspectiva foi confirmada pela historiografia.

Ora, o antropólogo Sidney W. Mintz demonstrou amplamente, nos seus estudos sobre o Caribe, particularmente o Haiti, a Jamaica e seu campo predileto em Porto Rico, a extensão do fenômeno, sua riqueza e seu aspecto multifacetado nas consequências sociais e econômicas nos contextos mais duros do regime de *plantation*. Este aspecto da experiência produtiva dxs canavieirxs no Caribe e no Nordeste do Brasil é fundamental para demonstrar a competência destas populações submetidas a durezas inéditas e exploração absoluta para criar e produzir o necessário para a sobrevivência de suas famílias.

A lógica da monocultura empobrecedora do ambiente, em termos de biodiversidade, por exemplo, conheceu desafios por iniciativa dos próprios canavieiros através de sua prática – restrita, mas criativa – da policultura nos sítios e roçados que lhes permitiu, e a seus descendentes, sobreviver a outro tipo de holocausto.

Assim, Severino Antônio do Nascimento conta como conseguiu "um sítio grande, muita formiga, mas aí foi melhor de plantar. Sítio grande. Fiquei no sítio, comecei a tratar do sítio. Tinha seis pés de manga. Quando botava, toda semana tirava uma carguinha, levava prá feira, dava pra comprar umas roupas dos meninos". Continua,

com certo orgulho camponês, poderia se dizer: "Toda semana, eu tirava um milheiro de banana. Me ajudava muito. Vendia ao comprador; eu não vendia banana; agora manga, jaca, fruta pão, eu vendia na feira. Farinha também, toda semana eu trazia uma carga de farinha aqui prá Igarassu" (DABAT, 2012, p. 702).

Este trabalhador ecoa a lista de frutas acessíveis, embora as restrições dos *senhores de engenho* e usineiros sobre o plantio de bananeiras, por exemplo, já tenha dado a oportunidade de canções de mobilização no Movimento Sindical dos Trabalhadores Rurais.

Bananeira bananá
Todo mundo vai plantar
Bananeira bananá
Plante e não deixe arrancar
Bananeira bananá
Botou um cacho tão grande
Que não pude me ajudar

Com a greve, vou plantar
Bananeira bananá
Plante e não deixe arrancar
Bananeira bananá
Quem não tem animação
É um homem no cambão
Sem querer se libertar

A FETAPE manda plantar
Bananeira bananá
CONTAG manda acompanhar
Bananeira bananá
A terra que Deus criou
Espera o agricultor
de tudo nela plantar.

("CANTO DA CAMPANHA SALARIAL", FETAPE, 1987)

A diversidade das substâncias providenciadas pela floresta é realçada por pessoas que eram familiarizadas com múltiplos usos, inclusive medicinais. Assim, entre *moradores de engenho* do final do século xx, eram passados de geração em geração, conhecimentos fitoterapêuticos utilizados por tradição familiar até recentemente, como lembrou o Dr. Fernando Barbosa: "Os remédios eram do mato, era vegetal. Então o povo tinha ainda as ideias dos índios, dos caboclos. Faziam muitos remédios das árvores e aí curavam mesmo a doença" (DABAT, 2006, p. 237).

Com certeza, a variedade botânica diminuíra no tempo. Hoje deve estar perto da aniquilação, bem como suas populações não-humanas.

Os trabalhadores agora são, infelizmente, cada vez menos conhecedores de toda esta fauna, na medida de seu desaparecimento do meio natural e da mudança de domicílio para as pontas de rua e agrovilas. No entanto, os mais velhos citam a presença, mesmo reduzida, de animais que podiam caçar para comer, ao menos na sua juventude: tatus, tejus, pacas, cutias...

Alguns se recusavam à própria caça, até com certo carinho: "Caçava não, mas os outros caçavam. Eu tinha pena de matar os bichinhos", confessa José Elias dos Santos. Eles apenas aproveitavam um dos raros lazeres acessíveis. Com algo de saudade, eles mencionam as aves que podiam ser caçadas nos tufos de floresta ainda em existência na metade do século xx, e dos tatus que crianças perseguiam nas suas tocas. Relatos de polícia a respeito de incêndios de canaviais explicam em detalhes a possibilidade de o desastre ocorrer, não por culpa de subversivos, mas como epifenômeno de uma brincadeira infantil, útil também para melhorar o cardápio da família naquele dia.

Inácio Antão Dias também tinha pena dos bichos, mas não dos peixes: "Nunca eu gostei de caçar pelo mato, não. Porque os bichinhos já se escondem de nós e a gente sair direto pra ir caçar

os pobrezinhos, não; deixa eles se alimentar do jeito que querem. Agora, pescar, eu pesquei muito, de tarrafa" (DABAT, 2012, p. 547). Uma riqueza que aparentemente não suscita hoje sentimentos de piedade expressa. Este recurso alimentício foi bastante utilizado nas áreas propícias, a ponto de criar para alguns uma alternativa ao emprego forçado nas *plantations*, como aponta um estudo iconográfico por Renata Santos, na sua comunicação "'*Laboring landscapes'* a partir das janelas do trem: diálogos com Thomas Rogers e Arthur Soffiati" (2017), sobre as fotos de August Stahl (LAGO, 2001, p. 85).

Na metade do século XIX, o foco era o progresso presente sob a forma de uma ferrovia, então em construção, na Mata Sul. Mas numa imagem que abrange uma área de mangue, a pesquisadora evidenciou, escondidos entre as raízes de grandes árvores, a presença de figuras humanas, obviamente espectadores ignorados do teatro da modernização.

Pescadores no mangue, na beira do qual estavam tão à vontade, eles ilustram uma queixa do patronato, decênios a fio, de que alguns conseguiam fugir da labuta nos canaviais e sobreviver por meio de pesca nos pântanos de Suape. Escaparam ao trabalho forçado onde os canavieiros eram considerados, até a metade do século XX, pelo menos, como recursos "naturais", o que Thomas Rogers muito apropriadamente descreveu como "*laboring landscape*" (2009). Obviamente, era uma solução apenas para moços solteiros, sem carga de família, talvez mais livres do que na outra opção dos manguezais urbanos descritos por Josué de Castro e estudados por Isabella Puente de Andrade (2019).

Socorro Ferraz, que trabalhou na Cooperativa de Tiriri antes do Golpe de 1964, compara o que se encontrava no *barracão* a preços extorsivos – "Você tinha uma sardinha podre, de caixa, colada uma na outra" – enquanto que "em Camaçari... eles viviam de caranguejos, porque tinha um mangue muito fértil" (DABAT, 2012, p. 537). Como para o cultivo, havia proibições patronais:

> Nas matas de Goiana já não se pode tirar as imbiras, pois até caniço para pescar, é proibido. Proibido também caçar veados, pacas e rolinhas. Proibido até de pescar nos mangues, apanhar caranguejo, buscar na água aquilo que não se pode tirar na terra (FOLHA DO POVO... 24 jul. 1949).

Malaquias Batista Filho confirma a riqueza destes recursos para a nutrição das populações canavieiras na segunda metade do século XX e as dificuldades enfrentadas para providenciar proteínas:

> A caça não tem importância, talvez a pesca tivesse um pouco. A caça não porque, na zona canavieira, a mata é escassa demais. A própria pesca ficou muito limitada, depois que os rios da Zona da Mata foram poluídos pelos próprios resíduos da cana-de-açúcar, o vinhoto. Diminuiu, por exemplo, um alimento riquíssimo, alimento nobre que está caminhando para a extinção, era o pitu (DABAT, 2012, p. 548).

Os próprios canavieiros entrevistados lembram-se dos anos 1930 e 1940: "Tinha muita mata verde. Muita caça, muita árvore. Todos rios, açudes, lagoas que tudo tinha peixe. O alimento, para quem se movia, era mais fácil", narra José Antônio de Lima. João Francisco dos Santos conta as expedições:

> Antigamente tinha [caça] porque tinha muita mata, e a gente matava muito tatu, muita paca, porco do mato. Fazia uma espera, matava uma paca. Tinha [peixe] porque a gente, naqueles brejos, a gente ajuntava um camarãozinho, um sarapó, por ali. E a gente botava o balaio dentro e ia comendo (DABAT, 2012, p. 543).

Entre as cenas mais tristes dos tempos depois do Proálcool, há a destruição dos sítios e roçados pelos proprietários da terra. Na medida em que os subsídios federais eram dispensados em função da área plantada em cana, recorreram sistematicamente à derrubada das plantações e casas dos *moradores de engenho* que ainda dispunham de algum lote cedido.

Os trabalhadores vítimas destas violências – administradores ou cabos colocavam o trator ou soltavam animais de grande porte nas hortas – contam tais investidas entre as modalidades de expulsão dos *moradores de engenho* do perímetro das plantações, nos últimos decênios do século XX. Segundo o relato dos canavieiros: "Não tinha direito não. Se botasse pra fora, era pra desocupar logo! Se não quisesse desocupar, o senhor até destelhava a casa", indigna-se Eugênio Benvindo M. Freitas (DABAT, 2012, p. 740). Casos particularmente brutais alcançavam mesmo os jornais da capital.

A força desta capacidade agroecológica – sobretudo quando comparada ao "deserto verde" da monocultura da cana – encontrava sua origem na combinação de tradições agrícolas de vários continentes, como o descreveu Sidney W. Mintz a respeito do Caribe.

Na sua dissertação intitulada *As "matas imensas, glória e coroa de todos os bosques do mundo" e a "zona-da-mata": sociedade, paisagens e recursos florestais na colonização do Nordeste (C. A. 1780-1808)*, Mateus Samico Simon (2014) ilustra as trocas e o sincretismo agrícola entre pelo menos três continentes, resultando em práticas agroecológicas e agroflorestais sofisticadas.

O antropólogo e gourmet Sidney W. Mintz – grande especialista também do consumo, inclusive do açúcar como na sua obra-mor *Sweetness and power: the place of sugar in modern history*, infelizmente ainda não traduzida para o português – sublinha o mesmo fenômeno, no Caribe em geral:

> a agricultura e a culinária da região caribenha contemporânea ilustram como se fundiram numerosas e grandes tradições: entre elas as africana, asiática, europeia e ameríndia; essa imagem contemporânea já existe, de fato, há vários séculos (MINTZ, 2010, p. 156-157).

Práticas agrícolas refinadas figuram também entre os focos de análise do pesquisador, como o elenco de cercas vivas que detectou,

no Haiti, com escolhas botânicas precisas de acordo com os diversos propósitos que lhes eram atribuídos no território (MINTZ, 2011).

O Sistema Brasil

No entanto, façanha frente ao jugo perpétuo do sistema de *plantation* e da monocultura promovida com toda a força armada do Estado, a própria existência dos sítios e roçados, pelo menos até os anos 1960 e particularmente até os efeitos devastadores do Proálcool, como foi visto, era tolerada e eventualmente encorajada pelo patronato. Não por um efeito de suas supostas qualidades éticas, louvadas por certa literatura do seu seio e ensinadas doravante como história oficial, mas porque permitia uma redução considerável da massa salarial. Com efeito, a remuneração dos trabalhadores rurais era mantida a um nível de poder de compra que não lhes permitiria sobreviver. Ou seja, o sistema alcançou o extraordinário nível de exploração pelo qual as famílias assalariadas precisavam providenciar o alimento mínimo para sobreviver, por um esforço de todos os seus membros a cada momento, nas circunstâncias mais difíceis. Algo, lembrando a expressão de Shashi Tharoor (2015) numa arguição no famoso Oxford Union, que resultou no seu livro *An era of darkness: the British Empire in India*: "Pagamos, literalmente, pela nossa própria opressão", sempre sob a mira de um fuzil ou metralhadora, como em Amritsar, em 1919.

Aliás, Mintz notou que a própria classe dominante avaliava, sem dar conta de sua complexidade, as vantagens do sistema chamado "*Brazil*". Assim, ele cita um observador:

> A prática que prevalece na Jamaica de dar aos negros terra para cultivar, com cujo produto é esperado deles que se sustentem (fora os tempos de escassez resultando de furacões e secas, quando assistência nunca lhes foi negada), é universalmente avaliada como sendo judiciosa e benéfica: produzindo

> uma feliz coalizão de interesses entre o senhor e o escravo. O negro que adquiriu, pelo seu próprio trabalho, uma propriedade nas terras do seu senhor tem muito a perder e é, portanto, menos inclinado a desertar seu trabalho. Ele ganha um pouco de dinheiro, com o qual ele pode se dar ao prazer de usar boas roupas nos feriados e agradar ao seu paladar com carnes salgadas e outras comidas às quais ele não teria acesso de outra forma; e o proprietário está dispensado, em boa medida, do custo da alimentação (BRYAN, 1793, II, p. 131).

Ao mesmo tempo, a análise sutil de Sidney Mintz revela o caráter de empoderamento que trabalhadores forçados podiam conferir a este fenômeno: "[O]s escravos foram capazes de transformar o que havia começado como uma forma coercitiva, numa outra coisa: quando um escravo vendia parte de sua própria produção, isso significava uma 'brecha radical' no modo de produção escravista" (MINTZ, 2010, p. 160).

Citando Ciro Flamarion Cardoso[4] e o inventor da expressão, T. Lepkowski (a respeito do Haiti), Mintz resume assim, de forma magistral, as implicações da brecha camponesa no sentido da relação de forças no regime mais abjeto, o escravismo:

> Quando o escravo produz alimentos para si e sua família, ele acrescenta uma produção para uso direto ao panorama econômico de sua posição estrutural. E quando ele acrescenta a venda de seu próprio produto, ele acrescenta ainda um outro – algo contrário – elemento à realidade da escravidão antilhana. Quando ele compra, com o dinheiro que ele ganha vendendo seus produtos, ele acrescenta mais um elemento de tipo contraditório. E quando – como era o caso nessas sociedades – ele abastece as classes livres dentro da sociedade escravista, isso acrescenta ainda outro tal elemento (MINTZ, 2010, p. 160).

4 Com certa emoção, lê-se que o brasileiro havia mandado seu manuscrito ao americano que menciona seu interessante trabalho "A brecha no sistema escravista", de 1977.

Se o *barracão* providenciava apenas farinha e sardinha podre a preços proibitivos – fato confirmado novamente por testemunhos dos trabalhadores e relatórios policiais – os *moradores de engenho* que dispunham de sítio e/ou roçado arrolavam toda a família para alcançar uma produção própria de alimentos básicos. Eventualmente, uma ou outra família, mais sortuda, conseguia uma pequena reserva de valor na forma de um animal de criação, porco, galinhas etc. Severino Antônio do Nascimento conta como a evolução recente do cultivo complica e limita estas atividades:

> Criava nesse tempo. Podia criar uma cabra, uma galinha, um pinto. Hoje, pra criar um bicho, tem que ser tudo amarrado no pau e apanhar capim, porque até o mato da beira do rio, o infeliz fica botando veneno pro bichinho não comer; é um sofrimento. O cara cria pra quando na hora da morte ter alguma coisa pra vender, pra ajudar o enterro (DABAT, 2012, p. 702).

A maioria dos *moradores* produzia mandioca e fazia a farinha junto com os vizinhos, constituindo este produto a base do cardápio ao longo do ano todo. Até o arroz era uma raridade. "Só em tempo de festa", lembra Manoel dos Santos da Silva (DABAT, 2012, p. 539).

À pergunta se acham melhor morar na cidade ou no engenho, os entrevistados responderam de forma precisa que o fato de disporem – ou não – de um sítio ou roçado era o fator decisivo. Se a cidade tinha sua liberdade e seus perigos, ela não providenciava meios para plantar. O sonho real de muitos deles, camponeses na alma, era de "ter um pedaço de terra". Mas terra sua, "para não ser sujeito de ninguém", precisa José Pascoal de Figueiredo. Antônio Virgínio da Silva sonha: "Ah! Eu gostaria. Se eu pudesse, se tivesse jeito. Eu moro na rua, na lei do apulso. Mas se eu pudesse ter o meu toquinho de terra, lá, pra eu criar um bezerro, uma vaquinha de leite. Plantar macaxeira, batata, jerimum, era o que eu queria". Manoel Fernando de Souza complementa com as implicações dramáticas que a situação

atual comporta para toda a família: "Se eu possuísse terra pra trabalhar, meus filhos não estavam assim, pelo meio do mundo espalhados. Estava trabalhando junto comigo" (DABAT, 2012, p. 821).

> Achava bom ter terra para mim. Achava bom mesmo, muito bom. Eu queria ter um pedaço de terra para trabalhar, criar um bichinho, uma coisa, sem aperto de patrão me imprensando, que nem hoje em dia a gente vive imprensado, o patrão imprensando para plantar nada. Benedito Rufino da Silva (DABAT, 2012, p. 819).

A Reforma Agrária permanecendo um horizonte evanescente, para não dizer fantasmagórico, a conclusão unânime dos entrevistados a respeito do futuro que eles desejam para as gerações vindouras, seus netos e bisnetos é: "Tudo, menos canavieiro".

Mutirão e organização

O evolucionismo cultural que está presente em geral na literatura, inclusive dos marxistas, de certo modo, impede uma visão mais propositiva desta longa experiência em sobrevivência.

As sementes para um futuro mais promissor podem estar se desdobrando atualmente, embora de forma minúscula. Toma-se por prova os experimentos atuais em agroecologia estudados por Marcos Figueiredo (2010), nos interstícios do latifúndio monocultor na Zona da Mata de Pernambuco. Talvez sejam eles os portadores de soluções para os tempos vindouros, pois o modelo capitalista de organização da produção, nascido em escala mundial, como economia-mundo na definição de Wallerstein (1974), na forma de *plantation* açucareira antes de sê-lo para algodão, café, borracha etc. chegou aparentemente, enquanto sistema, a seu termo do ponto de vista ecológico e demográfico.

Então, será preciso valorizar ainda mais a competência pessoal e coletiva dos agricultorxs, inclusive nas circunstâncias concentracionárias

já assinaladas. Como o demonstrou Ranajit Guha (1999) para a Índia, por meio de uma leitura a contrapelo dos arquivos coloniais, é multifacetada a força do grupo, sua capacidade de organização e cooperação, não apenas na luta armada frente a potências que desenvolviam as armas mais letais do momento (sempre usadas em primeiro teatro no mundo colonizado), mas na luta pela vida.

Viva la muerte, diziam os fascistas, que podem representar o ápice do modelo.

Viva a vida, afirmam as famílias de canavieirxs, que conseguiram transmitir gerações a fio, muitas vezes, numa quase obscuridade feita do silêncio de desprezo da casa-grande e consortes (acadêmicos também). Trouillot sanciona o fenômeno, estes aspectos "ignorados, e esta ignorância produz um silêncio de trivialização" (1995, p. 104).

Além da questão propriamente de classe, houve a supressão de tradições por uma "modernidade" que se afirma apenas citadina, inculcada pela mídia e propaganda, inclusive em termos de gênero. Da mesma forma, os ensinamentos agroecológicos e de manutenção de sistemas agroflorestais foram interrompidos pela urbanização da moradia – precária na ponta de rua e nas agrovilas, supostamente modernas, elas também.

Assim, desapareceu a liberdade e oportunidade concreta de comunicar às novas gerações um patrimônio tão precioso quanto sofrido na sua transmissão, séculos a fio.

Referências

ALENCAR, E. N. de. *Trabalho e saúde do canavieiro*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). João Pessoa: UFPB, 1993.

ALEXIJEVICH, S. *La guerre n´a pas un visage de femme*. Paris: J´ai lu, 2004.

ANDRADE, I. P. *Filhos da lama e irmãos de leite dos carangueijos:* as relações humanas com o manguezal no Recife (1930-1950). Dissertação (Mestrado em História). Recife: UFPE, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/38002. Acesso em: 10 abr. 2021.

ARAUJO, E. R. de. *O trator e o "burro sem rabo":* conseqüências da modernização agrícola sobre a mão-de-obra na região canavieira de Pernambuco, Brasil. Dissertação (Mestrado). Genebra, 1990.

BARBOSA, F. Situação de saúde dos trabalhadores na zona canavieira de Pernambuco em 1963. *Cadernos de História da UFPE,* v. 10, n. 10, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernos-dehistoriaufpe/article/view/109959. Acesso em: 12 abr. 2021.

BATISTA FILHO, M.; BLEIL, S.; VAN EYSDEN, L. M. Prevenção da desnutrição energético-protéica. *Cad. Saúde Pública* [online], v. 5, n. 3, 1989. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/hNqhJj6jzbB8s6jwBywG7Hk/?lang=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRYAN, E. *The history, civil and comercial of the Bristish Colonies in the West Indies*. London: J. Stockdale, 1793.

CARLOS, A. F. A. Henri Lefebvre: o espaço, a cidade e o "direto à cidade". *Rev. Direito Práx.,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 349-369, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdp/a/3cBsV3Vx7Yvw9Sqvcqyvrbc/?lang=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

CASTRO, J. de. *Geografia da fome* [1946]. São Paulo: Brasiliense, 1961.

CHAVES, N. Alimentação na Zona da Mata. *In: Antropologia do açúcar.* Recife: IAA/Museu do Açúcar, 1972, p. 101-111.

CHAVES, N. *O homem além do tempo:* a palavra de um cientista que amava sua terra e sua gente. Coletânea de Artigos. Universidade Federal de Pernambuco: EDUFPE, 2007.

CUNHA, E. *Os sertões*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

DABAT, C. R. "Linhagens literárias na representação negativa do campesinato". *In:* MONTENEGRO, A. (Org.). *História, Cultura, Trabalho:* questões da contemporaneidade. Recife: EDUFPE, 2011. p. 153-175.

DABAT, C. R. *Moradores de engenho:* estudo sobre as relações de trabalho e condições de vida dos trabalhadores rurais na zona canavieira de Pernambuco, segundo a literatura, a academia e os próprios atores sociais. 2. ed. Recife: EDUFPE, 2012 [2007].

DABAT, C. R.; ROGERS, T. D. Sugarcane workers in search of justice: rural labour through the lens of the State. *International Review of Social History,* v. 62, p. 219-243, 2017. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-social-history/article/sugarcane-workers-in-search-of-justice-rural-labour-through-the-lens-of-the-state/DA09C5D965E75C6A305798005DB11634. Acesso em: 8 maio 2021.

DABAT, C. Os Primórdios da Cooperativa Agrícola de Tiriri. *Clio Revista de Pesquisa Histórica,* n. 23, 2005, Recife, EDUFPE, 2007, p. 129-169. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/article/view/24837/20110. Acesso em: 15 maio 2021.

DABAT. C. R. "Quando o pobre come galinha, um dos dois está doente": a fome e suas consequências sobre a saúde na experiência dos trabalhadores rurais da Zona Canavieira de Pernambuco. *Clio Revista de Pesquisa Histórica,* n. 24, v. 2, 2006, Recife, Ed. Universitária UFPE, 2007, p. 213-248. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaclio/article/view/24749. Acesso em: 8 maio 2021.

FERREIRA FILHO, J. M. M. *Corpos exauridos:* relações de poder, trabalho e doenças nas plantações açucareiras (Zona da Mata de Pernambuco 1963-73). Dissertação (Mestrado em História). Recife. PPGH/UFPE, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7916. Acesso em: 22 maio 2021.

FERREIRA FILHO, J. M. M. *Arquitetura espacial da plantation açucareira no Nordeste do Brasil (Pernambuco, século XX)*. Recife: EDUFPE, 2020.

FETAPE. *Canto da campanha salarial*. Recife: FETAPE, 1987.

FIGUEIREDO, M. A. B. *Una estrategia de desarrollo local desde las experiencias agroecológicas de la región cañera pernambucana, Brasil*. Tese (Doutorado em Sociologia e Estudios Campesinos). Córdoba: Universidade de Córdoba, 2010.

FOLHA DO POVO. *Capangas da Usina N. S. das Maravilhas espancam um ancião*. Recife, 24 jul. 1949.

FRASER, R. *La planque:* vie et réclusion de Manuel Cortes. Paris: Seuil, 1973.

GARCIA, A. R. *Libres et assujettis:* marché du travail et modes de domination au Nordeste. Paris: Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1989.

GARCIA, A. R. *O Sul:* caminho do roçado. Estratégias de reprodução camponesa e transformação social. São Paulo: Marco Zero, 1989.

GUERRA, F. da M. *Idos do velho açúcar*. Revista e Aumentada. 2. ed. Recife: Sociedade Auxiliadora da Agricultura de Pernambuco, 1982.

GUHA, R. *Elementary Aspects of Peasant Insurgency in Colonial India*. Foreword by James Scott. Durham and London: Duke University Press, 1999.

HARAWAY, D.; TSING, A. *Reflections on the plantationocene*. Madison: Edge Effects Magazine, 2019.

HOLANDA, L. *Fato e fábula:* uma leitura dos "Sertões". Manaus: Ed. da Univ. do Amazonas, 1999.

LAGO, B. C. do. *Augusto Stahl:* obra completa em Pernambuco e Rio de Janeiro. Capivara, 2001.

LINHART, R. Le sucre et la faim. Paris, Editions de Minuit, 1980. *O açúcar e a fome:* pesquisas nas regiões açucareiras do Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

MELO N., J. C. *"A saga dos Severinos de João Cabral"*, reportagem de Aquiles Lopes em homenagem aos 50 anos do poema Morte e Vida Severina, 25 nov. 2005, C4.

MINTZ S. W. Living Fences in Fond-des-Nègres, Haiti. Economic Botany, v. 16, n. 2, apr./jun., 1962, p. 101-105. Cercas Vivas na região de Fond-des-Nègres, Haiti. *Cadernos de História,* Recife, EDUFPE, 2012, p. 49-60. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosdehistoriaufpe/article/view/110028/21951. Acesso em: 8 maio 2021.

MINTZ, S. W. *Sweetness and power:* the place of sugar in modern history. New York: Viking Penguin, 1985.

PALMEIRA, M. Casa e trabalho: nota sobre as relações sociais na plantation tradicional. *Contraponto,* v. 2, Rio de Janeiro, 1977.

PEQUENO, A. A.; LIMA DA SILVA, L. M.; ALENCASTRO, N. M. A. de. *O serviço social no Hospital Barão de Lucena*. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização em Serviço Social). Recife: UPE, FCAP, 1996.

PERNAMBUCO. *Levantamento socioeconômico das pequenas localidades na Zona da Mata Sul*. Secretaria de Planejamento, Fundação de Desenvolvimento Municipal do Interior de Pernambuco (FIAM). v. I-II. 1987.

PERNAMBUCO. *Termo de referência para uma ação do governo do Estado de Pernambuco na Zona da Mata (Bases de uma nova política, interessando especificamente à economia canavieira)*. Recife, 1987.

ROGERS, T. D. Imaginários paisagísticos em conflito na zona da mata pernambucana. *Cadernos de História da UFPE,* v. 6 n. 6, 2009. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/cadernosdehistoriaufpe/article/view/110049.

ROGERS, T. D. *As feridas mais profundas:* uma história do trabalho e do ambiente do açúcar no Nordeste do Brasil. São Paulo: UNESP, 2017.

SANTOS, R. C. N. "Laboring landscapes" a partir das janelas do trem: diálogos com Thomas Rogers e Arthur Soffiati. *XXIX Simpósio Nacional de História*. Brasília: UNB, 2017.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without weeping:* the violence of everyday life in Brazil. Berkeley: University of California Press, 1992.

SEMPRUN, J. *L'écriture ou la vie*. Paris: Gallimard, 1994.

SIGAUD, L. *Os clandestinos e os direitos:* estudo sobre trabalhadores da cana-de-açúcar de Pernambuco. São Paulo: Duas cidades, 1979.

SIMON, M. S. *As "Matas imensas, glória e coroa de todos os bosques do bundo" e a "Zona-da-Mata":* sociedades, paisagens e recursos florestais na colonização do Nordeste (C. A. 1780-1808). Dissertação (Mestrado em História). Recife: PPGH/UFPE, 2014.

SNYDER, T. *Terras de sangue:* a Europa entre Hitler e Stalin. Rio de Janeiro: Record, 2012.

THAROOR, S. *Britain does owe reparations*. Oxford: Oxford Union Society, 2015.

TROUILLOT, M.-R. *Silencing the past:* power and the production of history. Boston: Beacon Press, 1995.

WALLERSTEIN, I. *The modern world system, capitalist agriculture and the origins of the European world-economy in the sixteenth century*. New York: Academic Press, 1974.

CAPÍTULO IV

Reação de Nonne, sífilis nervosa e paralisia geral progressiva

Métodos de diagnóstico e de tratamento no Brasil e na Alemanha (1900-1919)

Pedro Felipe Muñoz

Giulia Engel Accorsi

Introdução: degeneração, medicina mental e bacteriologia

No século XIX, as cidades industriais passaram por um processo de transformações (reformas urbanas e sanitárias) e de aumento populacional. Velhas estruturas urbanas cediam lugar para modernas construções que atendiam às exigências do capitalismo nascente (BENEVOLO, 1995). Em suas andanças, personagens da literatura como o *flâneur* de Charles Baudelaire (1821-1867) narraram as mudanças urbanas e a degradação social em áreas boêmias e populares: sujeira, jogos de azar, alcoolismo, doenças venéreas, prostituição, criminalidade etc. (COLIN, 2015, p. 69-70; BRESCIANI, 2004). No Brasil, o poeta João do Rio (o *flâneur* tropical) descreveu as ruas do Rio de Janeiro e os modos de vida das classes populares na *Belle Époque* carioca, em habitações coletivas e em favelas (VALLADARES, 2015; RODRIGUES, 2000). Com o objetivo de coibir as transgressões morais e legais, os governos buscaram esquadrinhar as cidades e disciplinar a população, através das polícias urbanas, da iluminação

pública e do saneamento, combatendo e prevenindo doenças. Foi nesse contexto da modernidade, de constituição da *governamentalidade* liberal, que nasceu a medicina social e a biopolítica (FOUCAULT, 2006a, 2008).

A modernidade é caracterizada, também, por um turbilhão de ambivalências e paradoxos (BERMAN, 2007). Diante do alvorecer dos novos tempos, intelectuais como Charles Dickens (1812-1870) registravam tais ambivalências: "era o melhor de todos os tempos, era o pior de todos os tempos, era o século da sagacidade, era o século da estupidez, era época da fé, era a época da incredulidade" (DICKENS *apud* BENEVOLO, 1995, p. 176). Ao mesmo tempo que eram comemoradas e exibidas as maravilhas do capitalismo, havia na cultura ocidental uma sensação de decadência e declínio. As elites conservadoras e reacionárias reagiam ao avanço do nacionalismo popular e às rebeliões das massas operárias. No Brasil, após a década de 1870, acentuava-se a decadência do Império (1822-1889), enquanto surgiam ideias novas: abolicionismo, evolucionismo, republicanismo, entre outros. Nesse contexto, passou a circular na medicina brasileira uma nova teoria proveniente da França, a chamada teoria da degeneração[1] (PICK, 1989; CUNHA, 1990; ENGEL, 2001).

Com o objetivo de encontrar as causas para ambiência de declínio e decadência, Bénédict Augustin Morel (1809-1873) apropriou-se de um conceito da história natural para teorizar, em 1857, as chamadas degenerescências, "desvios" do homem ideal criado por Deus. Para Morel, a corrupção moral e os vícios da vida moderna estariam corrompendo os seus contemporâneos. E, uma vez iniciado o processo de degeneração de um indivíduo, ele seria irreversível. Seu discípulo,

1 Leitores de Francis Galton (1822-1911) e da teoria da evolução do Charles Darwin (1809-1882) passaram a defender novas teorias biológicas contemporâneas ao degeneracionismo: o darwinismo social e a eugenia. Peter Gay (2001) relaciona tais teorias com racismo e o cultivo do ódio que a levou o mundo vitoriano à Grande Guerra. A partir dos anos 1920, a eugenia se fortaleceu no Brasil (STEPAN, 2005).

Valentin Magnan (1835-1916), ressignificou o conceito de degeneração, dando a ele uma certa progressividade. Entendendo que as degenerescências de Morel seriam hereditárias, Magnan defendeu que a prole de um indivíduo degenerado nasceria ainda mais degenerada, iniciando uma cadeia de sucessivo e irreversível declínio. Com o intuito de investigar as causas da degeneração, Magnan investiu, especialmente, no estudo do alcoolismo (COFFIN, 2003).

No início do século XX, a teoria da degeneração passou por uma série de questionamentos. Conceitos associados a ela – como o atavismo lombrosiano e os estigmas – foram criticados por Emil Kraepelin (1856-1926), na Alemanha (HOFF, 2008) –, e, posteriormente, por Juliano Moreira (1873-1933) e Afrânio Peixoto (1876-1947), no Brasil (VENANCIO; CARVALHAL, 2005; FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013). Embora Kraepelin denunciasse o abuso do recurso aos estigmas, a teoria não foi totalmente abandonada por ele. Kraepelin manifestava extrema preocupação com os efeitos do álcool e da sífilis e entendia que esses dois "vícios morais" eram fatores de degeneração por excelência (HOFF, 2008; ENGSTROM, 2007). Kraepelin (1999, p. 177) defendia a prevenção de três "pragas": "a degeneração hereditária,[2] o abuso de álcool e a sífilis".

Além disso, havia uma grande preocupação com as epidemias nas cidades da Europa e do Brasil. Elas provocavam morticínios e ameaçavam o comércio – entre cidades ou mesmo entre países, haja vista a nacionalização e internacionalização da preocupação com a saúde pública no século XIX e, especialmente, no século XX (FOUCAULT, 2006a; HARRISON, 2006; BENCHIMOL, 2016; CUETO, 2015). Ao narrar a história do nascimento da medicina clínica moderna entre os séculos XVIII e XIX, Michel Foucault (2006b) destaca três etapas: a retomada das autópsias, a medicina das epidemias e a

2 Em Munique, Kraepelin delegou a Ernst Rüdin (1874-1952) o estudo das leis de Mendel e das causas hereditárias das doenças nervosas e mentais (psiquiatria genética). Sobre Rüdin, ver Weber (1993).

medicina microscópica. Cunningham (1992), por sua vez, ressalta que o surgimento dos novos paradigmas biomédicos do século XIX modificaram a concepção das doenças, especialmente após o reaparecimento da teoria do contágio animado e da revolução bacteriológica – responsável pela explicação etiológica das doenças através da descoberta da vida microscópica. Assim, o laboratório teve papel fundamental para a teoria dos germes de Robert Koch (1843-1910) e Louis Pasteur (1822-1895).

Enquanto na fase pré-laboratorial a *sede da doença* estava ausente, a fase pós-laboratorial caracteriza-se não só por descobertas etiológicas, como também pela exigência de profissionais especializados, com um olhar treinado para ver no microscópio aquilo que outros não conseguiriam ver (CUNNINGHAM, 1992). Além disso, o laboratório assumiu autoridade de prova, sendo a ele atribuída a função de confirmação dos diagnósticos médicos, isto é, ele passou a dar a palavra final acerca da presença ou ausência de um agente causal de uma determinada doença.

Hobsbawm (2011) chama a atenção para a relação entre a ciência e o imperialismo[3], através da imunologia e da bacteriologia. Segundo o historiador britânico, a imunologia e a sorologia foram impulsionadas pelo teste de sífilis criado por August von Wassermann (1866-1925)[4] em 1906, cujas pesquisas foram fomentadas pelas autoridades alemãs, de modo a fazer frente às pesquisas francesas sobre a sífilis. Desde o século XIX, a medicina científica e as universidades germânicas estavam em franco processo de internacionalização, mediante as conquistas de Robert Koch e Rudolf Virchow (1821-1902).

3 Sobre o nacionalismo e o imperialismo, ver Anderson (2008).

4 Wassermann foi assistente de Robert Koch, no Instituto de Doenças Infecciosas do Hospital Charité, em Berlim. Tornou-se mundialmente conhecido pelo desenvolvimento de métodos biológicos de diagnóstico de doenças. Desempenhou um papel importante na trajetória de Felix Plaut (1877-1940), um dos pioneiros nas pesquisas em neuroimunologia (SHORTER, 2005, p. 194; MUÑOZ, 2018).

Os desdobramentos nervosos da sífilis eram conhecidos, pelo menos, desde o início do século XIX (QUÉTEL, 1992). Contudo, o vínculo etiológico entre a paralisia geral progressiva (PGP) – inicialmente descrita em 1822, pelo alienista francês Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) – e essa doença venérea se estabeleceu de modo consensual apenas no início do século XX. O supracitado teste desenvolvido por Wassermann e seus colaboradores teve papel fundamental neste processo, uma vez que passou a ser usado como elemento de "prova" de que parte significativa dos indivíduos acometidos pela PGP era também vítima da sífilis. Outro evento importante no estabelecimento da etiologia sifilítica da paralisia geral progressiva foi a publicação, em 1913, de pesquisas conduzidas pelos cientistas do Instituto Rockefeller de Nova York, Hideyo Noguchi (1876-1928) e Joseph W. Moore (1879-1957), nas quais fizeram análises *post mortem* no cérebro de paralíticos que haviam falecido. Nessas amostras, a dupla identificou a bactéria transmissora da sífilis, o *Treponema pallidum* (HURN, 1998), transformando a PGP na primeira doença mental reconhecidamente causada por um micro-organismo, ainda que não apenas por ele.

Nas relações científicas teuto-brasileiras, diversas especialidades estavam envolvidas, a exemplo da medicina tropical e da própria medicina mental (SILVA, 2011; MUÑOZ, 2018). Em 1900, com a fundação do Instituto Marítimo de Doenças Tropicais (*Tropeninstitut*[5]), em Hamburgo, e do Instituto Soroterápico do Distrito Federal, no Rio de Janeiro – posteriormente, chamado de Instituto Oswaldo Cruz –, uma intensa rede de intercâmbio se formou nas relações Brasil-Alemanha (SILVA, 2011). No campo da medicina mental, o Hospício Nacional de Alienados, sob a direção de Juliano Moreira, constituiu-se

5 Segundo Silva (2011), o *Tropeninstitut* se dedicava ao treinamento médico, à inspeção da higiene do porto hanseático e às pesquisas sobre as doenças tropicais. Seu diretor, Bernhard Nocht (1857-1945) era discípulo de Robert Koch e especialista em cólera. Sobre as doenças tropicais, ver Worboys (2000).

como outro eixo relevante desse intercâmbio (VENANCIO, 2003; MUÑOZ, 2018). Embora as redes da medicina tropical e da medicina mental tivessem dinâmicas próprias, deve-se ressaltar a existência de conexões entre tais saberes e, no caso do Brasil, entre as instituições especializadas neles. Impulsionada pela bacteriologia, a medicina mental também investiu em diversas pesquisas laboratoriais acerca da sífilis (VIANNA FILHO, 1919), influenza (MOREIRA, 1919), malária (JAUREGG, 1946), doença de Chagas (COLARES MOREIRA, 1925), tifo (STERZ, 1915), entre outras.

Como já documentado pela historiografia, a importância dos laboratórios começou a ser levantada pelo campo psiquiátrico brasileiro a partir do início do século XX (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013). Cabe relembrar que, neste momento, a psiquiatria buscava incluir-se nos debates sobre os rumos e projetos para a nação brasileira, que passava a integrar a república que acabara de surgir. Desses debates, fez parte o discurso do médico Juliano Moreira sobre a importância dos laboratórios nos hospitais, incluindo aqueles que se ocupavam dos pacientes considerados alienados (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013, p. 246).

Em 1903, Moreira tornou-se diretor do Hospital Nacional de Alienados e, como forte adepto dos ideais da psiquiatria germânica, buscou incorporar elementos do modelo empreendido por Kraepelin, em Munique, na formação de médicos especialistas em psiquiatria no Rio de Janeiro (VENANCIO; CARVALHAL, 2005; MUÑOZ, 2018). Além disso, ao longo de seu tempo no referido cargo, Moreira encabeçou uma série de mudanças estruturais na instituição, o que incluiu a instalação de aparatos laboratoriais sofisticados, seguindo o modelo da Clínica de Munique dirigida por Kraepelin[6], onde a investigação das doenças psiquiátricas associava aspectos *clínicos* e *laboratoriais*.

6 Sobre essa instituição, ver: Hippius e outros (2008) e Engstrom (2010).

Em Munique, diversas doenças neurológicas foram investigadas nos laboratórios da clínica universitária dirigida por Kraepelin, mas esse psiquiatra tinha uma preocupação em especial: a luta contra o alcoolismo (ENGSTROM, 2010). Contudo, durante a Primeira Guerra Mundial, Kraepelin passou a investir cada vez mais nas pesquisas acerca da sífilis e da PGP, passando a testar, a partir de 1915, todos os pacientes admitidos na Clínica de Munique com a reação de Wassermann. Em 1919, ele coordenou um grupo de pesquisadores em Munique que realizou "experimentos com humanos", cujo procedimento consistia na injeção de bactérias responsáveis "pela recorrência da febre", na expectativa de que a "bactéria Borrelia estimulasse a resistência do corpo e ajudasse a combater a bactéria Treponema pallidum". Esses cientistas partiam do princípio de que havia "semelhanças entre as bactérias que causam sífilis (Treponema pallidum) e febre recorrente (Borrelia)" (ENGSTROM; CROZIER, 2018, p. 10). Depois da guerra, Kraepelin desenvolveu uma pesquisa em escala global acerca da PGP, contando com a cooperação de médicos europeus e do asilo psiquiátrico de Java – instituição que visitou, em 1904 (ENGSTROM; CROZIER, 2018).

A cidade de Hamburgo foi outro local importante de pesquisas laboratoriais, no âmbito da história da medicina mental alemã, onde investigações sobre a sífilis nervosa foram realizadas. Até 1919, o Hospital Friedrichsberg, instituição dirigida por Wilhelm Weygandt (1870-1939), era um dos dois centros de produção neuropsiquiátrico. Em 1919, com a fundação da Universidade de Hamburgo, Weygandt foi nomeado professor catedrático psiquiatria, tendo Alfons Maria Jakob (1884-1931) e Viktor Kafta (1881-1955) como *Privatdozenten* (instrutores[7]). Em busca de aperfeiçoamento,

7 Jakob trabalhou com Kraepelin em Munique e, depois, como *Prosektor* (preparador de anatomia) no Hospital de Friedrichsberg. Em 1924, Jakob recebeu o título de "professor" em reconhecimento ao seu trabalho em neuropatologia. *Staatsarchiv Hamburg* (StA HH), 361-6, IV 1312.

médicos brasileiros, como Ulysses Vianna Filho (1880-1935), Antonio de Moraes Austregésilo Filho (1904-1954) e Ignácio da Cunha Lopes (1871-1973), passaram pelo Laboratório de Patologia Cerebral de Jakob e pelo Departamento Sorológico-Bacteriológico de Kafka. Em 1928, Jakob visitou o Rio de Janeiro e ministrou um curso sobre seus temas centrais de pesquisa (SILVA, 2011; MUÑOZ, 2018). Na Universidade de Hamburgo, a medicina mental foi dividida entre duas especialidades médicas, a psiquiatria e a neurologia – no caso dessa última, Max Nonne (1861-1959) foi o primeiro professor catedrático. Assim como Weygandt, Nonne montou uma destacada equipe de pesquisadores e coordenou investigações clínicas e laboratoriais que contribuíram com a individualização de doenças. Nonne também foi responsável pelo desenvolvimento de métodos biológicos para o diagnóstico da sífilis, as chamadas quatro reações de Nonne.

Em diálogo com a história intelectual transnacional (CHARLE; SCHRIEWER; WAGNER, 2004), vamos discutir neste capítulo um dos casos relevantes das relações médicas Brasil-Alemanha, no âmbito da medicina mental: a circulação do trabalho científico de Max Nonne no Brasil, em especial, a história da aplicação das reações de Nonne, como um capítulo importante da história da sífilis e de suas formas nervosas, como a paralisia geral progressiva, nos dois lados do Atlântico. Nosso recorte cronológico se centra nas primeiras duas décadas do século XX, tendo em vista que na década 1900 foram realizados diversos investimentos tanto no desenvolvimento de técnicas laboratoriais e métodos biológicos para medicina mental, como no intercâmbio teuto-brasileiro nesse campo científico. Nosso capítulo enfoca a circulação de Nonne no Brasil, antes de sua viagem ao país em 1922. Ao excluir a década de 1920, deixamos para trabalhos futuros o estudo histórico da psiquiatria genética e da eugenia no Brasil[8], em sua interface com a sífilis.

8 Sobre a história da psiquiatria genética e sua relação com a eugenia no Brasil, ver Muñoz (2018).

Max Nonne e os estudos neurológicos sobre a sífilis

Natural de Hamburgo, Max Nonne iniciou seus estudos médicos em Heidelberg, no ano de 1879. Antes de concluir o curso, estudou psiquiatria e neurologia em Berlim com o famoso psiquiatra Carl Westphal (1883-1890) – ex-assistente de Wilhelm Griesinger (1817-1868)[9], responsável por reformar a psiquiatria alemã (NONNE, 1971, p. 25, p. 46-49; WULF, 1999, p. 333-335). No verão de 1883, Nonne voltou para Heidelberg, onde tomou contato, pela primeira vez, com os cursos de Wilhelm Erb (1840-1921) – professor da cadeira de medicina interna que desenvolvia estudos neuropatológicos e defendia a neurologia como especialidade autônoma da medicina. Seguindo a agenda proposta por Erb, Nonne investiu em um programa científico de interdependência entre os achados anatômicos e a observação de sintomas clínicos, o que sua geração chamou de "neurologia orgânica"[10] e enxergava como uma ciência da natureza, intimamente ligada à medicina interna (PETTE, 1960, p. 240-242). Para Nonne, as palestras de Erb foram decisivas para sua escolha de se tornar um neurologista:

> Erb nos ensinou o método clínico sólido e prático, ou seja, registrar a anamnese e examiná-la cuidadosamente. [...] Naquela época, a neurologia ainda era um território novo, depois que os primeiros sulcos haviam sido estabelecidos por Friedrich em Heidelberg, Carl Westphal em Berlim, Meynert

9 Em 1866, Griesinger fundou a clínica de neurologia da Universidade de Berlim e lançou a máxima de que as *doenças mentais são doenças cerebrais* (ACKERKNECHT, 1965). Propôs também uma reforma na psiquiatria alemã, responsável pela introdução de hospitais psiquiátricos urbanos (ENGSTROM, 2003).

10 A partir do programa de pesquisas psiquiátricas de Emil Kraepelin, Muñoz (2018) busca não reduzir a psiquiatria alemã ao organicismo, chamando atenção também para as diferentes facetas de Kraepelin e de seu investimento na psicologia experimental de Wilhelm Wundt (1832-1920). Por detrás do conceito de organicismo, existem diferentes níveis de determinismo biológico. Sobre Wundt, ver Araújo (2007).

> em Viena, Charcot em Paris, Gowers em Londres. [...] O estudo mais profundo de *Tabes dorsalis*, descrito pela primeira vez por Duchenne cerca de 20 anos atrás, sua relação com a *sífilis*, as relações dos órgãos internos com o sistema nervoso central e suas doenças, as várias formas de *paralisia* periférica causadas por vários venenos, a importância da *hereditariedade* para várias formas de doenças nervosas orgânicas, estes eram áreas cuja investigação valeu o suor dos nobres e nas quais Erb, junto com seus alunos e seus amigos Friedrich Schultze, Strümpell, Brenner e Möbius, marchou no topo e já havia feito a maior parte do trabalho. Naquela época, desenvolvi um grande interesse em neurologia [...] (NONNE, 1971, p. 50).

Entre 1887 e 1889, Nonne retornou a Hamburgo, sua terra natal. Depois de trabalhar no hospital geral Eppendorf como médico especialista em neurologia, tornou-se médico secundário (*Sekundärarzt*) do hospital St. Georg. Durante três anos e meio, observou 3.600 casos de sífilis. Essa experiência foi significativa, pois, a partir dela, Nonne tornou-se um dos grandes especialistas do mundo no estudo clínico e laboratorial da sífilis e de suas formas nervosas. Antes disso, Nonne atuou como médico-chefe da seção de medicina interna do Hospital da Cruz Vermelha em Hamburgo e, em 1896, tornou-se médico-chefe da seção neurológica do Hospital Eppendorf – que, no período entreguerras, foi elevada à condição de clínica neurológica da Universidade de Hamburgo (WULF, 1999, p. 333-334; SCHALTENBRAND, 1959, p. 1). Sobre a experiência com a investigação da sífilis no hospital St. Georg, Nonne registrou em sua autobiografia:

> Eu era particularmente adequado para isso, pois fui introduzido por Erb à grande questão da relação da sífilis com o cérebro e a medula espinhal. [...] Porque mais tarde fui capaz de estudar sífilis com Engel-Reimers em um material incomumente grande, sob o controle de um especialista em sífilis com inabitual experiência. A reação de Wassermann acabara de surgir e o exame do líquido cefalorraquidiano mal havia

> começado. Então, foi uma tarefa grata trabalhar nesse campo, que de forma alguma havia sido decomposto (NONNE, 1971, p. 117-118).

O historiador Edward Shorter resumiu a história do diagnóstico e do tratamento da sífilis incluindo tanto a criação de August Wassermann (1866-1925), em 1905, de um teste para sífilis, quanto o relatório de Hideyo Noguchi e Joseph W. Moore de 1913, no qual ambos identificaram o "T. pallidum em 12" de "70 cérebros paréticos" (SHORTER, 2005, p. 193-194). Wassermann publicou dois artigos no *Deutsche Medizinische Wochenschrift* acerca do teste diagnóstico responsável por detectar a sífilis no líquor (ou líquido cefalorraquidiano). O segundo deles, em coautoria de Felix Plaut (1877-1940), médico assistente de Kraepelin em Munique, foi bastante significativo, pois muitos pacientes com paralisia geral tiveram resultado positivo. De acordo com Shorter (2005, p. 193-194), os resultados de Noguchi foram confirmados por Joseph W. Moore, cujas investigações também "sugeria[m] fortemente que a paralisia geral dos insanos era uma forma de sífilis tardia". Shorter também citou a descrição da malarioterapia como tratamento para a paralisia geral por Julius Wagner von Jauregg, em 1917.

Chama a atenção a ausência do nome de Nonne. É impossível negar a relevância de suas pesquisas laboratoriais em Hamburgo para os estudos da sífilis. Sobre sua própria contribuição, Nonne destaca igualmente o papel de seus discípulos no hospital Eppendorf:

> Pude encontrar uma reação fácil de executar no líquido cefalorraquidiano e investigar sistematicamente sua importância para o diagnóstico, prognóstico e terapia de distúrbios nervosos orgânicos, especialmente distúrbios nervosos simpáticos. Este trabalho, feito por mim e por vários de meus alunos, espalhou o nome da Clínica Neurológica do Eppendorf amplamente e, por mais de 20 anos, minha clínica tem sido um ponto focal para doentes com neurolues de todo o

> mundo. Meu "Livro de Visitas" no Eppendorf atesta o fato de que de todos os países europeus – faltam apenas franceses –, da América do Norte e do Sul, do Japão, China, Índia, África vieram não só doentes, mas também colegas de todas essas partes do mundo para me visitar pessoalmente, alguns dos quais ficaram semanas, até meses, para ver e aprender (NONNE, 1971, p. 117-118).

O depoimento de Nonne mostra-nos que o departamento de neurologia do hospital Eppendorf havia se tornado um local de referência não somente no estudo da neurologia clínica, mas também no desenvolvimento de métodos biológicos que apoiavam a demarcação de diagnósticos de doenças variadas, incluindo as diferentes formas de sífilis nervosa[11]. Assim, vemos que os trabalhos clínicos e laboratoriais sobre a sífilis no Eppendorf tornaram Nonne uma referência internacional, capaz de atrair médicos do mundo todo – inclusive do Brasil, como Antônio Austregésilo Filho, que ali estivera no período entreguerras. Foi nessa condição, inclusive, que Nonne foi convidado a dar um ciclo de palestras na América Latina, em 1922, passando por Argentina, Brasil, Chile e Uruguai. Além da sífilis e dos métodos biológicos de análise do líquor, Nonne discorreu sobre diversas doenças neurológicas, assim como sobre a chamada neurose de guerra (MUÑOZ, 2018) – haja vista que foi um dos protagonistas do debate acerca dos traumas e das histerias dos combatentes da Grande Guerra (LERNER, 2003). Para compreender melhor a importância de Nonne na América Latina – e, em particular, no Brasil –, vamos agora analisar a história do seu trabalho laboratorial no Hospital Eppendorf.

11 Além da paralisia geral progressiva, eram reconhecidas como formas de sífilis do sistema nervoso outras duas doenças neuropsiquiátricas: a sífilis cerebral e a tabes dorsalis.

Diagnosticando a sífilis no laboratório: as quatro reações de Nonne e os métodos biológicos de análise do líquor

A sífilis era uma doença antiga que passou por reformulações no século XIX através, entre outras coisas, da teoria da degeneração de Bénédict Augustin Morel e Valentin Magnan (COFFIN, 2003; ENGSTROM, 2007) e que ganhou ainda novos entendimentos no século XX, com o desenvolvimento de abordagens laboratoriais, como o exame citológico desenvolvido em 1901 por Fernand Widal (1862-1929), Jean Athanse Sicard (1872-1929) e Paul Ravaut (1872-1934). Segundo Carrara e Carvalho, os resultados dessas pesquisas laboratoriais da sífilis trouxeram bases organicistas para a psiquiatria e ajudaram a explicar a etiologia da paralisia geral progressiva (CARRARA; CARVALHO, 2010).

Como vimos, no âmbito da história da neurologia, Nonne foi um dos nomes importantes da história da sífilis e de suas formas nervosas. Porém, Nonne não trabalhava sozinho. A produção da ciência médica é sempre um trabalho coletivo, sob a coordenação do médico-chefe ou do professor titular. Para Latour, o trabalho científico é feito em parceria e por meio da circulação de dados e conhecimento em redes (LATOUR, 2000, p. 396). Antes mesmo de se tornar professor titular em 1919, Nonne já havia constituído uma escola de neurologia no Hospital Eppendorf – *"Eppendorfer Neurologische Schule"* em suas próprias palavras – o que atraiu muitos jovens médicos e cientistas seniores de todo o mundo (NONNE, 1971, p. 123). Depois de terminar a primeira edição de seu livro *Sífilis e o sistema nervoso* em 1902, soube das contribuições de seu assistente:

> Meu nome ficou particularmente conhecido quando encontrei, junto com meu primeiro assistente, Dr. Apelt, e o químico do hospital Eppendorf, Dr. Schumm, aquela reação proteica no líquido cefalorraquidiano [...]. Há vários anos, venho trabalhando, junto com vários de meus alunos, na elaboração

> do significado clínico e na utilização diagnóstica diferencial dessa reação em uma grande série de estudos (NONNE, 1971, p. 125-126).

Na citação acima, Nonne se refere ao *Nonne-Apelt-Schumm Reaktion* (reação de Nonne-Apelt) para o diagnóstico da sífilis nervosa, cuja fase I foi o primeiro passo do desenvolvimento do internacionalmente conhecido conjunto de testes laboratoriais denominados de "as quatro reações de Nonne". Segundo Blöttcher e Hippius, "as quatro reações de Nonne" envolvem uma "fase I – reação, contagem de células, reação de Wassermann no sangue e reação de Wassermann no líquor" (BÖTTCHER; HIPPIUS, 1959, p. 1557-1559). Originalmente um teste sorológico, a reação de Wasserman aplicada ao líquor para o diagnóstico de sífilis "foi uma modificação do teste de fixação do complemento descrito anteriormente por Jules Bordet (1870-1961)" (OLUKOGA; BOLODEOKU; DONALDSON, 1997, p. 189).

Nonne e seus assistentes desenvolveram um "teste químico e citológico" para verificar a presença e a quantidade de proteínas no soro sanguíneo (globulina e albumina) no líquor (fase I). A linfocitose também foi verificada pela fase II (NONNE; APELT, 1907, p. 433-437 e 444). No entanto, para o colega de Nonne do Hospital Psiquiátrico de Hamburgo Friedrichsberg, Viktor Kafta, a fase II da Reação de Nonne-Apelt "não tem importância prática, porque é sempre positiva" (KAFKA, 1927, p. 25).

Nonne e Apelt explicam seu método em detalhes:

> [...] nossa fração de proteína, conhecida como "fase I", inclui apenas uma reação de proteína. É denominado positivo (na globulina?) quando ocorre opalescência ou turbidez 3 minutos após a mistura de solução salina e líquido cefalorraquidiano. [...] Tampouco usamos os achados positivos da fase I para a suposição de globulina quando numerosos leucócitos apareceram no líquido cefalorraquidiano. No que diz respeito à nomenclatura, nos contentamos com os termos "fase I"

> para a amostra de sulfato de amônio e "fase II" para a amostra de cozimento, portanto, essencialmente seguindo [Walter] Cimbal com uma modificação do nome (NONNE; APELT, 1907, p. 438-439).

O líquor é um fluído aquoso e incolor, responsável pela "proteção mecânica do sistema nervoso central" e que pode ser extraído por uma punção lombar. Ele é produzido pelos ventrículos laterais que circulam do sistema nervoso central – através dos 3º e 4º ventrículos e do espaço subaracnóideo (meninges) – até a medula espinhal (MACHADO, 2007, p. 82-84). A observação de alteração na cor do licor – para amarelo, por exemplo (xantocromia) – ou a presença de algumas células e/ou proteínas neste fluido (albumina, citotoxinas ou células do sistema imunológico) explicam a etiologia patogênica e subsidiam o diagnóstico clínico diferencial. A reação de Nonne-Apelt foi um dos muitos testes de laboratório inovadores desenvolvidos após a revolução bacteriológica – com os postulados de Louis Pasteur e Robert Koch – que foram aplicados para o líquor e para análise sorológica, de modo a apoiar os diagnósticos de doenças nervosas e mentais. Medindo o aumento da globulina sem linfocitose, por exemplo, Nonne "descreveu seis casos de tumor da medula espinhal" (OLUKOGA; BOLODEOKU; DONALDSON, 1997, p. 188-189). Até hoje, o teste de Nonne-Apelt é usado para os diagnósticos de meningite e esclerose múltipla, por exemplo (GRESSNER; ARNDT, 2019, p. 1759).

Em 1909, Nonne publicou a segunda edição do seu livro "Sífilis e o Sistema Nervoso", no qual explica as inovações nos métodos de diagnóstico da sífilis: "hoje já não é possível falar e escrever sobre a sífilis [...] sem lidar com a teoria da 'inibição da hemólise' ou, como também se chama, 'fixação do complemento', que recentemente se tornou o principal interesse" de diversos estudos da época (NONNE, 1909, p. 631).

A neuroimunologia – uma dentre as importantes ciências afins ao diagnóstico e à etiologia das doenças nervosas e mentais (HIPPIUS; PETERS; PLOOG, 1987) – teve de investir esforços laboratoriais no estudo do chamado "complemento" a que Nonne se refere, através do problema da infecção e da resistência ao adoecimento. Para entender tal questão, é necessário analisar a interação entre o agente estranho (patógeno), o anticorpo (amboceptor) e o complemento (alexina). A reação entre eles pode ser investigada pelo teste de fixação do complemento, exatamente como funciona o teste sorológico da sífilis na determinação das variações *in vitro*. O complemento ou alexina é uma "substância de natureza desconhecida, presente no soro sanguíneo" e que "participa de certas reações imunológicas" (CADHAM, 1926, p. 352-353).

Após a reação de Nonne-Apelt, muitos testes laboratoriais no sangue ou líquor foram desenvolvidos, entre eles as reações de Pandy, Weichbrodt, Takata-Ara e Weil-Kafka. A análise do líquor desempenhou um papel central não só para o diagnóstico diferencial clínico das doenças mentais e nervosas, mas também para dar base biológica à investigação médica de velhas e conhecidas patologias. Através dos testes bioquímicos, imunológicos e citológicos, os neurologistas da geração de Nonne puderam individualizar tumores, sífilis, meningite, hemorragia, bem como dar suporte à análise clínica e anatomopatológica de doenças como o Alzheimer, a demência precoce (hoje, esquizofrenia), a arteriosclerose múltipla, a psicose de Basedow, a paralisia geral progressiva etc. (OLUKOGA; BOLODEOKU; DONALDSON, 1997). Tomaremos como exemplo, agora, o caso da paralisia geral progressiva no Brasil.

As reações de Nonne aplicadas à paralisia geral progressiva no Brasil

A paralisia geral progressiva (PGP) caracterizou-se como um profícuo modelo de estudo das interações entre os sintomas clínicos

e laboratoriais nas doenças mentais, mesmo quando sua etiologia exclusivamente sifilítica ainda não era consensual. As já mencionadas quatro reações desenvolvidas por Max Nonne eram bastante utilizadas nas investigações sobre a enfermidade e seus resultados eram acionados a partir de duas principais finalidades. Elas poderiam auxiliar, potencialmente, o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre a PGP e outras moléstias psíquicas, principalmente aquelas que não possuíam fundo sifilítico (LACERDA, 1912; MACIEL, 1911). E, sobretudo a partir de 1913, quando a sífilis passara a ser vista como causa quase que exclusiva da PGP, as análises laboratoriais eram frequentemente referenciadas como evidências que embasavam tal ideia.

Já em 1909, o médico Artur Moses (1886-1967) defendia que a reação de Wassermann era capaz de evidenciar a presença da sífilis mesmo na ausência de manifestações clínicas. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Moses desenvolveu seus estudos no Instituto de Manguinhos, mas utilizou amostras colhidas no Hospital Nacional de Alienados. No final da publicação, agradeceu inclusive a médicos como Juliano Moreira e Antonio Austregésilo (1876-1960), os quais, segundo ele, "tudo nos facilitaram para a consecução deste trabalho" (MOSES, 1909, p. 40). No artigo, Moses trabalhou com 42 casos de paralisia geral progressiva, quatro de *tabes dorsalis*, 21 de moléstias nervosas e mentais diversas (demência precoce, esclerose cerebral, epilepsia, histeria, siringomielia, esclerose em placas, moléstia de Parkinson e psicose maníaco-depressiva) e 9 casos em que o líquor havia sido retirado com fins terapêuticos.[12] Sobre os resultados da reação de Wassermann, afirmou que só considerou positivos os casos em que houve "total impedimento da hemólise", e negativos aqueles nos quais estava

12 Destacamos ainda que a punção lombar, incialmente, foi desenvolvida com fins terapêuticos e, somente, depois passou a ser objeto de investimento diagnóstico (FREDERIKS; KOEHLER, 1997).

"diminuída a ação hemolítica" – o que alguns autores alemães denominavam de "fracamente positivos" (*schwachpositiv*). E apresentou suas conclusões:

> Pudemos registrar resultado positivo em 37 casos de demência paralítica e 4 de tabes; enquanto que entre as outras observações só em dois casos de demência precoce verificamos hemólise incompleta. Registramos esses casos como "fracamente positivos" e consideramos negativa a reação biológica (MOSES, 1909, p. 40).

O texto de Moses circulou Brasil afora, tendo repercussão, por exemplo, na *Gazeta Clínica*, periódico publicado em São Paulo (NEVES, 2008, p. 260). Em seu estudo, Moses mostra, de modo claro, que as conclusões de alguns médicos sobre a ocorrência da sífilis, em certos pacientes, estavam em geral ligadas a uma capacidade interpretativa dos resultados da reação de Wassermann. Contudo, tais parâmetros eram, para ele, claros e objetivos, não colocando em xeque a capacidade do teste de fornecer "indicações positivas [de uma infecção sifilítica] na ausência de qualquer manifestação clínica" (MOSES, 1909, p. 32).

Quando se tratava de diferenciar os tipos de sífilis nervosa entre si, todavia, a questão se tornava mais complicada, como fica claro na resenha publicada em 1912, por Odilon Vieira Gallotti (1888-1959)[13]. O texto dedicava-se a comentar o trabalho de Max Nonne *"Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankenheiten"* ("Estado atual da doutrina sobre a importância das quatro reações para o diagnóstico e o diagnóstico diferencial das afecções nervosas

13 Odilon Vieira Gallotti doutorou-se na FMRJ, em 1914. Em 1920, tornou-se assistente do Hospital Nacional de Alienados e, em 1945, seu diretor. Foi professor da Cadeira de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e catedrático na Escola de Enfermeiros do HNA. Tornou-se Membro Titular da Academia Nacional de Medicina, em 1931 (SILVA, 2019).

orgânicas"), e foi publicado nos *Archivos brasileiros de neurologia, psychiatria e medicina legal*. As quatro reações a que Nonne se referia "para o diagnóstico das afecções orgânicas nervosas de origem luética" eram, como já mencionado, a reação de Wassermann no sangue e no líquor, a contagem de determinadas células do sistema imunológico (linfocitose) e a taxa de proteínas específicas no LCR (reação da fase I).

De acordo com as ideias de Nonne, interpretadas por Gallotti, o resultado positivo da reação de Wassermann no sangue seria comum; contudo, não exclusivo da sífilis, podendo apresentar-se como tal em doentes portadores de malária, escarlatina, lepra, bouba, entre outras enfermidades. Segundo Gallotti (1912), Nonne defendia que, do mesmo modo que o resultado positivo do teste de Wassermann no sangue não servia para afirmar a existência de uma doença nervosa orgânica de origem sifilítica, sua negatividade não deveria descartá-la. Dessa maneira, em casos de suspeição de paralisia geral progressiva – cujo resultado da reação de Wassermann no sangue era positivo em "quase" 100% dos casos – Nonne defendia que, ainda que se obtivesse um resultado negativo, a suspeita de PGP não deveria ser excluída (GALLOTTI, 1912).

A verificação de um número grande de determinadas células de defesa (linfocitose) seria, segundo Nonne, muito útil na diferenciação entre as doenças nervosas de fundo orgânico (nas quais estavam envolvidas lesões teciduais, como as sifilíticas) e aquelas ditas funcionais (nas quais se acreditava não haver lesão material). Todavia, Nonne também assumia que a ausência da linfocitose não deveria ser enxergada como evidência cabal da inexistência de um quadro de sífilis nervosa. Ainda que raros, tais casos existiam. Por fim, o médico alemão reconhecia que a linfocitose não seria útil como método de diagnóstico diferencial para as enfermidades nervosas de origem sifilítica, ou seja, para diferenciar os casos de *tabes dorsalis*, paralisia geral progressiva e sífilis cerebral entre si (GALLOTTI, 1912).

A reação de Wassermann conduzida no líquor dos pacientes acusava resultados positivos em torno de 90% dos paralíticos e de doentes acometidos pela sífilis cerebral, e apenas em 5-10% dos portadores de *tabes dorsalis* (quando não associada à PGP). A partir destas constatações, Nonne desenvolveu uma nova metodologia que, segundo Gallotti (1912), auxiliaria no diagnóstico dessas doenças:

> Acreditou-se que na tabes e na sífilis cérebro-medular existiam, de fato, anticorpos da lues no líquido cefalorraquidiano, mas em proporções tão exíguas que só se podiam revelar com uma maior quantidade de líquido. Nonne começou então a empregar em lugar dos 0,2 cc [centímetros cúbicos] do método original 0, 3 e 0, 4-1, 0 cc de líquido [cefalorraquidiano]. Com esta modificação já a tabes e a sífilis cérebro-medular apresentam r. Wassermann positiva em quase 100% dos casos (GALLOTTI, 1912, p. 181-182).

O aumento da quantidade de antígenos na reação orientou muitas das propostas de modificações no protocolo criado por Wassermann. Com isso, diferentes cientistas acreditavam que se otimizaria a capacidade da reação de detectar a presença da sífilis, aumentando sua sensibilidade e diminuindo a quantidade de falsos negativos. Por outro lado, tal iniciativa diminuía a especificidade da reação. Ou seja, aumentava a possibilidade de se obter resultados falso-positivos. A escolha por um protocolo similar ao desenvolvido por Nonne, com maior sensibilidade e menor especificidade, também foi feita por estudiosos que atuavam no Rio de Janeiro. Assim, o que pode ser lido como uma iniciativa para evitar que casos de sífilis não fossem identificados, também pode, por outro lado, ser interpretado como uma despreocupação com o fato de que não sifilíticos seriam considerados portadores da doença e, mais, de suas formas nervosas.

Ainda segundo Gallotti (1912), Nonne acentuava em seu texto que a condução da reação de Wassermann no líquor auxiliaria muito

a dirimir as dúvidas sobre o diagnóstico diferencial entre as doenças mentais de origem sifilítica e as ditas "funcionais". Já as incertezas a respeito da diferenciação das três formas de sífilis nervosa entre si só poderiam ser sanadas se as quatro reações fossem empregadas de modo combinado. Ao finalizar seu texto, o médico brasileiro mostrou-se afinado às colocações de Nonne sobre a necessidade de se contrapor as provas laboratoriais às clínicas; e concluindo, dos escritos do cientista germânico, que:

> A natureza, porém, não faz esquemas; somente o homem é que os faz, a fim de facilitar uma vista geral e assim prestar serviços mais apropriados. A clínica continua a ser nosso guia, a nossa mestra; todavia, quando esta [sic] se recusar, poderão os novos métodos trazer poderoso auxílio (GALLOTTI, 1912, p. 183-184).

Mesmo depois do advento dos testes, ainda havia dificuldade em aferir o peso que deveria ser dado à clínica e ao laboratório, especialmente quando se tratava de diferenciar a paralisia geral de outras formas de sífilis nervosa. Ao lado da demência e da psicose, a PGP esteve entre os diagnósticos mais discutidos na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML) no período de 1908 a 1930 (CERQUEIRA, 2014, p. 121). Na sessão de 4 de junho de 1914, por exemplo, Ulysses Vianna apresentou um caso de suspeita de paralisia geral em dois pacientes "velhos dementes. Um deles, preto puro, com diagnóstico de alcoolismo", tendo problemas na fala e um leve delírio de grandeza (SBNPML, 1914, p. 252). Vianna afirmou ter considerado diagnosticar ambos como paralíticos, mas como a reação de Wassermann e a linfocitose foram negativas, não o fez. Outros dois médicos, entre os quais Juliano Moreira, contra-argumentaram, afirmando a existência de casos em que o quadro clínico indicava um diagnóstico de PGP, mas as reações laboratoriais eram negativas, o que não impedira que o caso tratado pelo colega fosse mesmo de paralisia geral (SBNPML, 1914, p. 252).

Em sessão do mesmo mês, Vianna apresentou outro caso de paralisia geral, o de um paciente diagnosticado sifilítico 20 anos antes. O indivíduo também apresentava problemas na fala, e o resultado da reação de Wassermann fora positivo para o líquor. Contudo, Vianna pontuou que "o estado demencial [do indivíduo] era pouco acentuado" (SBNPML, 1914, p. 250-251). Antônio Austregésilo e Faustino Esposel (1888-1931) diziam concordar com o diagnóstico de PGP, uma vez que tanto as provas de laboratório como os exames psiquiátricos faziam sustentar a conclusão de Vianna. Depois de muitas discussões, Juliano Moreira pediu que se lessem por fim as observações *clínicas* do doente e concluiu que as mesmas evidenciavam um caso de paralisia geral. Antes do término da mesma sessão, outra suspeita de PGP fora discutida, mas dessa vez, a conclusão à qual chegaram os médicos pareceu dispensar evidências clínicas, priorizando as laboratoriais: "Os sinais clínicos são de demência paranoide, entretanto, todas as reações de Nonne foram positivas" (SBNPML, 1914, p. 252).

As passagens apresentadas nos mostram discursos que se *alternavam* – Ulysses Vianna, por exemplo, parecia dar primeiro mais peso às evidências laboratoriais quando, por conta delas, tendia a excluir o diagnóstico de PGP. Todavia, no segundo caso apresentado, ele ficou reticente em identificar um doente como paralítico, considerando que um dos sintomas clínicos apresentados por ele, o delírio de grandeza, não era suficientemente pronunciado, como de costume se verificava nos casos da referida doença.

A importância dada aos métodos desenvolvidos por Nonne e seus colaboradores segue em trabalhos produzidos por outros médicos do período. Parte deles defendia que, para efeitos de diagnóstico diferencial da paralisia geral progressiva seria melhor que a linfocitose fosse constatada junto a outros indícios, como a reação da fase I de Nonne:

> Nossas observações nesse sentido são meticulosas e chegamos à conclusão de que há na maioria das vezes uma correlação

> entre o aumento da albumina e a hiper linfocitose. Embora os que estudam a questão, sejam unânimes em afirmar a existência de hiper linfocitose como um sintoma precoce, afirmamos, apoiados em inúmeras observações e já escudados em opiniões autorizadas, que mais precoce ainda é a hiper albuminose (VIANNA, 1915, p. 38-39).

Apesar de afirmarem que as quatro reações propostas por Max Nonne auxiliavam em muito o diagnóstico diferencial da PGP, Marques Vianna e outros médicos reconheciam as limitações do método do citodiagnóstico, preconizado por Widal, Sicard e Ravaut. Segundo eles, a presença da linfocitose era um sinal de inflamação das meninges, sintoma típico das variedades de sífilis nervosa. Assim, não era possível distinguir as diferentes doenças entre si a partir do referido sinal (ANDRADA, 1911; MELLO SOBRINHO, 1912; VIANNA, 1915). Além disso, havia ainda controvérsias sobre o período no qual era possível detectar o aumento anômalo do número de linfócitos no líquor de doentes suspeitos de sífilis nervosa. Por fim, a ausência deste sinal em nada contribuía para se excluir um quadro de PGP. É interessante perceber que o diagnóstico diferencial a partir das análises laboratoriais era possível até certo ponto, e que, a partir daí, psiquiatras voltavam a recorrer aos sintomas *clínicos* das formas de sífilis do sistema nervoso a serem diferenciadas.

Sobre as reações de Wassermann (no sangue e no líquor), Marques Vianna explicava os eventuais resultados negativos em doentes que exibiam as manifestações clínicas da paralisia geral, não pelas potenciais limitações inerentes ao método, mas pela hipótese de que o próprio processo patológico desencadeado pelo microrganismo sifilítico impedia que os resultados dos testes fossem positivos. Assim, para ele, seria uma questão de tempo até que a reação de Wassermann acusasse positiva em pacientes com diagnóstico *clínico* claro de paralisia geral e, mesmo nos casos em que o teste em questão era, inicialmente, negativo, a reação de fase I

(que quantificava um tipo especial de proteína) seria sempre positiva (VIANNA, 1915, p. 119).

Nota-se que a forte crença dos homens de ciência na especificidade da reação de Wassermann apontada por Löwy (1993) também ocorria entre os que atuaram no Rio de Janeiro. Segundo a autora, diversos cientistas enxergavam os resultados negativos dos testes não como evidência da ausência de uma infecção sifilítica, mas como um resultado duvidoso, derivado da baixa sensibilidade atribuída à reação. Por sua vez, médicos como Marques Vianna responsabilizavam a natureza ainda pouco conhecida dos processos patológicos provocados pela invasão do *Treponema pallidum* no tecido cerebral pelos resultados negativos, e não as limitações da reação de Wassermann em si.

Em 1916, Moses analisou novamente a reação de Nonne, a dosagem da reação de Wasserman e a reação de Weil-Kafka. Três aspectos principais de seu texto são: as interpretações erradas dos resultados positivos da reação de Wassermann, o uso correto dos testes e a combinação do teste. O estudo de Moses reflete a centralidade das referências científicas da Alemanha, ou seja, 20 das 21 referências são artigos em alemão publicados em periódicos alemães (MOSES, 1916, p. 50-65).

No Hospital Nacional de Alienados, as reações de Nonne e Wassermann eram protocolo-padrão para a análise laboratorial da sífilis (VIANNA FILHO; MOSES, 1919). Entre 1918 e 1924 o número dessas análises conduzidas nos laboratórios do Hospital Nacional de Alienados aumentou de modo expressivo (ACCORSI, 2020, p. 265). O incremento de seu uso evidenciava, entre outras coisas, a viabilidade da incorporação de técnicas laboratoriais à prática neuropsiquiátrica, demonstrando que tal especialidade e suas instituições também eram capazes não somente de se apropriarem de referenciais mais objetivos para estabelecer seus diagnósticos, mas de produzir e subsidiar estudos nesse sentido. Ulysses Vianna reiterava tal assertiva,

exaltando os serviços prestados pelo Laboratório Anatomopatológico em termos de pesquisa, e buscava evidenciar que o Brasil integrava o grupo de nações capazes de se apropriarem e replicarem resultados obtidos por especialistas estrangeiros e, portanto, tomar parte nos debates sobre a etiologia da paralisia geral, por exemplo (VIANNA FILHO, 1919). No discurso dos médicos, transparece a proeminência do laboratório do HNA nesta tomada de posição, o que legitimava os investimentos feitos na construção e manutenção desse espaço dentro da Assistência a Alienados.

O Tratamento contra a Sífilis: o Salvarsan e outros métodos

Na história da terapêutica da sífilis, foram utilizados diferentes tratamentos contra o treponema, entre eles o mercúrio, o iodol (associado ao bismuto e ao quinino), a arsfenamina, a malarioterapia e compostos de arsênico, como salvarsan e o neosalvarsan. O Salvarsan (ou 606) e o neosalvarsan (ou 914) foram desenvolvidos por Paul Ehrlich em 1909 e 1912, respectivamente. Após um otimismo inicial, ambos os medicamentos alemães falharam pelos efeitos colaterais e por sua eficácia duvidosa em alguns casos, assim como os medicamentos alternativos franceses sulfarsenol e acertasol (ACCORSI, 2015, p. 49-50).

Max Nonne foi um dos primeiros cientistas a investigar o superestimado valor do salvarsan, posicionando-se contra o referido tratamento, quando a infecção estava no segundo estágio. Nonne acreditava que, neste estágio, o salvarsan "leva[va] as espiroquetas para o sistema nervoso central"; e, também, se opôs à "terapia salvarsan intraespinhal" (PETTE, 1959, p. 241). No Brasil, a opinião de Nonne se popularizou. De acordo com o farmacêutico Orlando Rangel, "para Max Nonne, o Salvarsan é um medicamento poderoso" que pode "se tornar uma arma de dois gumes para o sistema nervoso", se "não for devidamente aplicado nos períodos primário e secundário" (RANGEL, 1926, p. 09).

Apesar dos efeitos colaterais e das recomendações médicas dos dois lados do Atlântico, o salvarsan continuou sendo um exemplo dos interesses da indústria farmacológica alemã na América Latina. Produto da Bayer AG, o salvarsan foi amplamente comercializado no Brasil durante o período entreguerras. Em um relatório da empresa da década de 1920, o "Solusalvarsan" foi descrito como um "produto conhecido" com "preparação puramente comercial"[14]. Sua propaganda esteve muito presente nas revistas médicas brasileiras durante o período entreguerras – como a veiculada em 1936, em virtude dos 25 anos da criação desse fármaco[15]. A estratégia de vendas da "Chimica Bayer", subsidiária brasileira da Bayer AG, criada durante a reorganização da empresa em 1921[16], estava voltada para publicidade e propaganda para o médico, e não para o público leigo. O caso Bayer foi paradigmático em relação à associação de cientistas alemães e brasileiros com a política cultural exterior da Alemanha após a Grande Guerra (MUÑOZ, 2018; ROLIM; SÁ, 2013, p. 167-169; SÁ *et al.*, 2009, p. 247-261).

Contudo, apesar do salvarsan e do neosalvarsan terem sido potentes auxiliares no tratamento das formas iniciais de sífilis, assim como Nonne, psiquiatras brasileiros não acreditavam em sua ação benéfica em casos de neurossífilis (ACCORSI, 2015). Segundo os médicos paulistas Franco da Rocha e Pacheco e Silva, por exemplo, a evolução da paralisia geral progressiva era "irremediavelmente condenatória" (ROCHA; SILVA, 1924, p. 1). Desde o final do século XIX, psiquiatras buscavam desenvolver tratamentos específicos para os diversos tipos de doença mental e que estivessem baseados em princípios materiais (SHORTER, 1997). Tais terapêuticas ficaram conhecidas como terapias biológicas e diversas de suas modalidades foram

14 Unternehmensarchiv der Bayer AG (BAL). Länderbericht zu Brasilien. Date: 1950s. p. 80-98. BAL_1-6.6.18.1. Ver página 88.

15 *Imprensa Médica*, 12: 206 (1936), p. VI.

16 BAL_1-6.6.18.1. Ver página 84.

desenvolvidas e disseminadas ao longo do século XX. O primeiro tratamento desse tipo que teve uma projeção em escala mundial, conquistando adeptos nos círculos psiquiátricos de diversos países, foi a malarioterapia (ARTVINLI, 2014; BRASLOW, 1996; KRAGH, 2010; TSAY, 2013; WULF; SCHMIEDEBACH, 2014). A terapêutica consistia precisamente no tratamento de indivíduos acometidos pelas diferentes formas de sífilis nervosa, especialmente pela paralisia geral progressiva, através dos acessos febris conhecidamente desencadeados pelo agente causador da malária.

No final do século XIX, o psiquiatra austríaco Julius Wagner von Jauregg, então assistente na Clínica Psiquiátrica de Viena, iniciou seus experimentos com dois tipos de bactérias, reconhecidas causadoras de diferentes quadros patogênicos humanos. Ainda que desapontado com os resultados obtidos nos primeiros testes, o médico decidiu continuá-los utilizando outros materiais de origem biológica. Jauregg cogitava utilizar o agente causador da malária como indutor da febre em seus experimentos desde o final do oitocentos. Contudo, além de considerar a doença bastante agressiva, foi apenas no período final da Primeira Guerra Mundial que o médico vienense teve acesso ao microrganismo em questão.

Em 1917, um combatente retornado do *front* macedônico foi admitido na Clínica Psiquiátrica de Viena, e logo constatou-se que o homem sofria da forma benigna da malária. Tal variação, já se sabia à época, é transmitida pelo protozoário da espécie *Plasmodium vivax*, e seu controle era possível através da administração do quinino. Jauregg colheu o sangue do soldado, iniciando seus experimentos com a infecção palúdica em pacientes paralíticos, mas novamente não obteve resultados animadores. Apesar disso, o psiquiatra decidiu por continuar os testes e, uma vez que não possuía acesso contínuo a indivíduos infectados pela malária, organizou um sistema de recepção de amostras provenientes de um hospital militar. Novamente favorecido pelo contexto da Primeira Guerra Mundial, o

acesso de Jauregg ao micro-organismo foi possível graças ao acordo feito com a instituição, que recebia cifra significativa de soldados acometidos pela malária.

A edificação e legitimação da técnica, bem como de seus protocolos, constituíram-se como processos longos, coletivos e nos quais houve percalços e dissensos (ACCORSI, 2015). Ainda assim, a malarioterapia tornou-se um tratamento cosmopolita e foi amplamente utilizada nos diferentes cantos do globo. Em meio às discordâncias acerca de a quem caberia tal título, Julius Wagner von Jauregg foi reconhecido como descobridor da malarioterapia e ganhou o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia, em 1927. Seu efeito foi testado em outras doenças consideradas de origem sifilítica ou não, como a *tabes dorsalis*, a esquizofrenia e a epilepsia.

Apesar de haver diretrizes de administração comuns, os protocolos sob os quais o tratamento era aplicado foram apropriados de formas específicas, pelos diferentes grupos médicos que se tornaram adeptos dele. Tal apropriação satisfazia as necessidades e adequava-se às limitações impostas aos médicos por suas díspares realidades de trabalho e tradições disciplinares. No Brasil, a malarioterapia também foi utilizada, especialmente no Hospital do Juquery (SP), no Hospital São Pedro (RS), no Hospício de Alienados de Recife (PE), nas dependências da Assistência Médica e Legal dos Alienados, localizadas no Rio de Janeiro, e no Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle, também localizado na Capital Federal (ACCORSI, 2015; PADOVAN, 2010; TARELOW, 2015; MATTOS; CURY, 2010). A aplicação da técnica em instituições do país permitiu que os médicos que aqui atuavam se apropriassem de seus protocolos, inserindo-se ativamente na dinâmica de produção, aprimoramento e difusão dos conhecimentos sobre a malarioterapia. O campo psiquiátrico logo percebeu que sob sua posse encontrava-se um poderoso instrumento para o processo de legitimação de sua imprescindível e especializada atuação na salvaguarda da nação brasileira.

Alguns autores defendiam que a malarioterapia também era capaz de modificar o resultado das análises laboratoriais que indicavam a presença da paralisia geral progressiva, tornando-os negativos. Segundo alguns deles, o tratamento promovia, nesta ordem, o desaparecimento da linfocitose e tornava as reações da fase I de Nonne e de Wassermann negativas. Além da extinção das manifestações clínicas e do apagamento dos sintomas laboratoriais, havia autores que falavam sobre as eventuais melhoras no quadro anatomopatológico da paralisia geral, ocasionadas pelo referido tratamento. Assim, alguns estudos empenhavam-se em mostrar que a malarioterapia era capaz de curar as lesões no tecido encefálico ocasionadas pela bactéria sifilítica.

O médico alemão Alfons Maria Jakob, por exemplo, apontava para a influência positiva da malária sobre tais lesões, afirmando que a infecção palúdica parecia capaz de estimular a reação inflamatória do tecido encefálico, desencadeando uma resposta imunológica curativa para as lesões associadas à PGP. Jakob falava isso com base na observação de pacientes malarisados que iam a óbito. O falecimento, considerado decorrente de complicações não relacionadas à paralisia geral, tornava possível a realização de autópsias, através das quais o médico teria observado que a anatomia do tecido encefálico paralítico possuía características muito similares àquelas características do mesmo substrato em seu estado sadio. Jakob considerava tal constatação como um indício de que a malarioterapia, de fato, auxiliava a recuperação da referida região (ACCORSI, 2015).

Já na década de 1920, fontes nacionais e internacionais registram certas preocupações concernentes à aplicação da malarioterapia (ACCORSI, 2015; BROWN, 2000; HURN, 1998). Na literatura médica da época, certos autores mencionavam que a administração da malarioterapia fora realizada sob a autorização prévia da família dos(as) pacientes. Entretanto, anexados aos prontuários pertencentes ao Hospital do Juquery, por exemplo, Tarelow (2015) encontrou

pouquíssimos destes documentos, concluindo que, a esse respeito, havia diferenças entre a retórica e a prática médicas. Apesar disso, a menção, *per se*, à necessidade do aval familiar para a realização da malarioterapia constitui-se como indício da existência de algum nível de consciência por parte de certos médicos, nesse sentido. Ainda que este não estivesse relacionado à existência de uma empatia com a condição do paciente, mas ao medo de macular sua carreira e reputação médicas, seria impreciso afirmar que os debates inerentes à ética médica não permearam o processo de construção do conhecimento sobre a malarioterapia.

Apesar dos eventuais acidentes, da incompleta compreensão sobre o mecanismo de atuação da malária no organismo de paralíticos, dos potenciais severos efeitos colaterais e dos riscos que a malarioterapia oferecia, há registros de que o referido tratamento foi utilizado até, pelo menos, a segunda metade da década de 1950 no Brasil, mais de dez anos depois da descoberta da penicilina (ACCORSI, 2015).

Conclusão

Ao longo deste capítulo, buscamos mapear o universo psiquiátrico teuto-brasileiro da virada das duas primeiras décadas do século XX, tomando por base um caso particular: os estudos de Max Nonne acerca da sífilis nervosa e a constituição das chamadas quatro reações de Nonne. A história desse método biológico nos permite compreender as repostas dadas pela neuropsiquiatria para a sífilis nervosa, assim como os métodos de diagnóstico diferencial para individualizar a paralisia geral progressiva. Embora o desenvolvimento de testes sorológicos tenha provocado um reenquadramento da sífilis nervosa, não é possível negar certas continuidades na sua associação à velha teoria da degeneração, haja vista que permaneciam, nesse momento, muitos enigmas acerca da genética e da hereditariedade

das doenças nervosas e mentais. Isso fica claro na fala do médico Martim Francisco Bueno de Andrada sobre os jovens diagnosticados com paralisia geral progressiva, os quais "muito antes de serem paralíticos já eram degenerados" (ANDRADA, 1911, p. 18). Seguindo a fórmula de Sontag (2007), podemos dizer que a sífilis foi uma doença complexa e repleta de metáforas sociais e culturais.

Do ponto de vista da história dos discursos biológicos na psiquiatria, a sífilis foi um dos casos que aproximou medicina mental, medicina geral e microbiologia. As pesquisas laboratoriais foram fundamentais para o reenquadramento da doença. Além disso, os testes de sorologia e as punções lombares representam um rico exemplo acerca do intercâmbio científico teuto-brasileiro, já que os métodos desenvolvidos na Alemanha foram rapidamente absorvidos pelos brasileiros. Por fim, há que se destacar que essa circulação de saberes estava associada aos fluxos de especialistas que cruzavam o Atlântico, através de viagens científicas de alemães para o Brasil e vice-versa. Todo esse intercâmbio intelectual envolvia também debates acerca dos métodos de tratamento e do emprego de fármacos. Portanto, era acompanhado de perto por empresas do ramo farmacológico, como a Bayer AG.

Referências

ACCORSI, G. E. *Sífilis, loucura e civilização:* a paralisia geral progressiva e a institucionalização do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro (1868-1924). 348 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.

ACCORSI, G. E. *Entre a moléstia e a cura:* a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras do Rio de Janeiro (1924-1956). 177 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2015.

ACKERKNECHT, E. H. Preface to 1966 reprint. *In:* GRIESINGER, W. (Org.). *Mental pathology and therapeutics*. New York: Hafner Pub. Co., 1965.

ANDERSON, B. *Comunidades imaginadas:* reflexões sobre a origem e a difusão do nacionalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ANDRADA, M. F. B. de. *A forma juvenil da paralysia geral*. Tese (Doutorado em Medicina). 111 f. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1911.

ARAUJO, S. F. *A fundamentação filosófica do projeto de uma psicologia cientifica em Wilhelm Wundt*. Tese (Doutorado em Filosofia). Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2007. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/280573. Acesso em:

BENCHIMOL, J. L. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. *In:* FERREIRA, J.; DELGADO, L. de A. N. (Org.). *O Brasil republicano:* o tempo do liberalismo excludente – da Proclamação da República à Revolução de 1930. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. p. 233-286. V. 1.

BENEVOLO, L. *A cidade na história da Europa*. Lisboa: Editorial Presença, 1995.

BERMAN, M. *Tudo é sólido desmancha no ar:* a aventura da modernidade. São Paulo: Companhia de Bolso, 2007.

BÖTTCHER, G.; HIPPIUS, H. Immunbiologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis und Diagnostik der Neurolues. *Deutsche Medizinische Wochenschrift,* v. 84, n. 35, p. 1557-1559, 1959.

BRESCIANI, M. S. M. *Londres e Paris no século XIX:* o espetáculo da pobreza. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

CADHAM, F. T. Complement in Health and in Disease. *Canadian Medical Association journal,* v. 16, n. 4, p. 352-358, 1926.

CARRARA, S.; CARVALHO, M. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos,* v. 17, supl. 2, p. 391-399, 2010.

CERQUEIRA, E. C. P. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal:* debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933). 234 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2014.

CHARLE, C., SCHRIEWER, J.; WAGNER, P. (Ed.). *Transnational intellectual networks:* forms of academic knowledge and the search for cultural identities. Frankfurt, New York: Campus Verlag, 2004.

COFFIN, J.-C. *La transmission de la folie (1850-1914)*. Paris: D'Harmathan, 2003.

COLARES MOREIRA, J. V. *A forma nervosa da doença de chagas*. Rio de Janeiro: PAP. Rio Branco/J. R. de Oliveira & C., 1925.

COLIN, J. *Histórias de duas cidades:* Paris, Londres e o nascimento da cidade moderna. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CUETO, M. *Saúde Global:* uma breve história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CUNHA, M. C. P. *Cidadelas da ordem*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CUNNINGHAM, A. Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease. *In*: CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Ed.). *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 209-244.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão:* médicos, loucos e hospícios, Rio de Janeiro 1830-1930. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

ENGSTROM, E. J. *Clinical psychiatry in Imperial Germany:* a history of psychiatric practice. New York: Cornell University Press, 2003.

ENGSTROM, E. J. "On the question of degeneration" by Emil Kraepelin (1908). *History of Psychiatry,* v. 18, n. 389, p. 389-398, 2007.

ENGSTROM, E. J. Organizing Psychiatric Research in Munich (1903-1925): a psychiatric zoon politicon between state bureaucracy and American philanthropy. *In*: ROELCKE, Volker; WEINDLING, Paul Julian; WESTWOOD, Louise. (Org.). *International Relations in Psychiatry:* Britain, Germany and the United States to World War II. New York: University of Rochester Press, 2010, p. 48-63.

ENGSTROM, E. J.; CROZIER, I. Race, alcohol and general paralysis: Emil Kraepelin's comparative psychiatry and his trips to Java (1904) and North America (1925). *History of Psychiatry,* v. 29, n. 3, p. 263-281, 2018.

FOUCAULT, M. *A microfísica do poder.* São Paulo: Graal, 2006a.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população.* São Paulo, Martins Fontes, 2008.

FREDERIKS, J. A. M.; KOEHLER, P. J. The first lumbar puncture. *Journal of the History of the Neurosciences,* v. 6, n. 2, p. 147–153, 1997.

GAY, P. *A experiência burguesa:* da Rainha Vitória a Freud. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. v. 3: O cultivo do ódio.

GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankenheiten (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o

diagnostico e o diagnostico differencial das affecções organicas) – Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde - Band 42 - 1911). *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal,* ano 8, n. 1-2, 1912, p. 179–184.

GRESSNER, A. M.; ARNDT, T. (Ed.). *Lexikon der medizinischen Laboratoriumsdiagnostik*. 3. Ed. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 2019.

HARRISON, M. Disease, diplomacy and international commerce: the origins of international sanitary regulation in the nineteenth century. *Journal of Global History,* v. 1, n. 2, p. 197-217, 2006.

HIPPIUS, H.; MÖLLER, H.-J.; MÜLLER, N.; NEUNDÖFER-KOHL, G. *The University Department of Psychiatric in Munich:* from Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry. Heidelberg: Springer, 2008.

HIPPIUS, H.; PETERS, G.; PLOOG, D. (Ed.). Foreword. *In*: KRAEPELIN, E. *Memoirs*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 1987.

HOBSBAWM, E. *Era dos Impérios:* 1875-1914. 13ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

HOFF, P. Kraepelin and degeneration theory. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience,* v. 258, supl. 2, p. 12-17, 2008.

HURN, J. D. *The history of general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950*. 331 f. Thesis (PhD in Phylosophy), University of London, London, 1998.

JAUREGG, J. W. von. The history of the malaria treatment of general paralysis. *American Journal of Psychiatry,* Arlington, v. 102, p. 577-582, 1946.

KAFKA, V. *Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten*. Dritte Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1927.

KRAEPELIN, E. *Cien años de psiquiatría:* una contribuición a la historia de la civilización. Madrid: Asociación Española de Neuropapsiquiatría, 1999.

KRAEPELIN, E. Festerede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904 von prof. Dr. Emil Kraepelin. *In*: *Die Königliche Psychiatrische Klinik in München*. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1905, p. 07-42.

KRAGH, J. V. N. Historical Perspectives on General Paresis of the Insane. *JSM Schizophrenia,* v. 2, n. 2, 2017, p. 1013.

LACERDA, M. S. de. *Perturbações mentaes na Syphilis Cerebral*. 97 f. Tese (Doutoramento em Medicina). Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1912.

LATOUR, B. *Ciência em ação:* como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LERNER, P. *Hysterical men:* war, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890-1930. New York: Cornell University Press, 2003.

LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease, 1907–1970: the history of the Wassermann reaction. *In*: BERRIDGE, V.; STRONG, P. (Org.). *AIDS and Contemporary History*. Cambridge University Press, 1993, p. 74–92.

MACHADO, Â. *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu, 2007.

MACIEL, J. J. *Contribuição ao estudo da demencia paralytica*. 56 f. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911.

MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurossífilis. *In*: GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (Org.). *Páginas da história da medicina*. Porto Alegre: ediPUCRS, 2010, p. 151–160.

MELLO SOBRINHO, U. P. de. *Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)*. 131 f. Tese (Doutoramento em Medicina). Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1912.

MOREIRA, J. Distúrbios psychicos no curso da influenza durante a última pandemia". *Archivos Brasileiros de Medicina,* ano IX, p. 283-305, 1919.

MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. *Archivos Brasileiros de Psyahiatria, Neurologia e Sciencias Affins,* Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, p. 32–58, 1909.

MUÑOZ, P. F. N. de. *Clínica, laboratório e eugenia:* uma história transnacional das relações Brasil-Alemanha. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Puc-Rio, 2018.

NEVES, A. C. *O emergir do corpo neurológico no corpo paulista:* neurologia, psiquiatria e psicologia em São Paulo a partir dos periódicos médicos paulistas (1889-1936). 509 f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

NONNE, M. *Anfang und Ziel meines Lebens:* Erinnerungen. Hamburg: Hans Christians Verlag, 1971.

NONNE, M.; APELT, F. Ueber fractionirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, functionell- und organisch-Nervenkranken und über ihre Verwerthung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären und abgelaufenen Syphilis. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* v. 43, n. 2, p. 433-460, 1907.

OLUKOGA, A. O.; BOLODEOKU J.; DONALDSON, D. Cerebrospinal fluid analysis in clinical diagnosis. *Journal of Clinical Pathology,* v. 50, n. 3, p. 187-192, 1997.

PADOVAN, M. C. A terapêutica da malarioterapia no Hospital de Alienados do Recife (1930-1945). *Cadernos de História:* oficina de história – escritos sobre saúde, doenças e sociedade, Recife, v. 7, n. 7, p. 85-115, 2010.

PETTE, H. Max Nonne 13. Januar 1861-12. August 1959. *Journal of Neurology,* v. 180, n. 3, p. 239-251, 1960.

PICK, D. *Faces of denegeration:* a European disorder, c. 1848-c. 1918. New York: Cambridge University Press, 1989.

QUÉTEL, C. *History of syphilis.* Cambridge: Polity Press, 1992.

RANGEL, O. Academia Nacional de Medicina: a discussão em torno da arsenotherapia antiluetica. Conferencia do Pharmaceutico Orlando Rangel. *O Jornal* (Rio de Janeiro), 22 jun. 1926, p. 9.

ROCHA, F. F. da; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria,* ano IV, 1º e 2º trimestres, p. 1-22, 1924.

RODRIGUES, A. E. M. *João do Rio:* a cidade e o poeta, o olhar de flâneur na Belle Époque tropical. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

ROLIM, M.; SÁ, M. R. A política de difusão do germanismo por intermédio dos periódicos da Bayer: a Revista Terapêutica e O Farmacêutico Brasileiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos,* v. 20, n. 1, p. 159-179, 2013.

SÁ, M. R.; BENCHIMOL, J. L.; KROPF, S.; VIANA, L.; SILVA, A. F. C. da. Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos,* v. 16, n. 1, p. 247-261, 2009.

SCHALTENBRAND, G. „Max Nonne zum Gedächtnis 13. 1. 1860-12. 8. 1959“. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie,* v. 200, n. 1, p. I-VI, 1959.

SHORTER, E. *A history of psychiatry:* from the era of the asylum to the age of prozac. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, Weinheim: John Wiley & Sons, 1997.

SHORTER, E. Neurosyphilis. *In*: SHORTER, Edward. *Historical Dictionary of Psychiatry.* Oxford: Oxford University Press, 2005. P. 193-194.

SILVA, A. F. C. da. *A trajetória de Henrique da Rocha Lima e as relações Brasil – Alemanha (1901-1956)*. 839 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, N. V. Odilon Vieira Gallotti. Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde, *Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados* [blog], 2019. Disponível em: http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/. Acesso em: 2 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E MEDICINA LEGAL (SBNPML). Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal,* Rio de Janeiro: Officinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1-2, p. 250-259, 1914.

SONTAG, S. *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

STEPAN, N. L. *A hora da eugenia:* raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

STERTZ, G. Beiträge zu den posttyphösen Erkrankungen des Zentralnervensystems. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,* v. 30, n. 1, p. 533-544, 1915.

TARELOW, G. Q. *Entre comas, febres e convulsões:* os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937). Santo André: Editora UFABC, 2015.

TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. *Yale Journal of Biology and Medicine,* New Haven, v. 86, p. 245-254, 2013.

VALLADARES, L. do P. *A invenção da favela:* do mito de origem a favela. com. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

VENANCIO, A. T. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, v. 10, n. 3, p. 883-900, set./dez. 2003.

VENANCIO, A. T.; CARVALHAL, L. Juliano Moreira: a psiquiatria científica no processo civilizador brasileiro. *In*: DUARTE, Luiz Fernando Dias; RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. (Org.). *Psicologização no Brasil:* atores e autores. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 65-83.

VIANNA, A. M. *Contribuição ao estudo da demencia paralytica*. 189 f. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915.

VIANNA FILHO, U.; MOSES, A. Diagnóstico das afecções nervosas e mentais pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria,* v. 1, n. 1, p. 3-49, 1919.

VIANNA FILHO, U. Syphilis do systema nervoso. Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria, v. 1, 2º trim., 1919, p. 164-176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. *História, Ciências, Saúde–Manguinhos,* v. 17, supl. 2, p. 683-691, dez. 2010.

WEBER, M. M. *Ernst Rüdin:* eine kritische biographie. Berlin/New York: Springer-Verlag, 1993.

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

WULF, S. Nonne, Max. *In*: HISTORISCHEN KOMMISSION BEI DER BAYERISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN. *Neue Deutsche Biographie*. Berlin: Drucker Humblot, p. 333-335, 1999. v. 19.

WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. Wahnsinn und Malaria: Schnittpunkte und Grenzverwischungen zwischen Psychiatrie und Tropen medizin in Hamburg (1900-1925). *Gesnerus,* Lausanne, v. 71, n. 1, p. 98-141, 2014.

CAPÍTULO V

A "loucura feminina" através do Acervo dos Prontuários do Hospital Ulysses Pernambucano e a vivência de mulheres internadas no Hospital de Alienados nos anos 1950, em Recife/PE

Carlos Alberto Cunha Miranda

Para a elaboração deste artigo, partimos da premissa de que a constituição do saber médico não é atributo apenas dos avanços científicos, mas decorrente também do contexto sociocultural em que as pessoas consideradas portadoras de transtorno mental e seus familiares estão inseridos. O nosso objetivo é resgatar dados importantes sobre a história de algumas mulheres em situações de sofrimento psíquico, junto às suas famílias ou não, no período em que passaram pelo Pavilhão de Observação (PO) do Hospital de Alienados. Este espaço não era apenas destinado à prática médica, mas estava implantado em uma complexa rede de poder e saber no campo da psiquiatria institucional. O suporte dessa pesquisa está em um trabalho desenvolvido no acervo do Hospital Ulysses Pernambucano, em que foi realizado o resgate da documentação, a catalogação e a edição de um inventário de todos os livros entre os anos de 1926 e 1970, no total de 1.013 volumes, cada um com cinquenta prontuários, além da digitalização de 800 prontuários dos anos 1950. Todo

esse feito contou com a grande colaboração de alunos do Curso de História e do Programa de Pós-graduação em História (PPGH) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Graças a essa importante documentação, foi possível narrar as experiências de algumas mulheres internadas no Hospital de Alienados nos anos 1950.

Nesse sentido, buscamos uma nova historiografia que contraria alguns trabalhos acadêmicos de inspiração foucaultiana, considerando seus excessos e enfatizando os indivíduos e sua subjetividade, sem, contudo, desprezar as contribuições de Michel Foucault.

No decorrer do Império e nos primeiros anos da República, a Santa Casa da Misericórdia do Recife foi considerada a irmandade mais rica da província, o que pode ser comprovado pelo grande patrimônio imobiliário e de capital angariados com os legados de seus irmãos e das autoridades governamentais. Apesar disso, nas instituições assistenciais que viviam à custa de sua administração, especialmente as destinadas às pessoas consideradas loucas, como o Hospício de Alienados da Visitação de Santa Isabel, os internos viviam em péssimas condições de higiene, com alimentação escassa, maus tratos e enclausurados em celas sujas, escuras e úmidas. O corpo de funcionários dessa Instituição era composto por um regente, um médico, um porteiro/sacristão, três enfermeiros e duas enfermeiras, um barbeiro, uma cozinheira e um capelão. Na prática, as visitas médicas quase nunca aconteciam, a medicação era pouca e ineficiente e, na maioria das vezes, era dada pelos escravos encarregados de cuidar dos "insanos". Durante o ano de 1877, com capacidade para quarenta enfermos, o Hospício de Olinda chegou a abrigar em suas dependências 144 pacientes.

Frente à situação de indigência em que viviam os "loucos" no Hospício de Olinda, foi decidida pelo presidente de província, Henrique Pereira de Lucena (1872-1875), a construção do Hospício dos Alienados do Recife para abrigar os já existentes em Olinda e enclausurar os indivíduos considerados alienados que

perambulavam pelas ruas da cidade do Recife. Em relação à escolha do local em que seria erigido, foi finalmente selecionado um grande sítio chamado Tamarineira, na freguesia da Graça, de propriedade da Santa Casa. O engenheiro francês Victor Fournié, projetista da obra, adotou o Sistema Pavilhonar, considerado, até então, o padrão arquitetônico hospitalar mais moderno da época. Inaugurado em primeiro de janeiro de 1883, ainda com obras inacabadas, o hospital recebeu 87 pacientes do Hospício de Alienados de Recife e Olinda, 47 homens e 40 mulheres. A condução dos pacientes foi realizada a pé, da Misericórdia até a Praça do Carmo, com parte da população acompanhando. Do Carmo, tomaram um trem especial cedido pelo gerente da Cia. de Oliveira e Beberibe, Dr. Simão: "E por todo trajeto a multidão aguardava o comboio para ver os doidos passarem. Saltando na Encruzilhada e fazendo a pé o trajeto para a Tamarineira" (FILHO, 1977, p. 59-60).

Desde a sua inauguração, o Hospício de Alienados passou por períodos de graves crises, haja vista a falta de verbas, de médicos, de higiene em suas instalações e o aumento crescente de sua população interna, uma vez que recebia pacientes de todas as regiões de Pernambuco e de outros estados do Nordeste.

O tratamento médico se limitava ao emprego de banhos, camisa de força, reclusão nos calabouços, o uso de medicamentos à base de brometo de potássio, hidrato de cloral, amileno, sulfonal, quina e ao emprego de sedantes, como o ópio e a morfina. Além disso, a quebra do regime disciplinar do hospício poderia implicar duras medidas contra os internos. Dessa forma, os meios terapêuticos, muitas vezes, confundiam-se com mecanismos de castigos. O Art. 38 do primeiro regulamento estabelecia que, mediante autorização do facultativo, poderiam ser empregados os seguintes métodos punitivos: reclusão solitária de até dois dias; diminuição da dieta alimentar por um dia; privação de visita, passeios e quaisquer outros recreios, inclusive o uso de tabaco; colete de força, com ou sem reclusão;

cadeira de força e banhos de emborcação aplicados somente na presença de um dos facultativos (FILHO, 1977, p. 80).

Após a Proclamação da República, a direção do hospício foi entregue a dez freiras italianas da Congregação das Filhas de Sant'Anna que desembarcaram no Recife no dia 8 de agosto de 1891. Sob a direção da Irmã Teodósia Cechetti, promoveram, juntamente com o provedor da Santa Casa, uma reformulação no quadro de pessoal. Na época, o estabelecimento continuava enfrentando sérias dificuldades, sem a possibilidade de proporcionar um tratamento adequado aos seus pacientes. Os médicos, em pequeno número, mesmo ocupando cargo de direção, estavam subordinados às religiosas e ao mordomo, tendo pouca ingerência sobre os assuntos da administração do hospício e, quase sempre, encontravam-se à margem das questões de ordem administrativa. As irmãs permaneceram no então Hospital de Alienados durante os anos de 1930.

Após a direção do Dr. Inácio Firmo Xavier, o comando do hospício foi entregue ao Doutor Ermínio Coutinho que, em virtude de seu falecimento em 06 de abril de 1904, foi substituído pelo Dr. Joaquim Loureiro, auxiliado pelos Drs. Constâncio Pontual, Fernando Lisboa Coutinho e Teófilo de Holanda Cavalcanti. Nesse período, foram acrescidos ao corpo hospitalar do hospício, os Drs. recém-formados Alcides Codeceira, Teodorico Padilha e Souto Maior. Apesar da figura do médico-diretor substituir as irmãs da caridade no controle da administração, o hospício continuou desprovido de elementos necessários às pesquisas científicas, dotado de condições insalubres e com uma equipe de enfermeiros truculenta e pouco habilitada.

A sociedade lançou mão das diversas teorias médicas para justificar a loucura das pessoas que não se enquadravam nos padrões estabelecidos. Encontra-se neste contingente de "loucos" algumas categorias mais visadas pelo olhar da medicina, como os negros, pardos e as mulheres, principalmente as negras. Em busca da compreensão da loucura feminina, deparamo-nos com dois caminhos:

entender se as mulheres foram consideradas loucas por algum distúrbio mental ou por não se enquadrarem nos padrões de comportamento estabelecidos. Nas fontes pesquisadas, os prontuários, encontramos fortes indícios de que grande parte das mulheres rotuladas como "loucas" apresentavam comportamentos considerados "desviantes" na época. A conduta da mulher, a feminilidade, a sexualidade e a maternidade sempre despertaram receio ou significaram mistério entre os psiquiatras. Suas características fisiológicas, sua sensibilidade e afetividade eram motivos de estranhamento. Era preciso estabelecer limites para sua ação. Dessa forma, no hospício, a mulher é levada a perder a sua condição de sujeito, torna-se subordinada, é institucionalizada, não mais oferecendo perigo à sociedade ou à família. É importante ressaltar que, em muitos casos, as internações eram feitas pela família, por não suportarem a alteridade, a "vergonha" por determinados comportamentos ou até mesmo por jogos de interesses de seus familiares.

Em abril de 1909, durante a realização do 1 Congresso Médico de Pernambuco, sob a presidência do médico Joaquim Loureiro e tendo como secretário geral o Dr. Octavio de Freitas, os participantes do encontro realizaram uma inspeção ao Hospício de Alienado. Ao chegar ao local, os congressistas foram recebidos pelo comendador José Maria de Andrade, provedor da Santa Casa. Posteriormente, dirigiram-se à Sala de receituários, onde o Dr. Joaquim Loureiro apresentou uma lista nominal de doze pacientes curados e com alta prescrita. Na ocasião, o médico ressaltou a responsabilidade dos médicos do hospício, "pois levados por simples indícios alguns colegas têm atestado loucura em indivíduos perfeitamente sadios, citando o orador diversos casos que teve que recorrer a meios poderosos para fazer voltar ao seio de suas famílias falsos loucos". Na fala do Dr. Loureiro, fica evidente que não havia unanimidade dos médicos em relação aos diagnósticos. Dentre os casos em que pessoas receberam diagnósticos incorretos, o Dr. Joaquim citou o episódio

de uma família que conseguiu internar no hospício uma jovem pelo fato de não permitir que ela se casasse com um moço que não era do agrado dos familiares. O médico terminou por apresentar aos congressistas a movimentação do hospício entre os anos de 1904 e 1908: 2.390 pacientes deram entrada, sendo 1.284 homens e 1.106 mulheres, com 1.116 óbitos. Esse dado demonstra o altíssimo índice de mortalidade entre os internos.

Foram ainda apresentados aos visitantes importantes dados sobre a população do hospício entre os anos de 1904 a 1908. Além dos 2090 pernambucanos, o hospício acolheu 131 pessoas da Paraíba, 43 do Rio Grande do Norte, 25 do Ceará, 5 do Maranhão, 2 do Piauí, 2 do Pará, 39 de Alagoas, 10 da Bahia, 2 de Sergipe, 5 do Rio de Janeiro, 2 de Minas Gerais, além de pessoas oriundas de outros países: 14 de Portugal, 3 da Espanha, 5 da Itália, 1 da França, 2 da Inglaterra, 2 da Alemanha, 1 da Rússia, 2 da América do Norte, 1 da Guiana Inglesa e da África. Essas importantes informações mostram que o Hospício de Alienados, um dos primeiros das regiões Norte e Nordeste, era um referencial no tratamento de transtornos mentais da época (ANNAES, 1909, p. CX-CXI).

Em seguida, os congressistas foram conduzidos pelo Dr. Loureiro, chefe da Clínica, para o desinfetório – dependência criada com o objetivo de evitar que doenças epidêmicas entrassem no hospício. No local, o médico explicou que o paciente admitido era imediatamente encaminhado ao desinfetório para tomar banho. Depois, era conduzido à câmara de enxofre e, em seguida, à "zona limpa", momento em que recebia uma roupa nova. Posteriormente, um funcionário acionava uma sineta para avisar à irmã superiora que o paciente, homem ou mulher, estava em condições de ser internado (ANNAES, 1909, p. CIX). A visita continuou por outros espaços do hospício como a capela, as enfermarias, o andar superior, calabouços ou quarto de isolamento, refeitório, cozinha e sala de hidroterapia. Logo após, os Drs. Luiz Loureiro e Alcides Codeceira

apresentaram os visitantes a diversos pacientes portadores de "delírio de perseguição, melancolia crômica, epilepsia alcoólica, confusão mental, loucura puerperal, alcoólica, religiosa e hysterica, degenerados melancólicos, demente syphiliticos" etc. Os casos apresentados pelos dois médicos refletiam uma classificação eclética adotada pela psiquiatria brasileira que, apesar de, predominantemente, tomar as concepções organicistas, ainda concebia a "doença mental" como uma "doença moral". Na ocasião, foi apresentado aos visitantes o caso de uma paciente portadora de idiotice completa. Tratava-se de uma mulher alta e morena que, quando alguém dela se aproximava, logo começava a balançar a cabeça.

> Vamos rir, Maria Joaquina: convidou um dos circunstantes, e a pobre sorria fortemente, a valer. – Agora, choremos, disse um dos médicos, e a louca abriu num pranto de fazer dó. – Quantos infelizes nesta condição existem aqui? Perguntaram ao Dr. Luiz Loureiro – poucos. O caso de idiotice perfeita é somente este (ANNAES, 1909, p. CXIII).

Após uma rápida "conversa" com a paciente, os visitantes continuaram sua inspeção. Nos hospícios, comumente os pacientes eram humilhados pelos médicos e enfermeiros.

A visita se encerrou às quatro horas da tarde com um brinde de champanhe na sala de recepção, não sem antes o provedor da Santa Casa, o Comendador José Maria de Andrade, tecer alguns comentários sobre a falta de verba dessa instituição e o fato de que ela ainda não se encontrava de acordo com os progressos da medicina da época.

Com poucas inovações nos anos 1910, as instalações do Hospício de Alienados ainda se encontravam em um estado de extrema precariedade. Seus pacientes, encarcerados e amontoados, viviam em uma situação de promiscuidade, solidão e desespero, além de submetidos a uma terapêutica ineficaz. Em dezembro de 1921, foi aceito o pedido de exoneração do Dr. Joaquim Loureiro e do seu

filho, o também médico Luiz Loureiro, e a direção do hospício foi entregue ao Dr. Alcides Codeceira.

O ecletismo da psiquiatria brasileira nos primeiros anos do século XX, ao adotar alguns preceitos de Pinel juntamente com a psiquiatria ampliada, colaborou para a internação nos hospícios de novos personagens. Agora não são só os "loucos mansos, os furiosos e os delirantes" que passam a habitar os asilos, mas também indivíduos que apresentam uma loucura invisível, os degenerados e os loucos morais, todos portadores de comportamentos estranhos e rebeldes. Essa concepção de loucura criou uma classe de pessoas avaliadas como mentalmente doentes e perigosas. No século XX, a psiquiatria ampliou consideravelmente o seu campo de atuação, possibilitando não só a classificação do degenerado alienado, mas também do degenerado epiléptico, alcoólatra, sifilítico e de todos aqueles que apresentavam uma conduta incompatível com a ordem social vigente. Segundo Vera Porto Carrero, a psiquiatria expandiu seu campo de intervenção, estabelecendo uma diferença fundamental entre os casos de doença mental e de degeneração moral. A noção de degenerescência vai justificar a intervenção do conhecimento psiquiátrico em todo campo das práticas consideradas anormais (PORTOCARRERO, 2002, p. 59-60). A partir da psiquiatrização do degenerado e do organicismo de Kraepelin, os psiquiatras passaram a compactuar com os postulados eugênicos instituídos por Francis Galton.

Assumindo posicionamentos ecléticos, os trabalhos apresentados pelos acadêmicos nas faculdades de medicina do Brasil seguiram a orientação metodológica baseada na concepção de degenerescência de Morel, Magnan e na teoria organicista de Kraepelin. Nessa época, o sistema de assistência psiquiátrica permitiu que fossem reformados e criados inúmeros hospícios através de pesquisas e novas tecnologias – laboratórios e serviços médico-legais; e consentiu uma maior ingerência por parte dos psiquiatras junto ao Estado e à família (CAPONI, 2012).

Durante a sua gestão, o governador Sérgio Loreto (1922-1926), em cinco de fevereiro de 1923, publicou um ato pelo qual a Diretoria de Hygiene e Saúde Pública passou a se chamar Departamento de Saúde e Assistência, subordinado diretamente ao executivo. Unificando os serviços de higiene do Estado, entregou à Comissão de Profilaxia Rural (órgão do Governo Federal) a sua administração em Pernambuco. Para essa iniciativa, convidou o médico Amaury de Medeiros para o cargo de diretor do Departamento de Saúde e Assistência e, ao mesmo tempo, para chefiar os Serviços de Saneamento e Profilaxia Rural.

Na época, o doutor Medeiros, atendendo a sugestão de Ulysses Pernambucano, enviou à Comissão de Finanças da Câmara um projeto transferindo para o Estado os encargos com a administração do Hospício dos Alienados e de alguns outros hospitais do Recife. Tal proposta foi aprovada e recebeu a imediata adesão do corpo médico. No ano de 1924, o Hospício de Alienados passou a ser integrado a uma sessão do Departamento de Saúde e Assistência, com o nome de Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, assumindo a sua direção o doutor Ulysses Pernambucano.

Em sua gestão de dois anos (1926-1926), realizou importante reforma nas instalações físicas do prédio, construindo doze quartos para pensionistas; e aboliu o uso dos calabouços. Introduziu melhoramentos na observação e na pesquisa psiquiátrica e aplicou novos procedimentos terapêuticos. Edificou o Pavilhão de Observação, o Pavilhão Anatômico, a portaria, o muro, o gradil e o portão de entrada, bem como o Pavilhão das Duchas. Além disso, realizou a pintura geral do prédio (FILHO, 1977, p. 109). Na época, os prontuários se tornaram cada vez mais complexos, trazendo uma série de informações sobre os pacientes até então inexistentes. Com essas mudanças, fica evidente que a psiquiatria em Pernambuco passou a se interessar pelos aspectos regulamentar e administrativo da instituição.

Quando da transformação do Hospício de Alienados em Hospital de Doenças Nervosas e Mentais (HDNM), em 1924, juntamente às inovações promovidas no sistema asilar, o número de pessoas internadas aumentou consideravelmente, chegando a duplicar a sua população em apenas sete anos. Além dessas mudanças, as novas concepções europeias sobre os transtornos mentais favoreceram a internação de novos personagens que passaram a habitar os labirintos do HDNM.

Essas inovações no campo da psiquiatria estavam diretamente relacionadas com as modificações ocorridas na Europa durante a virada do século XVIII para o XIX, quando a loucura passou a ser concebida como uma doença. Buscava-se, dessa forma, "transformá-la em objeto de conhecimento e intervenção exclusiva dos médicos" (ENGEL, 2001, p. 118).

O Boletim de Higiene Mental, publicado em dezembro de 1933, apresentou uma tabela sobre os adultos e as crianças internadas no HDNM (BOLETIM DE HIGIENE MENTAL, 1933. p. 3). Essa tabela é bem significativa por apresentar um total de 236 crianças, de ambos os sexos, internadas, em sua grande maioria, como portadoras de psicose epilética. O HDNM também recebia crianças abandonadas vindas de outros hospitais. É o caso de M. L. F., de cor branca, 12 anos de idade. Foi encaminhada pelo Diretor do Hospital Oswaldo Cruz e diagnosticada como portadora de Epilepsia. Deu entrada no dia 5 de janeiro de 1927 e faleceu em 12 de dezembro do mesmo ano (LIVRO DE PRONTUÁRIO DO HDNM, 1927). Não deve ser difícil para o leitor imaginar o sofrimento que essa criança passou no hospital, um lugar superlotado por adultos com sofrimentos psíquicos.

Tabela 1. Entrada de adultos e de crianças no Hospital de Alienados da Tamarineira – 1924-1930

Ano	Total de doentes	Número de crianças	Porcentagem
1924	670	19	2,4%
1925	767	30	3,9%
1926	730	34	4,6%
1927	1.070	34	3,3%
1928	1.023	50	4,8%
1929	1.141	35	3,06%
1930	1.128	34	3,05%

Fonte: boletim de Higiene Mental (Dezembro de 1933, Apeje).

Num dos livros de registro dos prontuários de mulheres, avaliado e diagnosticado pelo Dr. Ulysses Pernambucano no Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, entre os meses de setembro e dezembro do ano de 1927, percebe-se que a população do hospital era bastante jovem (a faixa etária de maior representação era de 20 a 35 anos) e, em sua grande maioria, constituída por solteiras. Nos 94 casos registrados no livro, o diagnóstico mais comum das internações passa a ser a psicose maníaco-depressiva, tendo em vista os argumentos teóricos já expostos. No livro, foi registrado apenas um caso de histeria (pitiatismo). O segundo diagnóstico mais presente foi a degenerescência, com 15 casos, chamando-nos a atenção o seu número expressivo; o terceiro, confusão mental, somando 10 casos, seguido de outros diagnósticos como demência senil, epilepsia, alcoolismo, psicose "auto-tóxica", esquizofrenia, pitiatismo, "parafrênica", sífilis cerebral e psicose infecciosa.

Os egressos eram quase todos das camadas socioeconômicas mais baixas, poucos possuíam especialização profissional e, em sua

grande maioria, eram internados como indigentes. Conforme atestam os prontuários, eram as autoridades policiais e seus familiares quem mais encaminhavam esses pacientes para internação. Ao receberem seu diagnóstico, eram imediatamente internados, sem direito de saber a medicação que lhes era prescrita, de consultar seu dossiê, nem tomar conhecimento do dia da sua saída. Aprisionados, só lhes restavam obedecer a aqueles que dirigiam o manicômio.

Nesse momento, a tentativa de resolver o problema dos alienados, mediante um melhor aparelhamento do hospital e da utilização de novas técnicas terapêuticas, na verdade, não introduziu uma ruptura com as práticas segregadoras no hospício.

Diante do aumento significativo da população do hospital, ocorreram sérios problemas de ordem operacional. Na leitura dos prontuários, fica evidente a elevação dos casos de violência e do índice de mortalidade entre os próprios internos, a ausência de médicos, a existência de poucos enfermeiros que, ainda assim, eram mal preparados para ocupar o cargo, a superlotação das enfermarias que se apresentavam sem a menor condição de higiene, banheiros sujos e em condições de extrema precariedade, além de medicações poucas e ineficazes, o que facilitava, inclusive, a propagação rápida de doenças infectocontagiosas.

É importante ressaltar que os prontuários já eram utilizados desde 1910, quando Joaquim Loureiro assumiu a direção do hospício, e inicialmente constavam apenas de uma página na qual havia a identificação do paciente, o histórico da doença, a evolução do caso, os sintomas e, finalmente, o diagnóstico. Posteriormente, os prontuários foram se tornando bem mais detalhados. Na leitura dessa importante documentação, percebe-se que não existe diálogo possível entre o psiquiatra do hospício e o interno, ou seja, a fala do paciente serve apenas como "material clínico" que, após examinado, comporia um diagnóstico. Se o suspeito de loucura, por algum motivo, não cooperasse durante a entrevista, essa recusa era

imediatamente considerada um grave sinal de "doença mental" a ser tratado. Caso tentasse fazer algum comentário sobre o que julgava estar acontecendo, sua verbalização era dada como "ininteligível", pois, em sua maioria, os psiquiatras demonstravam desinteresse pela opinião do interno. Em alguns casos, na descrição do comportamento, os médicos utilizavam a expressão "desvio de conduta" ou "distúrbio de conduta", que eram, geralmente, acompanhadas da descrição das atitudes que conduziram a esta consideração quando era realizado anamnese do paciente.

Apesar da aparente fragilidade dessa documentação, a historiadora Maria Clementina Pereira Cunha chama atenção para a importância das informações contidas nos prontuários e seu valor como fonte histórica para aqueles que se debruçam sobre a história da loucura:

> Por outro lado, empreender a análise a partir do hospício significa incorporar aí outras falas que se cruzam: apesar do esforço para aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença dos "loucos", resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos. Fazer emergir o arquivo de uma instituição psiquiatra equivale também a recuperar a dimensão de contraposição do poder absoluto da razão médica (CUNHA, 1996, p. 16).

Os Prontuários analisados em sua totalidade ou separadamente ajudam-nos a conhecer as motivações dos internamentos, a visão dos pacientes acerca do seu próprio distúrbio mental, a lógica de funcionamento do hospício, os perfis de pacientes de determinados períodos, a relação entre os sintomas e normas sociais, as terapêuticas, os diagnósticos, as resistências, entre outros aspectos. Nesse período, o número de mulheres internadas era bastante significativo.

Segundo Yonissaa Marmitt Wadi, "Estudos diversos apontam que, no decorrer do século XX, as mulheres ocupam gradativamente

a maioria dos leitos psiquiátricos e constituíram-se também na maioria dos pacientes das clínicas particulares". Citando autoras como Chesler (1980), Showalter (1985), Gilbert e Gubar (1979, 1988) e Garcia (1995), esse fato acontecia por duas razões: historicamente a loucura é considerada uma doença feminina e as mulheres vivem situações reais de opressão; são esposas, filhas, irmãs, amantes, mal compreendidas pela ótica dos psiquiatras (WADI, 2006, p. 68).

Apesar das inovações psiquiátricas iniciadas por Ulysses Pernambucano, a situação do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais, no final dos anos 20, era de extrema precariedade, uma vez que não foi introduzida, na prática, nenhuma mudança significativa no que diz respeito à tradição relativa ao sistema asilar. Ainda nos anos vinte, Ulysses Pernambucano se afastou da direção do hospital.

Com o movimento de outubro de 1930, assumiu o poder como interventor o advogado Carlos de Lima Cavalcanti. Diante das precárias condições do Hospital, o interventor resolveu convocar, em 1931, Ulisses Pernambucano para criar, através do Decreto nº 26, de 1/1/1931, a Divisão de Assistência a Psicopata de Pernambuco, subordinada à Secretaria de Justiça e Negócios Interiores. A Divisão passou a constar os seguintes serviços: 1- Serviço para doentes mentais não alienados: a) Ambulatório, b) Hospital aberto; 2- Serviço para doentes mentais: Hospital para doenças agudas; Colônia para doentes crônicos; 3- Manicômio Judiciário; 4- Serviço de Higiene Mental: Serviço de prevenção a) doenças mentais b) Instituto de Psicologia. O Manicômio Judiciário, criado em setembro de 1931, sem instalações próprias, funcionou provisoriamente nas dependências adaptadas do Hospital de Alienados. Seu objetivo era abrigar pacientes considerados perigosos por determinação judicial e parecer psiquiátrico.

Ainda no início dos anos trinta, Ulysses Pernambucano colocou em prática um modelo de assistência psiquiátrica já executada por Juliano Moreira no Rio de Janeiro e por Franco da Rocha em São

Paulo, que tinha como objetivo a reforma do Hospital de Alienados, novo nome do Hospital de Doenças Nervosas. É criada a Colônia Agrícola de Barreiros, um Manicômio Judiciário que passou a funcionar em uma das enfermarias do Hospital de Alienados; e implementado um amplo Programa de Higiene Mental. Essa nova estrutura psiquiátrica implicou o aumento de novas práticas terapêuticas, medidas preventivas e ações disciplinadoras dentro e fora do hospital.

Inicialmente, para atenuar o problema da superlotação do Hospital de Alienados, foi construído um novo pavilhão destinado às mulheres com a capacidade para abrigar 140 leitos. Nesse período, foi criado um serviço de fotografia, com o qual o paciente era fotografado na entrada e na saída do hospital. Nas inúmeras fotografias observadas nos prontuários, percebe-se a imagem dos pacientes disposta através de um corpo rígido, constrangido e assustado. A partir destas fotografias, o paciente tinha sua identidade aprisionada por uma série de estigmas dos quais dificilmente conseguiria se libertar.

Apesar das reformas iniciadas por Ulysses Pernambucano, o hospital continuou apresentando um quadro de extrema precariedade, superlotação e um número alarmante de óbitos. Em uma análise dos prontuários do Hospital de Alienados, durante o ano de 1933, das cinquenta mulheres registadas, no livro de número 650 a 700, dezenove morreram no mesmo ano de entrada, três no ano de 1934 e uma em 1941, inclusive algumas menores de idade. Esse dado demonstra o quadro de total penúria em que se encontravam as pacientes do Hospital.

No Recife, nos anos de 1930, as suspeitas de transtorno mental inicialmente eram conduzidas ao Pavilhão de Observação, posteriormente denominado Serviço de Observação, para receberem um diagnóstico conclusivo do estado mental e, em seguida, para internação no Hospital de Alienados. Todas as informações colhidas do paciente compunham o seu prontuário que se encontrava

sistematizado da seguinte forma nos anos trinta, quarenta e cinquenta: na primeira página, informações pessoais como nome, cor, idade, filiação, estado civil, profissão, instrução, naturalidade, residência, quem requereu a internação, falecimento, diagnóstico e fotografias de entrada e saída. Em seguida, eram submetidos a um exame no qual eram observados os antecedentes hereditários e colaterais do paciente. Durante essa primeira fase de observação, eram colhidas informações sobre a possibilidade de algum dos familiares, próximos ou distantes, serem portadores de alguma doença ou traços degenerativos (estado de alienação mental, epilepsia, criminalidade, alcoolismo, sífilis, tuberculose etc.). Na próxima etapa, eram requeridos subsídios sobre os seus antecedentes sociais, em que os psiquiatras indagavam do suspeito de desvio mental se havia contraído alguma doença na infância (sarampo, paludismo, catapora, coqueluche etc.) e em sua fase adulta. O número de filhos, os traumatismos, os acidentes, as "perversões sexuais", os abortos, a menstruação e os fluxos seguintes (catamênicos posteriores) eram também motivos de questionamentos por parte dos médicos. Em seguida, encontrava-se o "histórico atual da doença", no qual eram apresentados os principais motivos da internação, aspecto interessante do prontuário no qual se podem observar importantes informações fornecidas pelas pacientes. Geralmente temerosas, expunham aos psiquiatras os motivos que as levaram a sua internação. Nesta etapa, pode-se perceber pelos relatos das pacientes que muitas daquelas que foram internadas não havia motivos graves para tal procedimento. Em muitos casos, a palavra da família junto aos médicos era, em última instância, o que determinava o seu destino na instituição asilar.

Em seguida, eram procedidos os exames somáticos, através da utilização de métodos antropométricos, nos quais eram observados: altura, pelos, ossos, assimetria e possíveis anomalias. Aspectos da pele do rosto, cicatrizes, tatuagem, obesidade, digestão e aspectos da

língua eram avaliados, além do fígado, coração, pulmão, da icterícia, sensibilidade objetiva e sensorial. Reflexos superficiais e profundos, perturbações na palavra, a exemplo da gagueira, eram minuciosamente examinados pelos psiquiatras. Posteriormente, passava-se para os exames neurológicos com a finalidade de identificar alterações na coordenação dos membros, exames da condição do olho, reflexos, fala, olfato e a forma de caminhar. Outros dados importantes registrados nos prontuários constavam no exame mental. Desde a entrada da paciente na sala eram observados pelos médicos a sua postura, aspectos da expressão facial, indiferença ou não do olhar, se já teve alucinações, o humor, gestos, a memória, aparência e hábitos higiênicos, conhecimento do espaço e do tempo, nível intelectual, atitudes de agressividade ou não durante o interrogatório e o seu comportamento nos primeiros dias de internamentos. Percebemos na leitura dos prontuários que muitas pacientes se recusavam a falar durante o interrogatório; essa desobediência poderia significar uma reação às formas violentas a que eram submetidas na instituição asilar. Em alguns casos, era solicitado ao Instituto de Psicologia do Serviço de Higiene Mental dados sobre a Idade Mental, o QI.

Na etapa seguinte, constavam os exames complementares, ou seja, o resultado dos exames de urina, sangue, parasitológicos de fezes, dosagem de ureia e o exame de líquido cefalorraquidiano para detectar a sífilis. Esses requisitos nem sempre eram solicitados pelos médicos. Nas páginas seguintes, constavam a súmula, o diagnóstico e o tratamento, tópicos do prontuário que raramente eram preenchidos. E, por último, o decurso, no qual eram apresentadas informações precisas sobre altas, novas internações e falecimentos. A causa *mortis* quase nunca constava nos prontuários.

Em alguns prontuários consta ainda relatório das monitoras do Serviço de Higiene Mental (SHM) solicitado pelos médicos. Essa atividade constava em acompanhar os pacientes em suas residências através de visitas periódicas, sempre que fossem verificadas

quaisquer "anormalidades". Era intenção dos dirigentes do SHM que esses relatórios possibilitassem organizar em suas fichas informações detalhadas, especialmente sobre o comportamento no meio familiar e a sua conduta na sociedade. Eram também atribuições das monitoras e auxiliares-técnicas convencer e reconduzir ao ambulatório todos aqueles que tivessem abandonado o tratamento, além de fornecer regras de higiene mental aos seus familiares. Inicialmente, a atuação das monitoras foi tímida. Entretanto, no ano de 1935, verificou-se um notável aumento no número de visitações.

Ao longo dos anos de 1930, os prontuários passaram por pequenas mudanças com o objetivo de sistematizar e acompanhar com maiores informações aqueles que estavam submissos às práticas psiquiátricas. Até o ano de 1931, não se encontrava na primeira página itens como: classe, religião e grau de instrução. A incorporação desses novos dados tinha como objetivo identificar com maior precisão as pessoas supostamente portadoras de alienação mental e contribuir para que funcionários do Serviço de Higiene Mental instituíssem estatísticas para elaboração de dados quantitativos e comparativos para profilaxia das "doenças mentais". Essa estrutura dos Prontuários vai permanecer até o final dos anos de 1950.

Na leitura dos prontuários, percebe-se que não existe diálogo possível entre o psiquiatra do hospício e o interno; em vez disso a fala do paciente serve apenas como "material clínico" que deve ser examinado para se chegar a um diagnóstico. Se o suspeito de loucura, por algum motivo, não cooperasse durante a entrevista, essa recusa era imediatamente considerada um grave sinal de alguma "doença mental". Caso o paciente tentasse fazer algum comentário sobre o que julgava estar acontecendo, sua verbalização era quase sempre dada como "ininteligível". Em sua maioria, os psiquiatras demonstravam desinteresse pela opinião dos pacientes. Rotulado e isolado, restava-lhe viver nos limites dos muros do hospício, sofrendo todo tipo de humilhação e violência. Segundo Foucault, o interrogatório

médico é uma maneira de substituir discretamente as informações tiradas do doente pela aparência de um jogo de significações que proporciona ao médico uma ascendência sobre o doente; podendo intervir, caso notasse que não estava dizendo a verdade, e mostrar que sabe mais do que ele. O interrogatório visaria, igualmente, a produção de um dossiê permanente sobre o sujeito. Logo, estava à disposição do médico um sistema completo de anotações sobre o "doente" no hospício. Enfim, ele seria também o lugar do grande jogo da clínica, isto é, a apresentação do doente no interior de uma encenação em que o interrogatório servia para a instrução dos estudantes e em que o médico atuava no duplo registro daquele que examinava e daquele que ensinava (FOUCAULT, 2006, p. 231-232). Essas linhas demostram o que ocorria no Pavilhão de Observações durante a anamnese do paciente.

A jornada na instituição representava a ruptura com a vida anterior, na qual o indivíduo podia realizar diferentes tarefas em lugares diversos e conviver com personalidades várias. O aspecto central das instituições totais, segundo Goffman, seria a eliminação das múltiplas esferas da vida, pois, a partir da internação, tudo o que envolvia a vida do paciente passava a ser realizado num mesmo local e sob uma única autoridade. Além disso, cada fase da atividade diária do interno era realizada na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas, com rigoroso controle de horário e sob a observação de enfermeiros.

Ao pesquisar o livro com 50 prontuários de mulheres do mês de março de 1936 do Hospital de Alienados, encontramos dados importantes sobre a vida dessas pessoas e uma forte atuação do Serviço de Higiene Mental. No item referente à classe, 99% eram de indigentes e apenas 1% de contribuinte. Esse dado vem demostrar que a grande clientela dos hospitais psiquiátricos públicos era oriunda das camadas mais pobres da população e, consequentemente, mais vulneráveis às medidas coercitivas do aparelho estatal.

Em relação à cor, o predomínio é de mulheres brancas, num total de 20; 19 eram "pardas"; 10 eram "pretas" e uma era sem registro. Esses dados vão de encontro ao discurso propagado pelos médicos eugenistas das primeiras décadas do século XX de que as negras eram mais propensas à loucura.

No que se refere aos diagnósticos, é significativa a internação de mulheres com psicose maníaco-depressiva, chegando ao percentual de 48%. Outras foram internadas com os seguintes diagnósticos: esquizofrenia; psicose evolutiva; demência senil; síndrome de Parkinson; epilepsia; confusão mental; debilidade mental e debilidade senil. É importante ressaltar que os diagnósticos de degenerada e histeria já não aparecem no livro consultado. Construídos pelas informações contidas nos prontuários, oferecemos ao leitor fragmentos da história de mulheres que passaram pelo Hospital de Alienados e tiveram sua vida monitorada pelas visitadoras do SHM.

Um ponto de grande interesse que pode ser citado era a variedade de requerentes do internamento, constam polícia, pai, filhos, genro, irmãos, neto, patrão, amiga, cunhado e os esposos que tiveram uma participação efetiva nesse processo. Dos cinquenta prontuários, nove suspeitas de alienação mental foram levadas para o Serviço de Observação pelos seus maridos.

Examinando os prontuários, podemos constatar que entre a ocupação dessas mulheres havia um ponto comum entre todas elas: a humildade dos ofícios. Em sua grande maioria, eram domésticas ou trabalhavam em serviços afins: arrumadeiras, lavadeiras, cozinheiras e engomadeiras. Poucas trabalhavam no campo e, das cinquenta, apenas uma era operária e outra bordadeira. No que se refere à idade, em sua grande maioria, elas eram de faixa etária entre 20 e 45 anos. Entretanto, menores de idade também foram internadas no Hospital de alienados.

Muitas mulheres resistiam à violência imposta pela estrutura manicomial, fugindo do hospício, defecando e urinando em locais não permitidos, usando "palavrões", brigando entre si, agredindo

enfermeiros, chorando compulsivamente, além de outras reações de descontentamento. Com a superlotação do hospício, o namoro e as relações sexuais eram também estratégias de que se valiam para resistirem à opressão e à violência impostas pelo sistema manicomial. Alguns espaços eram delimitados pelos próprios pacientes para essa finalidade. Quando permaneciam por muito tempo internados no hospital, seja pelo abandono da família ou pelo agravamento da doença, eram vitimados por um quadro de cronificação irreversível.

No trabalho sobre a Paralisia Geral em Pernambuco, os doutores José Alberto Maia e Luiz Ataíde apresentaram importantes quadros estatísticos sobre a população de pacientes internada no Hospital de Alienados entre os anos de 1935 e 1946. Percebe-se na tabela um aumento expressivo no número de internos, entre homens e mulheres. Durante este período em Pernambuco, milhares de pessoas ditas loucas foram encaminhadas ao Hospital de Alienados.

Tabela 2. Internos no Hospital de Alienados do Recife

Anos	Masculino	Feminino	Total
1935	304	316	620
1936	413	442	855
1937	412	403	815
1938	355	371	726
1939	420	408	828
1940	478	411	889
1941	447	418	865
1942	397	381	778
1943	417	356	773
1944	474	474	948
1945	539	447	986

Fonte: Maia e Ataíde (1948).

Esse período retrata uma época em que se estabeleceu uma configuração diferenciada na política psiquiátrica assistencial brasileira: a partir de 1937 ocorreram reestruturações na assistência à saúde por parte do governo federal com a criação do Ministério da Educação e Saúde (MES) e da Divisão Nacional de Saúde (DNS). A essas instâncias de governo estava subordinada a Divisão de Assistência a Psicopatas (1927-1941) e, posteriormente, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1941 e responsável pela execução e uma significativa expansão da assistência psiquiátrica de abrangência nacional, organizando-a em termos de novas estruturas institucionais e de aumento do número de atendimento à população. Assim, o DNS expandia sua ação no campo da psiquiatria, até então mais centralizada no Distrito Federal.

Com a instituição do SNDM, sob a administração do doutor Adauto Botelho (1941-1954), iniciou-se um processo de construção e ampliação de hospícios, além da fundação de novos ambulatórios. É importante ressaltar que as novas diretrizes tomadas pelos governantes continuaram nada favoráveis às pessoas internadas nos hospícios, especialmente aos hospitais psiquiátricos públicos, habitados em sua grande maioria por indigentes.

No dia 16 de junho, em passagem pela cidade do Recife, Botelho visitou o Serviço de Assistência a Psicopatas, as instalações do que seria posteriormente a Escola de Anormais, a Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina, bem como outros estabelecimentos hospitalares. Três dias depois, foi homenageado no Clube Internacional do Recife pelos principais representantes das instituições médicas de Pernambuco. Na oportunidade, Ulysses Pernambucano realizou um veemente discurso, enaltecendo o trabalho desenvolvido por Juliano Moreira e pelo dirigente do SNDM, em prol da Higiene Mental no Brasil. Em seguida, teceu comentários sobre o êxito das terapias de choque na cura dos pacientes: as "doenças mentais psicóticas, aquelas nas quais parecia preponderar o fator individual, biótico,

originariamente hereditário, influenciado por condições psicossociais das mais variadas – constituíam a nossa grande fraqueza". A terapêutica de Eletrochoque "pela Insulina e pelo Cardiazol marca inquestionavelmente", segundo os psiquiatras da época, "um progresso nesse domínio; ela restitui à sociedade uma elevada percentagem de doentes" (NEUROBIOLOGIA, 1942, p. 98). Na leitura sobre as Terapias Biológicas, constatamos que essa afirmativa não corresponde à realidade dos tratamentos nos hospícios, tendo em vista os sérios danos mentais e físicos nos pacientes. Nesse período, foram utilizados três novos métodos terapêuticos no Hospital de Alienados: o coma e a convulsão induzidos por insulina, descobertos em 1927, pelo médico polonês Manfred J. Sakel; a convulsão ocasionada pela droga cardiazol, descoberta pelo médico húngaro Ladislaus von Meduna, em 1934; e a terapia eletroconvulsiva, aplicada pela primeira vez pelos médicos italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini, em 1937. Além de Lobotomia (MIRANDA, 2014, p. 203).

Em 1950, Agamenon Magalhães, que fora interventor em Pernambuco de dezembro de 1937 a 1945, administrando o Estado com mão de ferro, ganha a eleição para João Cleofas de Oliveira por uma pequena margem de votos. Sem terminar o mandato, faleceu no dia 23 de agosto de 1952, vítima de um enfarte fulminante. Durante todo esse período, o Hospital de Alienados passou por situação de grande penúria, conforme transcreveu o jornalista Nerton Macêdo de Alcântara, do Diario de Pernambuco, no mês de outubro de 1951, em uma reportagem denominada "Mergulho nas Estatísticas da Loucura". Pela sua importância pela escassez de notícia por parte da imprensa local, optamos por utilizar as informações do autor sobre o Hospital de Alienados (DIARIO DE PERNAMBUCO, 11 out. 1951). Logo no início do artigo, deixa claro o emprego, muitas vezes dispensável, do eletrochoque e da terapia com o Cardiazol, tendo em vista a ausência de uma terapia ocupacional que possibilitaria vantagem para os pacientes, evitando conflitos internos e o

sedentarismo, o que prejudicava todo o esforço do trabalho da clínica. Segundo o repórter, a "psicose" dos pacientes continua sendo alimentada pelo próprio ambiente "sinistro que prende o doente nesse ambiente hospitalar", apesar da ajuda mensal do Departamento de Assistência Hospitalar, através de verbas de auxílio aos hospitais. Com capacidade para abrigar 570 pacientes, o hospital excedia em 300, perfazendo o total de 870. Essa superlotação era responsável pela falta de leitos e obrigava os usuários do serviço a dormirem no chão dos corredores das enfermarias sem sequer um lençol para protegê-los dos insetos e da umidade do tempo. Ressaltou que a alimentação era bastante precária e pouca, constando quase sempre de "pirão com carne de charque". Em relação às condições de higiene do hospital, o relato chama a atenção que em todas as suas dependências era visível a sujeira e o descaso com a higiene, especialmente nas enfermarias e nos banheiros, não poupando nem o refeitório dos pacientes.

O repórter chama a atenção para "verba doente-dia" de 19 cruzeiros e 50 centavos, em relação ao montante que era destinado para o próximo mês de novembro de 65 mil cruzeiros para a compra de medicamentos para indigentes. No que se refere aos gastos com alimentação mensal, expõe as seguintes informações: 600 quilos de café; 400 quilos de doce; 5.800 pães e 32 sacos de feijão. Relatou ainda que, segundo informações prestadas pelo Dr. João Marque de Sá, no momento da reportagem, encontravam-se internados 840 pacientes, entre homens e mulheres. Os do sexo masculino ficavam recolhidos no Pavilhão Juliano Moreira e as mulheres no Faustino Esposel. Os pacientes eram alojados de acordo com quatro classes, levando em consideração o poder aquisitivo de seus familiares. Assim, os de primeira classe, os abastados, pagavam uma diária de 80 cruzeiros; os de segunda classe contribuíam com 60 cruzeiros; os de terceira classe saldavam 40 cruzeiros e, finalmente, os de quarta classe 30 cruzeiros. Por sua vez, os indigentes, que eram

em maior número e não pagavam nada, eram recolhidos ao Serviço de Indigente, o qual não possuía verba suficiente; por isso, seus usuários não recebiam alimentação adequada, medicamentos, roupas e dormiam no chão, fato que atrapalhava a terapêutica. Em relação aos medicamentos, aqueles oferecidos no Serviço de Indigente eram quase sempre amostras grátis de laboratórios.

Tamanho descaso com a população de indigentes era frequente em quase todos os hospitais psiquiátricos do Brasil. Não obstante os infortúnios da precariedade do Serviço de Indigente, o Hospital de Alienados sofria com a deficiência de uma equipe técnica e dispunha de poucos profissionais de enfermagem e de segurança. O corpo de internos é formado por nove acadêmicos do quarto, quinto e sexto anos de medicina que residiam nas dependências do hospital. Ressalta o valioso trabalho voluntário das religiosas, Filhas de Sant'Ana, que auxiliavam como enfermeiras nos cuidados com os portadores de transtornos mentais, alguns acometidos de outras "doenças", a exemplo da tuberculose. O edifício do hospital apresenta vários problemas em suas instalações físicas, precisando urgentemente de serem consertadas. O Serviço de Higiene Mental, de grande importância para a assistência aos "alienados", encontra-se praticamente esquecido, com apenas três monitoras, a mesma quantidade de 20 anos atrás.

Indignado com a situação de penúria em que se encontrava o Hospital de Alienados, o jornalista sugeriu a uma Comissão de Deputados uma visita ao local para tomar conhecimento da situação "verdadeira e aflitiva da velha instituição"; e, assim, juntamente com o diretor do hospital, apresentar alguma solução diante de tamanha gravidade. Por fim, encerrou a matéria jornalística com a seguinte pergunta: "Até quando continuará essa situação? Que mais pode fazer a direção do Hospital de Alienados, lutando com tanta dificuldade". Essa reportagem traduz bem a situação em que os portadores de sofrimento psíquico passavam nas dependências do Hospital (OLIVEIRA; MIRANDA, 2020, p. 209-210).

Nos anos de 1950, além das terapêuticas biológicas, a exemplo do eletrochoque e da insulinoterapia (MIRANDA, 2014), foram introduzidos os primeiros neuroléticos, a Clorpromazina e a Reserpina, medicações responsáveis pela hibernação química dos pacientes durante dias. Usadas em dosagens altas, provocavam grandes mudanças na esfera do psiquismo após a narcose prolongada: angústia, inquietação, agressividade, mal-estar, entre outras. A observação de que ela poderia causar depressões e suicídio levou os psiquiatras a abandonarem o uso excessivo dessas medicações.

Dando continuidade à análise da vivência e do descaso com as mulheres internadas na estrutura manicomial no Recife, passamos a narrar suas histórias nos labirintos do Hospital de Alienados. Das centenas de prontuários digitalizados, optamos por analisar cinco casos nos anos de 1950. Ainda que tenham sido mediadas ou filtradas pelos representantes do saber psiquiátrico, suas experiências podem tomar vulto se o historiador atento fizer as perguntas certas que tornem reconhecidas vidas que foram afetadas pelo silêncio e pela repressão. Detentora de uma rede própria de significados, essa documentação autentica a busca de outras sensibilidades que dão conta de um novo olhar sobre esta temática.

A primeira consta no prontuário de número 9595 da menor M. D. S. internada como indigente. De cor parda, 16 anos de idade, solteira, católica, doméstica e com instrução "preliminar". Residia na localidade de Coqueiral e foi internada pela família no dia 29 de janeiro de 1953. Foi diagnosticada com Esquizofrenia; a conclusão a que chegaram os psiquiatras não fica muito clara, tendo em vista que ao lado do diagnóstico conclusivo há uma interrogação. Em seus Antecedentes Sociais, sua mãe expõe que a menor frequentou a escola por um ano e alguns meses, com pouco aproveitamento. Trabalhava como empregada doméstica em várias "casas de famílias" e frequentou o espiritismo com finalidade de tratamento. Em seu Histórico da Doença, consta que há um mês estava "doente",

com apatia, sem ânimo para trabalhar. Segundo o psiquiatra, disse ser vítima de "catimbó e espiritismo". Tornou-se desobediente até que cometeu alguns desatinos e passou a ouvir vozes que lhe ordenavam coisas "absurdas". Passou a atirar pedras nos transeuntes e a sair de casa sem avisar. Em seu Exame Somático foi enquadrada com o tipo Leptossomático, com a pele e mucosas coradas. No Exame Neurológico, apresentou marcha, reflexos e pupilas normais. Realizou exames laboratoriais, não apresentando alterações significativas. Recebeu eletrochoque no dia 16 de fevereiro, 5 dias depois obteve alta. A história dessa adolescente demostra alguns dados que merecem ser comentados: em primeiro lugar, que ainda nos anos de 1950, menores eram internadas no Hospital de Alienados da Divisão de Assistência a Psicopatas como indigentes encaminhados pela própria família. A associação dela com o "catimbó e espiritismo", segundo relato dos psiquiatras, revela que em muitos casos os praticantes dos cultos afro-descentes eram associados à "loucura" e sofriam perseguição por parte da polícia desde anos de 1920. Na leitura do prontuário, fica evidente a exploração de menores no trabalho doméstico em várias "casas de famílias". Essa agressão infelizmente ocorre no Brasil até os tempos presentes. Outro fato que chama a atenção é o emprego do Eletrochoque cinco dias antes de sua alta com um quadro de "melhoras".

É importante ressaltar que todos os Prontuários do Hospital de Alienados nos anos 1950 seguiam a Escola da Biotipologia alemã de Ernst Kretschmer (1888-1964), que relaciona temperamentos e comportamentos aos aspectos morfológicos para determinar três tipos classificatórios: pícnicos, astênicos e atléticos. Os pícnicos seriam pessoas com corpos "rechonchudos, face arredondada e musculatura mole". Caracterizar-se-iam por "acúmulo de gordura no pescoço, face e tronco, além de tendência a serem maníaco-depressivos". Os astênicos (Leptossomáticos) por sua vez, possuíam corpos "mais desenvolvidos em comprimento do que altura",

apresentando tendência a desenvolver esquizofrenia. Os atléticos seriam pessoas "esbeltas com extremidades longas e corpos robustos", que também teriam tendência à esquizofrenia.

A segunda história, prontuário nº 9519, é a de Josefa D. M. da C., internada como indigente. De cor "parda", tinha 20 anos de idade, solteira, doméstica, católica, residente na Serra Verde, em Caruaru. Foi encaminha pela Divisão de Assistência Hospitalar, no dia 5 de fevereiro de 1953, com o diagnóstico de Epilepsia. Em seus Antecedentes Hereditários consta que possuía o pai vivo com saúde. Era tabagista, assim como a sua mãe já falecida. Em seus Antessentes Pessoais e Colaterais, informa-se que quando criança teve sarampo e varíola, não sabendo confirmar o período da Menarca (menstruação). Nunca teve doenças venéreas nem traumatismo craniano. Em seus Antecederes Sociais, informa que foi criada pelos pais em Serra Verde e nunca frequentou a escola. Disse gostar muito de festas e divertimentos sempre em companhia dos pais. Nunca frequentou sessão espírita nem "catimbós". No Histórico da Doença, disse que estava doente há, aproximadamente, três meses, apresentando tonturas e escurecimento da vista. Acrescentou que teve uma visão que lhe perguntou se "ainda era moça". O Exame Somático apontou que Josefa era do tipo Leptossomático, com pele e mucosas visíveis e coradas, gânglios palpáveis e o "aparelho de vida vegetativa normal ao exame clínico". No Exame Neurológico, apresentou marcha, fala e estática normal. Não exibiu anormalidade em seus reflexos "superficiais e profundos". Suas pupilas reagiram à ação da luz. No seu Exame Mental, Josefa disse conhecer o nome dos seus pais, não sabendo onde se encontravam, nem o dia do mês nem o ano. Informou o psiquiatra que a paciente não acompanhava a conversa, tinha respostas sem sentido e insistia em querer um vestido azul de seda para ir aos "cantos" e um anel. Em determinado momento, Josefa passou a cantar e a rezar em voz alta e pediu a bênção aos presentes da sala médica, sem dar muita atenção ao

examinador. Por fim, foi acrescida a informação de que ela obedecia às determinações médicas.

Foram prescritos exames de Ureia e algumas medicações: Extrato Hepático com Soro fisiológico, Complexo B e Gardenal Ampola. Fez teste sorológico contra sífilis com resultado negativo. No decurso do prontuário, o Dr. Zaldo Rocha informou que Josefa faleceu no dia 15 de junho de 1954 e seu corpo foi encaminhado para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO). A Causa Mortis não foi informada. Um dado que nos chamou a atenção nesse prontuário foi que a paciente não apresentou crise de convulsão durante todo o período de sua internação relatada pelos médicos, nem expôs qualquer alteração em seu comportamento. Infelizmente, pessoas com esses diagnósticos eram internadas e muitas vezes abandonadas pelos seus familiares nos hospícios do Brasil. Em nossa pesquisa nos prontuários do Hospital Ulysses Pernambucano, encontramos documentações referentes a pacientes internados com Epilepsia até nos anos de 1960.

A terceira história consta no prontuário nº 9531, de Antônia F. A., internada como indigente, de cor branca, 30 anos de idade, casada, analfabeta, profissão doméstica, católica e residia do município de Aliança (PE). Deu entrada pela Divisão de Assistência Hospitalar, no dia 11 de fevereiro de 1951, com o diagnóstico de Psicose Maníaco Depressiva (PMD). Em seus Antecedentes Hereditários consta que o pai se encontrava vivo, com saúde e era tabagista. Já a mãe gozava de saúde, era doméstica e teve seis filhos, um deles falecido; e tendo feito um aborto. Em seus Antecedentes Pessoais e Colaterais consta ter nascida "a termo", de gestação e parto normal. Marcha, fala e dentição "em épocas fisiológicas". Quando criança, teve sarampo e varíola. Menarca ocorrida aos 14 anos. Em relação aos seus Antecedentes Sociais, diz que foi criada em ambiente familiar e humilde no interior. Frequentou a escola por insistência da mãe; contudo, não obteve nenhum aproveitamento. De conduta

alegre e expansiva, afirmou que gostava de festa em ambiente familiar. Assegurando bom comportamento em família e na sociedade, disse que nunca frequentou sessões espíritas. Em seu Histórico da Doença Atual consta que a paciente ingressou no Hospital para tomar injeções para uma infecção na garganta e um resfriado. Não se avaliava louca, considerando que dormia bem e se alimentava regularmente. Em seu Exame Somático, consta ser do tipo Pícnico, com bom estado de nutrição e força. Aparelho digestivo e respiratório dentro da normalidade. No Exame Neurológico, foi registrado que possuía fala normal, marcha, reflexos e pupilas sensíveis à ação da luz. No Exame Mental, realizado no dia 12/02/1953, relata o psiquiatra que Antônia se apresentou triste, chorando e desorientada no tempo e no espaço. Sete dias depois a paciente estava calma, coerente e falando somente quando inquerida, apresentando memória fraca para os fatos presentes. Entre fevereiro e março de 1953, foi submetida a 19 sessões de eletrochoque, sem motivo justificado. No dia 19 de fevereiro realizou o exame do "Liquido Céfalo Raquiano" para detectar sífilis, com resultado negativo. Em relação à terapêutica, no último ano em que ficou internada, além dos eletrochoques, foram prescritas várias medicações, entre elas glicose com vitamina B e "Thiamina". No dia 27 de dezembro de 1953, Antônia veio a falecer; porém, a causa mortis não foi apresentada. Na leitura cuidadosa do documento, não ficam claros os motivos que levaram uma mulher jovem, aparentemente saudável e calma, a ser submetida a várias sessões de eletrochoques, ter passado quase três anos internada como indigente e, por fim, vir a óbito.

A quarta história, prontuário nº 9538, é de Maria C. G., que foi internada como indigente, de "cor parda", 47 anos de idade, solteira, doméstica, católica e com instruções rudimentares. Residente no bairro de Peixinhos – Recife, deu entrada no dia 14 de fevereiro de 1953, sendo encaminhada pela família e diagnosticada como Esquizofrênica. Em seus Antecedentes Hereditários consta que a

paciente teve três irmãos, dois falecidos "acidentalmente" e outro de causa ignorada. Com histórico de um aborto, informou que tinha uma filha que "sofre dos nervos" e um filho que apresentava ataques; ambos tiveram tratamento no Hospital Correia Picanço onde funcionava o Serviço Aberto do Serviço de Higiene Mental. Nos Antecedentes Pessoais e Colaterais, o psiquiatra informou que não havia informações sobre a sua condição de nascimento e desenvolvimento, igualmente em relação ao seu passado "mórbido". Não teve doenças graves quando adulta. Tabagista "inveterada", não tomava bebida alcoólica. Conta que teve seis filhos, três já falecidos de causas diversas. Nos Antecedentes Sociais disse que frequentou a escola primária com bom aproveitamento e foi criada num ambiente humilde. Afirmou que, aos vinte anos de idade, "se amasiou" com um homem e viveu em sua companhia por treze anos; tendo-o deixado, posteriormente, para viver com outro. Diz-se católica, mas não frequentava a igreja, e nem também sessões espiritas. Em seu Histórico da Doença, informou que estava doente há dois anos. No primeiro ano, era "tolerada apenas pela família com conversas amenas". Consta no documento que sempre foi descuidada de seu asseio corporal e não dava qualquer importância aos seus trajes. No período da sua doença foi completamente destituída do senso de responsabilidade, não tomando conhecimento dos afazeres domésticos, nem permitia que seus filhos fizessem qualquer coisa. Ultimamente "vive um tanto agitada", tentando fugir, nada dorme durante a noite, ficando a falar e a andar inquieta sempre fazendo coisas incoerentes. A paciente morava numa "choupana" e quando seus filhos lhe visitavam eram mal-recebidos. Em seu Exame Somático, consta ser do tipo Leptossomático e com dentição em péssimo estado. No Exame Neurológico não apresentou qualquer anormalidade; no Mental, realizado no dia 14 de fevereiro de 1953, o médico informa que a paciente se encontrava "mais ou menos calma" e não querendo se internar, mas completamente

desorientada no tempo e de sua situação. Ao ser reavaliada em 22 de fevereiro de 1953, apresentou-se calma, ainda desorientada no tempo e no espaço. Quando interrogada, falava prestando as informações que se deseja. Conversava muito, estendendo-se em detalhes. Dizia estar ali por causa de uma filha que ali se encontrava internada; e que precisava de seu sangue "que é da cor mesma como da filha para ficar boa". Afirmava que não estava doente, apenas emagrecida. Demonstrava afetividade e respondia de modo espontâneo aos testes elementares de inteligência.

No dia 19 de fevereiro, foi requisitado pelo Dr. José Carlos Cavalcanti Borges que as monitoras do Serviço de Higiene Mental realizassem uma visita na residência de Maria C. G. para obter informações detalhadas sobre a vida da paciente. Atendendo à solicitação, a monitora Terezinha Brito informou em seu relatório, datado do dia 24 de fevereiro, que encontrou a casa vazia e a vizinhança relatou que Maria morava sozinha e que viveu com um homem durante doze anos, tendo este a abandonado devido a seu estado de saúde mental. Foi confirmado que a paciente tinha dois filhos que sofriam dos "nervos". Ultimamente, Maria havia piorado progressivamente, correndo pelas ruas, gritando, chorando e tentando agredir o povo quando provocada, chamando nomes "obscenos". Frente a essa situação, a vizinha comunicou à família que a internou no Hospital de Alienados.

No mês de fevereiro, fez exame do Líquido "Céfalo Raquiano" com resultado negativo e outros exames laboratoriais de Ureia, Urina e Glicose. Em abril, realizou um Raio X no Serviço de Radiologia do Hospital, tendo sido constatada uma infiltração no campo do pulmão direito. Em relação à terapêutica, foi prescrita Penicilina. Em março, submeteu-se a três choques com Cardiazol e vários Choques Insulínicos, sem, contudo, obter melhoras. No Decurso, consta que Maria faleceu no dia 13 de junho de 1953, com Tuberculose Pulmonar e Insuficiência Hepática.

Considerando essa passagem de Maria C. G. pelo Hospital de Alienados, faz-se necessário tecer alguns comentários. Fica clara, durante a anamese, a posição de superioridade do psiquiatra em alguns momentos da fala da paciente. Nos cinquenta prontuários analisados desse período, apenas dois dos cinquenta contou com a participação das monitoras do SHM atuando fora do Hospital; este dado confirma a informação apresentada na reportagem do jornalista Nerton Macêdo de Alcântara, do Diario de Pernambuco, sobre o desmonte desse Serviço. Outro dado significativo foi o uso do Cardiozol, quando essa terapia biológica praticamente não era mais utilizada nos hospitais psiquiátricos pela sua ineficácia e os prejuízos que trazia à saúde física e mental dos pacientes. Finalmente, este foi um dos poucos prontuários em que foi utilizado o choque insulínico que era mais empregado nos hospitais psiquiátricos particulares.

A quinta história, prontuário nº 9506, é de Albertina A. C., internada como indigente, de "cor parda", com 34 anos de idade, solteira, lavadeira, católica e analfabeta. Residia no Alto do Céu, em Recife. Deu entrada através da polícia no dia 29 de janeiro de 1953, com o diagnóstico de Esquizofrenia. Em seus Antecedentes Hereditários, consta que seu pai faleceu de "falta de ar". A mãe encontrava-se viva, era doméstica, mas "goza de pouca saúde". De dois relacionamentos, teve 14 filhos, dentre os quais dois vieram a óbito com pouca idade e outros dois sofreram abortos. "Tara neupsicopata": refere-se a uma irmã – "louca".

Nos seus Antecedentes Pessoais e Colaterais, afirma ter nascido a termo, de parto e gestação normal, fala e dentição em "época fisiológica". Quando criança teve sarampo e varíola; na idade adulta, "gripes". Não faz uso de tóxicos. Menarca aos 12 anos com regularidade durante quatro dias sem dores. Nega ter contraído doenças venéreas e traumatismo craniano. No Exame Somático, foi enquadrada no tipo Leptssomático, pele e mucosa visíveis "descoradas". Bom estado de força e nutrição, aparelhos respiratório, urinário e

digestivo normais ao exame clínico. Foi constatado, no seu Exame Neurológico, marcha e fala normal, reflexos normais com a pupila respondendo à ação da luz.

Em relação aos seus Antecedentes Sociais, afirma que foi criada pelos pais em ambiente familiar humilde do interior, onde trabalhava nos serviços agrícolas, frequentou a escola sem nenhum aproveitamento. Alegre, faz amizade com facilidade e não "é dada a festa". Bom comportamento em família e sociedade, católica pouco praticante e não frequenta "catimbó". Segundo seu Histórico da Doença, conta que a pouco tempo foi vítima de uma "agonia" na cabeça. Foi informado por intermédio de outras pessoas que a paciente se encontrava num quadro de excitação e agonia. Na ocasião do exame, estava acompanhada por um militar e algumas pessoas da família. No Exame Somático, enquadrou-se no Biotipo Leptossomático. Apresentava pele e mucosas visíveis "descoradas". Bom estado de força e nutrição, aparelhos respiratório, urinário e digestivo normais. No Exame Neurológico, exibiu marcha, fala e reflexos dentro da normalidade e a pupila respondendo à ação da luz. Em seu Exame Mental, apresentou um discurso incoerente e ilógico. Chorava constantemente com lamentações que se repetiam a todo instante, mostrando-se desorientada no tempo e no espaço. Em relação à terapêutica, foi submetida a choques insulínicos e a 16 sessões de eletrochoque. Realizou exame de Líquido Céfalo Raquiano, com resultado negativo, e exames laboratoriais de dosagem de uréia, considerado normal. Entre os anos de 1962 e 1963, tomou várias injeções de Ampliquitil. No Decurso, incluiu-se que Albertina. Desde sua primeira entrada em 1953, voltou ao Hospital 6 vezes para novas internações. A sexta internação ocorreu no dia 31 de janeiro de 1967, "com alta melhorada" em 30 de abril do mesmo ano. Posteriormente, foi submetida a tratamento ambulatorial.

Consta ainda em prontuário que a paciente, no dia 25 de fevereiro de 1974, foi atendida no Hospital da Restauração e posteriormente

encaminhada à Fundação de Saúde Amaury de Medeiros (Fusam). No Hospital de Alienados foi submetida a uma anamnese com a idade de 43 anos. Segundo o Histórico da Doença Atual, teve seis internações e estava submetida a tratamento ambulatorial, não tomando a medicação prescrita – Diazepan. O motivo de seu sétimo internamento, no dia 25 de fevereiro de 1974, foi em virtude de suas constantes fugas de sua residência. Informa o seu esposo que Albertina não dormia bem à noite há vários dias e que se encontrava muito agitada e se negando a realizar os "afazeres domésticos". Durante toda a entrevista, disse estar com muita sede. Foram ainda observados os seus Antecedentes Hereditários e Colaterais, em que foi registrado que tinha um irmão psicopata, pais falecidos e negava suicídio e homicídio entre os familiares. Nos seus Antecedentes Pessoais, há informação de que a paciente apresentava condições de gestação, parto natural e desenvolvimento psicomotor motor normal. Registrou-se também que, na infância, teve: papeira, sarampo e varicela. Antecedentes Sociais – Personalidade Pré-Morbida. Informa que vivia bem com seus familiares e amigos. Diz que quando trabalhava como empregada doméstica em Olinda foi acusada de furto, e presa, afirmando que não praticou o delito. Avaliada com Q.I. de 09 anos de idade. Morava com seu companheiro, mas não houve casamento; tendo, dessa união, um filho, que faleceu aos nove meses. Segundo o Exame Mental, a paciente se encontrava perdida no tempo e no espaço, com consciência "turva", apresentando um quadro de alucinações visuais e auditivas. "Delírios. Excitada, e com personalidade alterada".

No Exame Somático, foi corroborado que Albertina apresentava pele e mucosa coradas, ausência de edemas e "enfartamento ganglionares". O Diagnóstico seguiu a segunda edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II), classificação de transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana de 1968, em que o conceito de esquizofrenia é apresentado muito amplo

com uma descrição de sintomas pouco elaborada, sendo considerado psicótico todo paciente que era "incapaz de atender às demandas da vida diária" (ELKIS, 2000, p. 25). A Paciente obteve alta por ordem médica no dia 5 de março de 1974. Essa foi a última notícia de Albertina, que passou boa parte da sua vida numa instituição asilar.

A leitura desse extenso prontuário nos permitiu observar algumas mudanças em suas informações e evolução. Nos anos de 1970, já não aparecem as fotografias de entrada e saída dos pacientes. O documento pesquisado se mostra bem mais resumido, com apenas duas páginas; no Exame Somático também não se encontrava os tipos estabelecidos pelas escolas de Biotipologia Alemã e Italiana. O Diagnóstico seguia a segunda edição do DSM-II e, por fim, a terapêutica estava alinhada com os medicamentos psicofármaco ou psicotrópicos do grupo de substâncias químicas que trabalhavam no sistema nervoso central, além do Eletrochoque.

Os relatos escritos evidenciaram que, no princípio dos anos 1950, existiam poucos fármacos para o tratamento psiquiátrico e os disponíveis tinham um potencial de ação insuficiente para minimizar os sintomas decorrentes de transtorno mental. A psicofarmacologia teve início em 1952, quando os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Denicker obtiveram alguns sucessos no tratamento das pessoas com transtornos mentais com uma nova substância: a clorpromazina. Somente a partir de 1952 esse psicofármarco, especialmente o Amplictil que era seu derivado, passou a ser empregado no tratamento dos portadores de transtorno mental, particularmente em pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. Inicialmente, a sua utilização foi realizada nos hospitais psiquiátricos franceses e, em seguida, em toda a Europa e Estados Unidos. No Brasil, somente em 1956 passou a ser prescrita nos hospitais psiquiátricos em larga escala. Quase sempre essa medicação era associada às terapias biológicas, a exemplo do eletrochoque e do choque insulínico.

Nos registros médicos foi observado que o tratamento reduzia a agitação psicomotora, as alucinações e os delírios. Esse desempenho foi denominado neurolepsia e novos medicamentos com esse emprego passaram a ser chamados neurolépticos. No final dos anos 1950, essas medicações pertenciam a vários grupos, compondo, assim, um "verdadeiro arsenal terapêutico" para os psiquiatras. Apesar dos neurolépticos possibilitarem a saída dos hospitais de pacientes considerados cronificados até então, a documentação consultada nos Arquivos dos prontuários do Hospital Ulysses Pernambucano aponta para um crescimento de internações no já superlotado Hospital de Alienados durante toda década de 1950.

Em muitos casos, a medicação foi prescrita em doses exageradas, "síndrome de impregnação", nos pacientes hospitalizados que passaram a apresentar diversas reações desagradáveis durante a administração da droga que modificavam de forma severa o equilíbrio orgânico e mental: espasmo de torção, angústia, inquietação, taquicardia, agressividade, sonolência exagerada, alterações na pressão arterial, retenção urinária e hipertonias musculares, entre outras.

Tendo em vista esses efeitos colaterais, especialmente a hipertonia muscular, passaram a ser denominadas popularmente "camisa de força química ou entortadeira", quando o paciente ficava por longo período sedado ou andava cambaleando com o corpo pendendo para um lado. Posteriormente, com o aumento na quantidade e qualidade dos psicofármacos lançados pela indústria farmacêutica, houve uma diminuição da manifestação de alguns dos sintomas de determinados transtornos mentais. É importante ressaltar que a competitividade dos laboratórios no lançamento de novas medicações, embora nem sempre eficientes, trouxe algumas dificuldades para os psiquiatras da época na prescrição de um remédio mais adequado. Apesar da grande publicidade nos lançamentos de alguns remédios, devido aos seus efeitos severos ao sistema nervoso central hepático e renal, algumas medicações foram abandonadas pelos especialistas.

Nas histórias narradas dessas mulheres pobres, "pretas", "pardas", brancas, jovens e idosas, em suas grandes maiorias analfabetas, que passaram por internações no Hospital de Alienados, quase sempre os motivos alegados eram referentes aos papéis desempenhados na esfera privada. As regras de comportamento estabelecidas pela sociedade nesse período exigiam que a conduta feminina estivesse sempre relacionada à imagem ideal de boas mães e boas esposas de seus "prestimosos e trabalhadores maridos". Assim, na maioria das vezes não tinham como transgredir as normas rígidas da sociedade e aquelas que o fizessem poderiam igualmente sentir os "ares do hospício", onde perderia sua identidade, tornando-se dependente da sociedade e da família. É importante ressaltar que as terapias empregadas na época que postulavam uma cura improvável e impossível serão colocadas em xeque inicialmente nos anos de 1960 e 1970. Diante do avanço do conhecimento e de novas exigências acerca dos transtornos mentais, setores da psiquiatria são compelidos a rever a bagagem das suas definições patológicas, não sem resistência e a recorrerem a outros saberes, como a psicologia e a psicanálise, das quais derivam novas teorias e aprendizados.

Referências

ANNAES. I. *Congresso Médico de Pernambuco*. Recife: 1910, Off. Typ do Diario de Pernambuco.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados:* uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2012.

CUNHA, M. C. P. *O espelho do mundo:* Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

CUNHA, O. M. G. da. *Intenções e gestos:* pessoas de cor e a produção cotidiana da in(diferença) no Rio de Janeiro, 1927-1942. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional. 2002.

ELKIS, H. A Evolução do Conceito de Esquizofrenia neste Século. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* supl. I, 2000.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão:* médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001.

FILHO, H. C. *A psiquiatria no país do açúcar e outros ensaios.* Recife, 1977.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Perspectiva, 2005.

GUZ, I. Evolução terapêutica psiquiátrica com psicofarmacos. *In*: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* v. 25, n. 2-3, abr./set. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1976.

MAIA, J. A.; ATAÍDE, L. A Paralisia Geral em Pernambuco: estudos Estatísticos. *In*: *Revista Neurobiologia,* Tomo XI, 1948, p. 345-363.

MIRANDA, C. A. C. Quando a Razão Começa Julgar a Loucura: a institucionalização do sistema manicomial em Pernambuco. *In*: *Cadernos de História:* Oficina de História, ano VII, n. 7. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

MIRANDA, C. A. C. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. *In*: *Revista SAECULUM,* n. 31, jul./dez., 2014.

OLIVEIRA, C. F. de; MIRANDA, C. A. C. Violência e histórias de internações de mulheres: Hospital de Alienados do Recife nos anos de 1950. *Revista Escripturas,* v. 4, n. 3, 2020.

PEREIRA, L. M. de F. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no estado de São Paulo. *In*: BARBOSA, A. H.; BARBOSA, L. H. S.; PEREIRA, L. M. F. (Org.). *Psiquiatria, loucura e arte.* São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura:* Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2002.

VENANCIO, A. T. A.; CASSÍLIA, J. A. P. Política assistencial psiquiátrica e o caso da colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954). *In*: WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W. (Org.). *História e loucura:* saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: EDUFU, 2010.

WADI, Y. M. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos,* jan./abr., 2006.

CAPÍTULO VI

O Brasil na mira de Thanatos

Bolsonarismo, adoecimento e morte

José Adilson Filho

[...] Nada contra, mas a malandragem é oriunda do africano.
Então, esse é o nosso cadinho cultural
(Hamilton Mourão, Vice-Presidente do Brasil)

Fies bancou universidade até para filho de porteiro
(Paulo Guedes, Ministro da Economia)

Eu me preocupo com todas as vidas!
Mas as vidas daqueles que viveram menos me preocupam mais
(Janaína Paschoal, deputada estadual do PSL/SP)

Na minha opinião, eu acho que existem muitas pessoas que fizeram muitas coisas erradas que estão aí pagando seus erros em *ad eternum*, para sempre em prisão, que poderiam ajudar nesses casos aí, de pessoas para experimentos
(Xuxa)

A análise histórica do tempo presente de qualquer sociedade constituirá sempre um grande desafio para o trabalho do historiador. Mas tal tarefa torna-se ainda mais instigante e crucial quando se é afetado por ele de maneira implacavelmente mortífera; a exemplo

do que vem acontecendo no Brasil, com a chegada triunfal de Jair Bolsonaro à Presidência da República, em 2019. Desde então, somos diariamente constrangidos e interpelados, como cidadãos e pesquisadores, a resistir e a lançar algum foco de luz sobre as trevas que enfraquecem as forças vitais. Segundo Steve Connor (1993), o desejo de apreender o contemporâneo é visto, por certos estudiosos, como uma espécie de violência conceitual, na medida em que se busca compreender realidades que ainda estão em pleno vapor.

Todavia, o historiador da vida presente sabe mais do que qualquer outro que, por mais contemporânea que seja a sua experiência com o mundo social, precisará do lastro do passado, seja esse próximo ou distante dele; uma vez que este tecelão do tempo – por dever de ofício – terá que articular o efêmero com o perdurável. Além disso, conforme nos ensina Roger Chartier (1993), ele tem a vantagem de viver no mesmo tempo do objeto de estudo; e, talvez por esse motivo, quem sabe, consiga equacionar melhor a complexa relação entre o vivido e o analisado. A sua autorreflexividade ética, aliada à capacidade de operar dialeticamente as relações entre os sujeitos, de um lado, e as durações e ritmos históricos, do outro, diminui sensivelmente os riscos delirantes das paixões febris do aqui e agora.

Nesse sentido, não podemos ler as epígrafes acima como meros afetos e desejos característicos e exclusivos de alguns indivíduos inscritos num dado tempo. Podemos pensá-las como ressonâncias de uma sociedade que nasceu e se desenvolveu sob o signo da mais atroz violência; e que, ao longo do tempo, não cessou de atualizá-la e de praticá-la contra aqueles e aquelas que, em diferentes épocas, foram classificados e tratados como destoantes de um dado modelo societal dominante. Trata-se de um problema estrutural; mas que busca adaptar-se aos ritmos e às cores das estações de cada período histórico. Assim, no passado mais distante, como no tempo presente, as elites, seus capitães-do-mato, suas guardas nacionais, suas milícias e sua soldadesca, bem como seus ventríloquos da classe

média, continuam pensando e agindo à maneira imunológica, isto é, baseada na negação, suspeição e criminalização do Outro, como um *alter ego*.

Tal forma de pensar, sentir e agir torna-se mais pungente quando direcionada aos povos indígenas e aos afrodescendentes, aos pobres e miseráveis, aos doentes, aos favelados, às crianças de rua, aos idosos e, por último, aos criminosos e prisioneiros, vistos como "almas sebosas"; e, por isso, suscetíveis a uma infinidade de imagens, discursos e ações dessubstancializadoras do seu valor humano. O fato de todos eles serem pensados como alteridades feias, sujas, malvadas, improdutivas e patológicas leva-os a sofrer, com mais intensidade, os efeitos das violências física e simbólica, advindos do ódio e da insensibilidade da classe dominante e de uma variedade social autointitulada de "cidadãos de bem". Olhando sob esse ângulo, a questão da cidadania e da democracia, para os mais pobres e marginalizados, continua sendo – no sentido forte da palavra – uma grande ironia; já que sobre eles vigora o princípio da suspeição generalizada, seguida da violência física, como destacou Batista (2003). Observamos a permanência da velha lógica de conceber a cidadania e os direitos sociais e humanos como "questão de polícia"; e não como questões política e humanista. Podemos dizer que essa rigidez, no olhar e no afeto dos continuadores da casa grande, em relação ao sofrimento, às sociabilidades e identidades de tais alteridades sociais, tem a ver com aquilo que Castoriadis (2004, p. 267) definiu como a "inconvertibilidade essencial do outro", ou seja, a cristalização de estigmas e preconceitos que impedem qualquer possibilidade de reconhecer e valorizar a relevância, a beleza, a moral e a dignidade do outro.

Certamente, em sociedades marcadas por profundas mazelas históricas, como a brasileira, cuja formação foi encapsulada pelos signos da conquista e da colonização, da escravidão e do autoritarismo e de variadas formas de desigualdade social, as possibilidades

de impor sofrimentos aos seres humanos mais vulneráveis será, comparativamente, mais brutal do que naquelas sociedades que, razoavelmente, realizaram seu trabalho de luto, isto é, de elaboração e superação de alguns traumas e conflitos de natureza histórica e político-sociocultural. Embora alcançados mediante intensas lutas, debates, autocríticas e reconciliações, a exemplo do que ocorreu na França (após a Ocupação Alemã e o governo fantoche de Marechal Pétain), com a Alemanha (durante o nazismo e o stalinismo), ou até mesmo em países mais conservadores, como os Estados Unidos, Argentina e Chile, quando pensamos nas questões traumáticas, relacionadas aos direitos civis dos negros (EUA), e ao enfrentamento dos crimes, praticados por militares, contra os direitos humanos, pelas ditaduras instaladas no cone sul. O Brasil é, talvez, o único país que ainda resiste a passar essa história a limpo. A votação favorável do STF (STF..., 2010), em 2010, à manutenção *ipsis litteris* da Lei da Anistia, que protegeu os torturadores e criminosos e a radical oposição das forças armadas à Comissão da Verdade, são exemplos sintomáticos desta lógica retrógrada que se impõe às temporalidades, desacelerando e enfraquecendo o ímpeto das forças populares, democráticas e progressistas.

Enquanto não avaliarmos seriamente o peso das permanências nas nossas vidas e experiências individuais e coletivas, não lograremos êxito na luta que é preciso travar em prol das mudanças mais profundas. Este negacionismo histórico e sociológico das mazelas do país impõe-nos, de um jeito ou de outro, à repetição, no presente – mesmo que inconscientemente e por meio de outros modos –, de um conjunto de velhos e novos sintomas e fantasias, oriundos de antigas heranças e traumas de tempos passados, que por não terem sido resolvidos historicamente, insistem em se perpetuarem em várias instâncias e dimensões da vida social; independentemente do fato de termos sofrido algumas transformações importantes, nos

últimos trinta anos; ou, mesmo, de sermos uma das economias mais ricas do mundo globalizado.

Mas como disse, certa vez, Tom Jobim, o "Brasil não é para principiantes". E não é mesmo! Pois aqui, bem mais do que noutras paisagens, fingimos ser o que, deveras, não somos. Nada disso é possível sem, no entanto, uma alta dose do cinismo e do escárnio das elites, recheada com a cumplicidade das classes médias e de setores das camadas populares. As elites, todavia, são eficientes em disfarçar ou amolecer, parcialmente, a dureza do mundo social sobre o qual exercem seu poder e dominação. Daí, os golpes virarem proclamações, revolução e *impeachment*; ditaduras se tornarem "ditabrandas"; manifestações golpistas virarem atos cívicos.

Já no carnaval (DAMATTA, 1997), as hierarquias entre associados e hostilizados são momentaneamente transgredidas e invertidas. Essas alterações, no sentido das palavras e da "mestiçagem", resultante do amálgama de contrastes e paradoxos, criam a ilusão referencial de um povo leve, livre e solto. Assim, observamos certa naturalização e condescendência com relação às falas e aos comportamentos discrepantes, com os valores mais sublimes da justiça e da democracia. Embora essa carnavalização da realidade brasileira seja rica na criação de semióforos e mitos fundacionais, deixa sempre à mostra sua face mais nua e crua.

O retorno do recalcado e da clivagem Nós/Eles

Ao contrário do que pensa Byung-Chul Han (2015), o século XXI não rompeu com a perspectiva imunológica marcante e estruturante das oposições binárias, duramente vividas nos dois séculos anteriores. As oposições, do tipo amizade *x* inimizade, direita *x* esquerda, ciência *x* religião, normal *x* patológico, indivíduo *x* sociedade, verdadeiro *x* falso, que haviam ficado suspensas no ar, em função dos efeitos alucinógenos produzidos pelo fim da Guerra Fria; a

emergência da globalização e do neoliberalismo, a primazia de uma sociedade de indivíduos consumidores (BAUMAN, 2008), marcada pela celebração do individualismo, da flexibilidade e da alta performance, forjaram a tese do fim das polaridades e da própria ideia de sociedade como um *télos* fundamental.

Nesta nova condição de existência, denominada por alguns estudiosos como pós-moderna, hipermoderna, líquida, entre outras concepções – acreditou-se que os sujeitos passariam a arrefecer e a substituir as tensões e conflitos de caráter imunológico (classista, biológico, racial, étnico, sexual, etário e espacial), pela centralidade de um eu-individual, voltado para cultuar a sua própria imagem e história de vida particular, sob a ilusão de que esta condição o tornaria mais livre e feliz.

Daí pensar-se que estando imerso numa sociedade cada vez mais consumista e competitiva, as contradições e clivagens que antagonizam e classificam os sujeitos, em grupos e classes opostas, perderia força para a circunscrição da perfomatividade, para o desempenho e o mérito individual. Neste sentido, o Outro teria a sua substância, estranha e imunológica, substituída pela retórica do "somos todos iguais", "somos uma só família" ou "uma equipe", fazendo da empresa, uma extensão do lar; do patrão, um empreendedor e do empregado, mero colaborador. Desta forma, as diferenças, contrastes e as verticalidades seriam dissimuladas e dissolvidas nos saberes e nas competências individuais adquiridas e, sabidamente, manejadas durante as boas e más situações.

As negatividades do Outro não adviriam das suas inscrições históricas ou socioculturais; mas, das qualidades e quantidades do seu desempenho individual para desejar, inventar, produzir e consumir. As antigas negatividades seriam substituídas por positividades. O Outro e o Mesmo tornar-se-iam um só. Tal discurso visa sub-repticiamente articular, a este ser atomizado, a sua infinita capacidade de desejar, com a ânsia por mais-valia do capitalismo neoliberal, o seu

grande Outro. Teremos, assim, a combinação perfeita para a engrenagem de um sistema, que depende das sombras do inconsciente e das moções das pulsões para a produção e renovação das mercadorias e da constituição de uma sociedade de indivíduos consumidores, porém, indiferentes à dor e ao sofrimento alheio. Entretanto, o resultado dessa apologia ao "mais desejar" e ao fetichismo da mercadoria, configura-se na produção acelerada de sujeitos angustiados e deprimidos, pela falta ou pelo vazio criado por um desejo que nunca é satisfeito.

Assim, as velhas polaridades de tipo imunológico, baseadas em proibições, advertências, medos e exclusões, dariam lugar a um processo híbrido e massificado, no qual seria "proibido proibir"; pois estaríamos enredados pela maquinaria de produção incessante de desejos e subjetividades fragmentárias e moleculares. Uma sociedade de mônadas. Será mesmo possível?

Pressupomos, assim, que essa fábula não-imunológica já começou a se esfumaçar antes mesmo de se tornar sólida. O século XXI, já no seu primeiro ano de vida, conheceu, através do episódio dos ataques ao World Trade Center, em 11 de setembro de 2001, nos EUA, a volta triunfante da história dos conflitos do tipo Bem *versus* Mal, ou seja, da sua vertente imunológica mais reacionária. A reinvenção de "Eixo do mal" corresponde a essa histeria de uma civilização que não cessa de criar inimigos para justificar sua supremacia. A partir de então, percebe-se uma maior disputa geopolítica entre os Estados Unidos contra a Síria, o Irã, Cuba, Venezuela, Coreia do Norte, China e a Rússia, por meio de jargões e retóricas típicas das querelas do tempo da Guerra Fria. Neste ínterim, viu-se, também, o desfraldar de uma série de líderes, partidos, movimentos e governos de extrema-direita, apresentando-se como inimigos ferrenhos e mortais dos imigrantes, das minorias, das liberdades e do estado de direito. Em todos os recantos do planeta germinavam e pululavam forças fascistas, que antes pareciam estar aparentemente

sepultadas, ou, ao menos, dormitando. Essa maré de animosidades atingiu quase toda a América. E o Brasil foi um dos seus principais laboratórios de produção para discursos, atitudes e comportamentos de tipo socialmente imunológico.

O Golpe de 2016 e a abertura da caixa de Pandora

Em 17 de maio de 2016, num longo dia de domingo, o país assistiu, entre risos e choros, a uma das cenas de maior cinismo e escárnio da sua história contemporânea. Era a primeira fase do golpe dado contra Dilma Rousseff e contra a democracia brasileira,[1] sob o disfarce de um impeachment motivado por crimes de responsabilidade, supostamente praticados pela então presidenta da República.

Naqueles fatídicos dias, viram-se diversos parlamentares, homens e mulheres da classe média, revestidos com as cores da bandeira nacional, vociferarem ódios e bradarem palavras de ordem em nome da pátria, da moral, da família e da religião cristã. O então deputado federal Jair Bolsonaro, ao dar seu voto, fez alusão à memória do Coronel Brilhante Ustra, que foi algoz de Dilma Rousseff, durante sua prisão nos porões da ditadura militar, em função de ser acusada de ser terrorista. Além dessa aberração, ele agradeceu ao deputado Eduardo Cunha (presidente da Câmara dos Deputados e denunciado por crimes de corrupção) pela condução exitosa do "*impeachment*".

O golpe transformaria, paradoxalmente, velhos e novos proxenetas da nação em seus heróis e patriotas. Por outro lado, aqueles que, antes eram associados às lutas e conquistas sociais e democráticas, tornaram-se sinônimos de corrupção e de perversão sexual. A aliança entre a direita dita liberal e a extrema-direita, com a ajuda de alguns parlamentares do campo progressista (PSB e PDT), contribuiu

1 A segunda ocorreu no dia 31 de agosto daquele ano, em sessão realizada no senado, sob a presidência do ministro do STF Ricardo Lewandowski.

para institucionalizar a canalhice e ridicularizar o que, em algum momento da nossa história, foi considerado justo e legal. O bom senso e a justa medida foram achincalhados com o apoio e a condescendência dos guardiões do estado de direito: o Judiciário e o Ministério Público.

Aquele evento reabria, ou melhor, escancarava, a face mais cínica e perversa da sociedade brasileira. Não é à toa que a ignorância e o ódio explodiram entre as pessoas, por meio das redes sociais, ruas, escolas, instituições e entidades; inclusive, atingindo as "sagradas" famílias. O País nunca conheceu – mesmo durante a ditadura militar – um nível tão alto de radicalização, em termos político-ideológicos e afetivos. Este estado de coisas seria ainda mais intensificado e recrudescido com a produção de *fakenews* e a prática do negacionismo. Neste sentido, os discursos científico e acadêmico, as figuras do intelectual, do sábio, do pesquisador e do artista foram, não somente vulgarizadas e menosprezadas, como substituídas pelas teorias e verdades de alguns "gurus" e "profetas do apocalipse", alicerçadas no fundamentalismo, na pós-verdade, na mentira e na paixão pela ignorância, conforme analisa Dunker (2020).

Ideias consideradas absurdas, ou superadas pelo tempo, emergiram e passaram a ser cultivadas e disseminadas em escala exponencial. Neste momento algumas pesquisas mostram o estrago causado pelo golpe na consciência e na visão das pessoas; principalmente a partir da subjetivação das representações e ideologias da extrema-direita. Pesquisa intitulada "A cara da democracia", realizada pelo Instituto da Democracia e Democratização (BRASILEIROS..., 2021), entre os dias 20 e 27 de abril de 2021, revelam, segundo artigo do coordenador e cientista político Leonardo Avritizer, dados preocupantes; tais como o fato de que "[...] 22,2% dos brasileiros acreditam que a terra é plana; 50,7% acreditam que o coronavírus foi criado pelo governo chinês; 56,4% acreditam que os hospitais são pagos para aumentar o número de mortos por Covid-19". E conclui dizendo que:

> Os dados expressam um retrato de desinformação, ou da formação distorcida da opinião pública, que afeta decisivamente o debate público e a democracia no Brasil. Ou seja, quando os brasileiros se posicionam sobre questões relacionadas à pandemia, eles o fazem com um nível de informação muito baixo as questões discutidas, formado muito provavelmente nas redes sociais, em especial no Instagram, no WhatsApp e no Youtube, que aparecem com destaque como meios de informação, logo depois do Facebook. Claro que estas questões influenciam a própria democracia. Aliás, brasileiros têm oscilado na sua visão sobre situações nas quais um golpe de estado seria justificado.

O artigo mostra um gráfico no qual 50,6% dos brasileiros dizem apoiar um golpe de estado numa situação de profunda corrupção. Movidos pelo discurso do ódio aos corruptos e corruptores, nada mais do que a maioria dos brasileiros passou a ser favorável a uma ruptura da ordem institucional e do sistema democrático. Não é de agora que tal discurso mobiliza tantas paixões. Ele sempre foi um dispositivo essencial à retórica das classes dominantes e dos seus escudeiros reacionários, no que tange à destruição de reputações políticas e à derrubada de governos democráticos e progressistas. Figuras como Carlos Lacerda utilizaram-se frequentemente deste discurso para atacar, violentamente, políticos como Getúlio Vargas, JK e Jango, Prestes, Brizola, entre outros. Ele atravessou a ditadura militar e reapareceu, fortalecido, com a redemocratização e com o impeachment de Collor de Mello (1992), que havia sido eleito com o lema de "caçador de marajás". Alguns anos depois, o mesmo discurso atingiria o PT, Dilma e Lula, que – no campo das esquerdas – também sempre se cobriram com as vestais da ética robesperriana, a fim de diferenciar-se de todos os demais partidos "O PT é outra História", dizia o jargão de uma campanha nacional de 2000. Como vimos e vemos, o discurso anticorrupção encontra muito respaldo em todas as classes e segmentos; portanto, torna-se um instrumento

poderoso a serviço da manipulação da opinião pública e da construção de heróis, salvadores e vilões.

À medida que este debate foi sendo impulsionado pelos estertores das mídias conservadoras, ou por meio de religiosos fundamentalistas, jornalistas sensacionalistas e juízes justiceiros, a díade do bem *versus* o mal atingiu o clímax e terminou numa frenética caça às bruxas. Com efeito, desenvolveu-se a fascistização dos tribunais e das casernas, por meio do que passamos a chamar de "judicialização" e de "militarização da política". Porém, esse processo foi respaldado, e, em alguns casos, arquitetado com as redações dos jornais e das TVs, para espetacularizar as denúncias, os julgamentos e as prisões de políticos, funcionários públicos, publicitários e empresários, direta e indiretamente ligados ao PT e aos aliados dos governos de Lula e Dilma. Os escândalos atingiram, também, figurões do PSDB, como Aécio Neves e José Serra; mas, com muito menos estardalhaço, já que tanto as mídias, como o juiz Sérgio Moro e parte do Ministério Público, preferiram ficar, explicitamente, ao lado do antipetismo e do neoliberalismo.

Durante alguns anos, mais precisamente entre 2014 e 2018, a política – nas suas vertentes partidária e institucional – foi implacavelmente combatida por segmentos destacados das classes médias (juízes, jornalistas, procuradores, delegados, militares, religiosos, médicos etc.), que investidos do poder discricionário de um Torquemada, Joseph McCarthy, ou mesmo de um Robespierre, desrespeitaram e inverteram as regras do estado de direito e do jogo democrático.

Contudo, a partir de 2019, com a chamada Vaza Jato, isto é, uma série de reportagens produzidas pelo *site* The Intercept, baseado num conjunto de diálogos de procuradores da força tarefa do Paraná com o juiz Sérgio Moro, interceptados ilegalmente pelo hacker Walter Delgatti Neto, morador da cidade de Araquarara (SP), a situação começou a ganhar novos sentidos e a produzir efeitos colaterais. O conteúdo destes diálogos mostrou um "conluio", entre juízes

e procuradores da Operação Lava Jato de Curitiba, respaldado por outras instâncias do judiciário e do MP, para condenar e prender o ex-presidente Lula, seu alvo e obsessão prediletos[2]. Tal perseguição o tiraria da disputa eleitoral de 2018; e o condenaria, injustamente, a passar 580 dias num cárcere da Polícia Federal de Curitiba.

Mas, a história humana, como sabemos, não é linear e nem tampouco previsível; uma vez que nela operam forças tectônicas, que fazem irromper o descontínuo e o inesperado. A desmoralização dos "camisas negras" da Lava Jato seria reforçada e ampliada com uma operação que teve Sérgio Moro como ministro da justiça: a Operação *Spoffing*, responsável pela prisão do *hacker* Walter Delgatti Neto e de alguns de seus colegas, além da apreensão do material referente aos diálogos interceptados de várias autoridades do país.

Por meio de perícia, a mesma polícia federal autenticaria a veracidade dos diálogos, na íntegra. E logo em seguida, o ministro do STF, Ricardo Lewandowski, concederia, à defesa do ex-presidente, o acesso restrito a alguns dados da documentação apreendida. De tal maneira, que a outrora poderosa e espetacular força tarefa chegaria a um melancólico final, após passar sete anos criminalizando a política e destruindo as bases da economia e da soberania nacional (IMPACTO..., 2015), embasadas na falácia de passar o Brasil a limpo, a qualquer custo. Em primeiro de fevereiro de 2021, Augusto Aras, procurador-geral da República, que fora nomeado por Jair Bolsonaro, determinou o fechamento das operações da força tarefa do Paraná, a mais poderosa, emblemática e disruptiva que o país conheceu. Porém, esse desfecho aconteceu sem os gritos dos manifestantes na rua e os arroubos da grande mídia (LAVA..., 2019).

O tempo fluiu e esmaeceu a hipocrisia da chamada república de Curitiba. O lavajatismo sucumbiu com Sérgio Moro, Dallagnol

2 A obsessão dos procuradores da força tarefa de Curitiba por Lula foi revelada em um livro escrito pelo ex-procurador-geral da República Rodrigo Janot (EM..., 2019).

e demais procuradores. Este fato aconteceu, ainda, durante o primeiro semestre de 2021, entre março e abril, quando Lula passou a ter todos os seus processos de Curitiba anulados pelo ministro Edson Fachim do STF, apoiado na tese da incompetência da 13° vara federal de Curitiba, para julgar supostos crimes cometidos durante e após seus mandatos presidenciais, relacionados com os escândalos da Petrobrás. Essa vitória foi acrescida, com o julgamento da suspeição de Sérgio Moro, pelo placar de 3 votos a 2, pela Segunda Turma, que reconheceu uma tese da defesa de Lula, há mais de dois anos protocolada em forma de *habeas-corpus*. Posteriormente, esses processos foram referendados em votações virtuais, pela maioria dos ministros da suprema corte. Com efeito, a maior instância da justiça nacional, que havia sido corresponsável pelos excessos cometidos pelo lavajatismo contra a carta magna de 1988, finalmente veio a cumprir seu dever, ao tornar Sérgio Moro, oficialmente, um juiz parcial.[3]

O juiz de primeira instância que havia se tornado, com o apoio da grande mídia nacional, uma celebridade e um super-homem (como o representaram diversas capas de revistas); viu sua imagem e sua popularidade praticamente serem derretidas, inviabilizando seus projetos jurídicos e políticos, voltados para a suprema corte, ou para a presidência da república. Assim, Lula saiu, da condição de condenado e de "ficha suja", no TSE, para novamente se tornar elegível e possível candidato às eleições de 2022. Os efeitos da anulação dos seus processos, na 13ª vara de Curitiba, provocaram uma mudança impactante no cenário eleitoral. Diversas pesquisas já o colocam como o único candidato que pode, neste momento, vencer Jair Bolsonaro nos dois turnos da eleição presidencial de 2022.

3 Embora Sérgio Moro, em 2018, tenha renunciado à função de juiz, para ser ministro de Jair Bolsonaro, e, ao deixar o governo, assumiria a advocacia, como profissão.

Bolsoliberalismo, disjunção pulsional e pandemia

Conforme nos ensina a psicanálise, o ódio e o amor são dois afetos inseparáveis dos seres humanos, pois fazem parte da sua constituição psíquica. O narcisismo, ou, a mônada psíquica, como prefere Castoriadis (2004), conserva, em si mesma, as dimensões do eu e algo do seu objeto. Depois, essa relação intrapsíquica de "amódio" se deslocará para algo exterior ao eu, o que é efetivamente chamado de "objeto", que, neste caso, pode ser representado pelos familiares, amigos, vizinhos, estrangeiros, pobres, negros, judeus, gays; ou melhor, qualquer objeto que lhe apareça como uma imagem positiva, ou negativa, para a constituição do seu eu.

A força desses afetos, sobre os indivíduos, tende a ser contida ou impulsionada pela instituição imaginária da sociedade (conforme Castoriadis, *op. cit.*); ou seja, por normas, padrões, moralidades e éticas socialmente impostas aos sujeitos. Isto a que chamamos comumente de "processo civilizatório" implica, como podemos perceber, uma violência ao desejo e à satisfação de determinadas pulsões. Neste sentido, a transição, do princípio de prazer para o princípio de realidade, demanda um conjunto de operações biopsicossociais responsáveis pela produção de esquecimentos, recalcamentos, inibições, medos, censuras, sintomas, sublimações, entre outros comportamentos.

O processo civilizatório, como bem explicado por Freud (1974), produz mal-estares, ressentimentos e ódios. As sensações de desamparo advindas com as restrições, censuras e insatisfações, derivadas de desejos não realizados, gera um conjunto de adoecimentos individuais e coletivos. Porém, quando parte desses desejos e afetos é, parcialmente, satisfeita pelo processo civilizatório, mediante diferentes conquistas materiais e simbólicas, tais como crescimento da renda, aumento da empregabilidade, reconhecimento e garantia dos direitos das minorias, ampliação e fortalecimento das liberdades, além de maior consciência e preservação da natureza; parece

que o pêndulo oscila com mais frequência para *Eros*, isto é, para a autopreservação e busca pelo mais-viver.

Na longa história do Brasil, vimos que o pêndulo das pulsões sempre oscilou a favor dos fatores e processos deletérios da civilidade e da vida democrática, como o escravismo, o autoritarismo, o racismo estrutural, o militarismo, o integralismo, o caudilhismo, o milicianismo, a pobreza e a miséria. São esses indicativos histórico-sociais de compulsão à repetição de um passado estrutural – embora ressignificado – que nos impelem a uma marcha retrógrada. Essa obsessão pela conservação das estruturas mais rígidas de poder, prestígio e riqueza, transformou o Brasil, conforme Darcy Ribeiro (1995), num imenso moinho de moer gentes. Se a perspectiva não for transformadora, como podemos pensar numa sociedade que ainda continua dominada por poucas famílias e oligarquias mantenedoras de um patrimonialismo tão arcaico e excludente, além de um sistema econômico, político e cultural profundamente desigual, segregacionista, racista, misógino e assassino de pobres, homens e mulheres negros, indígenas, crianças, velhos e de homoafetivos?

Portanto, são raras as fases da história do Brasil em que a defesa da vida do Outro, tenha sido colocada como algo fundamental pelas classes dominantes. No período republicano tivemos poucos avanços sociais, para contabilizar na direção de uma sociedade mais ampla e generosa. Tais avanços ocorreram durante os governos Vargas, JK e Jango, antes da redemocratização do país. Porém, a partir da constituição de 1988 e das ações de alguns governantes de viés democrático e progressista, as temáticas envolvendo direitos sociais e civis, diferenças étnicas e etárias, raciais, sexuais, dos portadores de deficiência físico-mental e a questão ambiental, ganharam audiência e materialidade. Essas temáticas eram derivadas, todavia, do protagonismo dos movimentos sociais e das forças democráticas, que já as reivindicavam sob o regime ditatorial (AARÃO REIS; FERREIRA, 2007). Como antes, os anos que vão de 1985 a 2014, constituem um

período de luta pela afirmação e expansão da vida e, de contrapeso, daquilo que Achile Mbembe (2018) denominou de Necropolítica.

Porém, a partir do golpe jurídico-parlamentar, contra a presidente Dilma Rousseff, em 2016, processa-se um profundo desequilíbrio pulsional, a favor de *Thanatos*, isto é, das forças psíquicas, políticas, econômicas e ideológicas que conspiram contra os avanços civilizacionais. Já nos primeiros meses do governo golpista de Michel Temer, buscou-se, mediante seu programa Ponte Para o Futuro, desconstruir os pilares do estado de bem-estar social, para favorecer o espírito aventureiro e predatório dos agentes do capital nacional e estrangeiro. Para essa desconstrução foi necessário enfraquecer, desmedidamente, a organização e a força da classe trabalhadora e dos funcionários públicos, por meio de uma desvantajosa reforma trabalhista e do desmantelamento da Petrobrás, seguidos de importantes privatizações. Além dessa problemática, foi aprovada a famigerada PEC do Teto dos Gastos, reduzindo drasticamente por vinte anos os recursos voltados para as políticas públicas de educação, saúde, transporte coletivo, seguridade social, habitação popular e de valorização salarial.

A bem da verdade, *Eros* e *Thanatos* coexistem na vida dos indivíduos e das coletividades. Porém, o peso gravitacional de cada um deles oscila, com mais ou menos intensidade, devido a certas condições históricas, sociais e culturais. Na modernidade, esses desequilíbrios são mais fáceis de serem percebidos, uma vez que, como diz Baudelaire, nas *Flores do mal* (2009), uma parte deles aspira à mudança e ao futuro; enquanto a outra metade deseja cristalizar a permanência e a ordem. Neste jogo ambivalente, entre mudança e permanência, pulsões de vida e de morte, as tramas humanas sucedem-se amalgamadas por fases, em que o otimismo e a felicidade parecem se sobrepor ao pessimismo e à melancolia; já, noutras fases, essa lógica fica invertida. É neste sentido que os historiadores e cientistas sociais falam em Primavera dos Povos, Belle Époque,

Grande Depressão, Idade de Ouro, Era das Incertezas, Era dos Direitos, Tempos Sombrios.

Este movimento entre o desabrochar da vida, na Primavera, e o seu encolhimento nos Tempos Sombrios é sintomático das dinâmicas geradoras das formas de vida na modernidade. E é, justamente, nos momentos de ruptura dos grilhões da opressão, ou de fechamento das liberdades, que esta tensão entre *Eros* e *Thanatos* adquire dimensões incríveis. As revoluções burguesas e socialistas, as duas guerras mundiais, as ditaduras e as crises político-econômicas são exemplos significativos da dialética e da ambivalência característicos da modernidade.

Na história do Brasil atual, como já enfatizado, tais questões foram acirradas, com a quebra do estado de direito e a chegada de Michel Temer ao poder. A partir daí, foram criadas todas as condições objetivas e subjetivas para a profusão dos signos de uma política da morte. A prisão de Lula e a eleição de Jair Bolsonaro, em 2018 representam, respectivamente, o descenso de *Eros* e a ascensão irrefreável de *Thanatos*.

Com a chegada de Jair Bolsonaro, e seus aliados mais intransigentes, ao governo federal e às outras esferas de poder, a produção da morte atingirá seu estágio mais letal. Com o bolsoliberalismo no comando do país, a vida dos Outros, isto é, de todos aqueles que são tratados como inimigos, ou insignificantes, será o alvo principal da ação da imensa maquinaria de produção de morte. A forma mais visível e célere desta ação mortífera é perpetrada sobre os povos originários, os moradores das favelas, os gays, as mulheres, os sem-terra e o próprio meio ambiente.

A partir de 2020, a vida da maioria dos brasileiros, inclusive a dos admiradores e seguidores de Jair Bolsonaro, sofreu um ataque brutal e sem precedentes na história recente. Trata-se da confluência de três elementos altamente letais à existência social civilizada. São eles: o neoliberalismo, o bolsonarismo e a pandemia da Covid-19.

Portanto, a necropolítica instituída pelo mandatário da nação e pelo ministro da economia, Paulo Guedes, deriva, atualmente, destes três signos, cuja relação com a morte é direta e produtiva. O presidente brasileiro e seus seguidores inverteram a lógica moderna do "fazer viver" pela medieval do "deixai morrer" (FOUCAULT, 1990). Certamente, isso que nos coloca na contramão da realidade do combate à pandemia da Covid-19 no mundo inteiro, inclusive de países governados pela extrema-direita.

No plano econômico, o bolsoliberalismo tem acelerado o sucateamento do estado e o desinvestimento na agricultura familiar, nos pequenos e microempresários. Já a classe trabalhadora é atacada pela precarização das condições de vida, trabalho e moradia, causadas pelas altas taxas de desemprego, desvalorização salarial, trabalhos temporários e subnormais, flexibilidade da legislação trabalhista, ataque aos sindicatos e reforma previdenciária.

Somente os altos funcionários do Estado, como juízes, desembargadores, procuradores, delegados e militares das forças armadas, foram estrategicamente preservados. Os militares, por sua atuação no golpe e participação efetiva na administração e na sustentação das atitudes neofascistas do presidente da república, seriam premiados com uma reforma previdenciária repleta de privilégios. Em troca desse apoio irrestrito, mais de 11 mil militares (VILARDAGA..., 2021) passaram a ocupar cargos e funções, nos níveis mais importantes da burocracia estatal, numa quantidade até maior que no tempo da ditadura militar; sem esquecermos de que esse "trem da alegria" incluiu, também, os familiares. O efeito mais bisonho e trágico desta forma de patrimonialismo veio à tona com os escândalos do dinheiro público, usado para a compra superfaturada (DINHEIRO..., 2021) de cervejas, leite condensado, carnes e outros brindes, para o deleite das forças armadas. E esta relação tornou-se mais funesta, com a gestão desastrosa do general Augusto Pazuello, à frente do Ministério da Saúde, quando explodiu o número de mortos e infectados pela Covid-19.

Todo esse cenário exponencial de geração de pobreza e miséria já vinha se desenvolvendo com o governo de Temer (2016-2018); e durante o primeiro ano do governo de Bolsonaro; ou seja, antes da chegada da pandemia. Combinado com ela, o abismo ficou muito mais largo e profundo. A economia, pela primeira vez na história republicana, registrou uma população em condições de trabalho com mais gente desocupada do que trabalhando (PELA..., 2020). A fome e a miséria voltaram a mostrar a sua face mais degradante, a partir das cenas de pessoas pedindo esmolas e morando nas ruas, praças e viadutos. A desvalorização salarial, a queda abrupta na renda *per capta*, associada a uma política subserviente de preços de combustíveis da Petrobrás aos interesses das petrolíferas multinacionais, provocou constantes aumentos nos preços do gás de cozinha, da gasolina e do diesel, o que levou milhares de famílias ao uso do fogão de lenha, outro índice do nível da regressão civilizatória a que estamos sendo submetidos (NÚMERO..., 2021). A quantidade de pessoas em situação de insegurança alimentar, isto é, que carece de alimentação minimamente adequada, saltou para mais de 117 milhões de brasileiros. Quanto a alguns segmentos da classe média, houve relativa perda de poder aquisitivo e de *status quo*, levando-os, por conseguinte, a matricular seus filhos na rede pública de ensino, a qual, ao longo do tempo, mostrou-se avessa e indiferente.

Por outro lado, Paulo Guedes e Jair Bolsonaro foram extremamente generosos para com os representantes do capital financeiro, do agronegócio e das empresas multinacionais, beneficiados com empréstimos de bilhões de reais, com a desvalorização do real, com a não afetação pela lei do Teto dos Gastos sobre o sistema financeiro privado, com a não tributação das grandes fortunas e heranças e com a flexibilização da legislação trabalhista e ambiental. Do ponto de vista da soberania nacional, o Brasil perdeu o protagonismo de país líder da América Latina e dos Brics, para assumir uma diplomacia de submissão aos interesses da geopolítica estadunidense. Essa

vassalagem do país foi conduzida sob os auspícios de Ernesto Araújo, ministro das relações exteriores. Com ele, perdeu-se a altivez que a diplomacia brasileira sempre exerceu no mundo contemporâneo; e, de forma mais avançada, entre os anos 2003 e 2015, que resultou na criação dos Brics e da Unasul, no fortalecimento da integração econômica e política com o Mercosul; e em maiores parcerias e ações humanitárias para com países do continente africano.

A despeito da enorme crise econômica e sanitária vivida no país, as ações neoliberais do governo ajudaram a produzir 11 novos bilionários (EM..., 2021), que figuram na lista da revista *Forbes*, dos homens e mulheres mais ricos do Brasil e do planeta. Percebe-se, pois, uma relação entre o enriquecimento de alguns capitalistas e a produção, em larga escala, de mortes no Brasil. Tal paradoxo, como demonstra o perfil destes bilionários, decorre da falta de uma reforma tributária progressiva e vertical, além de uma política econômica que premiou, deliberadamente, a especulação financeira, em detrimento do investimento nos setores petroquímico e industrial, na área de construção civil, nas obras públicas, concomitantemente com a valorização da educação, ciência e tecnologia. Setores fundamentais ao desenvolvimento e à soberania nacional, como as universidades federais, os institutos federais e as agências de fomento à pesquisa, vêm sendo paulatinamente desestruturados com a redução de recursos e relativa perda da autonomia (CONTI, 2017). Milhares de pequenas e médias empresas fecharam suas portas. E outras tantas sequer puderam existir, por falta de apoio e incentivo federal. Mas, não apenas esses segmentos foram impactados pela má gestão neoliberal: grandes multinacionais (ALMEIDA; NETO, 2021), instaladas há décadas no país e que foram imprescindíveis a sua industrialização, modernização e formação de uma larga classe operária fabril e de mão-de-obra especializada, também foram bruscamente afetadas, a exemplo da Ford, Mercedes Benz, Audi, Sony, Nike, FNAC, Wolmart, Nikon e outras empresas. Esse processo de desindustrialização e

privatizações, não somente gerou falências e desempregos, mas contribuiu para a elevação das incertezas, das inseguranças e dos níveis de adoecimentos psíquico e somáticos.

Estou usando o neologismo bolsoliberalismo com a finalidade de tratar da simbiose entre as práticas neoliberais e o neofascismo à brasileira, consubstanciada por Paulo Guedes (discípulo de Milton Friedman e colaborador do regime de Pinochet), e por Bolsonaro, seus gurus Olavo de Carvalho e Silas Malafaia, seguidores e militares antinacionalistas (*sic*) de extrema-direita. Como já se sabe, o coronel Brilhante Ustra, símbolo da tortura e da morte de vários militantes de esquerda, nos anos de chumbo, foi consagrado como um dos principais heróis de Jair Bolsonaro e de seu vice-presidente general Hamilton Mourão. Com a junção do neoliberalismo e o bolsonarismo processou-se um ataque direto ao equilíbrio institucional, baseado na confrontação explícita com os poderes legislativo e judiciário. A contestação da legitimidade das decisões do STF, contra a sanha autoritária do governo, impulsionou consideravelmente as energias psíquicas, deletérias dos seus aliados, contra o parlamento e ministros da mais alta corte.

Indiferentes às determinações da OMS, em relação aos cuidados relativos à pandemia da Covid-19, milhares de bolsonaristas, vestidos com as cores da bandeira nacional, saíram às ruas das cidades para apoiar seu "mito", no afã de difamar ministros do judiciário, parlamentares e fazer apologia à ditadura militar. Em algumas dessas manifestações, Jair Bolsonaro fez-se presente e legitimou o coro dos discursos golpistas dos manifestantes. As *fakenews* e as ameaças contra a dignidade e a integridade física de autoridades do STF e a própria democracia culminaram com as prisões de extremistas, como a ativista Sara Winter, o blogueiro Oswaldo Eustáquio e o deputado federal Daniel Silveira (PSL/RJ).

O conjunto de maldades implementadas pela dupla Bolsonaro e Paulo Guedes, legitimado pelas elites do capital, setores militares e

segmentos da classe média, visa, principalmente, demonizar e implodir a democracia e as conquistas do estado de bem-estar social, para pôr, em seu lugar, formas de vida insólitas e obscuras; ou, pensando com Agambem (2002), para tornar "a vida nua", isto é, desvigorada daquilo que Nietzsche (2011) designa como "vontade potência".

A fragilização do papel do Estado, como agente distribuidor de riqueza, de direitos e mediador do conflito social, em contextos como o do Brasil, deixa à própria sorte os seres humanos mais vulneráveis, para se defenderem das injustiças sociais e da violência policial e paramilitar. As populações negras e faveladas, do Estado do Rio de Janeiro, são um exemplo dessa vida nua e ressequida, pela ausência dos programas sociais e pela sistemática violência de traficantes, policiais (militares e civis) e de milicianos. Os últimos controlam, atualmente, a vida da maioria dos moradores das favelas da cidade do Rio de Janeiro (NOBLAT, 2020). É lá onde acontece a assunção entre o estado policial e os milicianos (MANSO, 2020). Lá também é o lugar onde os Bolsonaro construíram seu poder, sua fama, suas riquezas; parte delas oriundas de suas relações viscerais com policiais aposentados e expulsos da corporação (alguns vinculados ao chamado "escritório do crime"). Trata-se de um capital social constituído por meio de homenagens e títulos de cidadãos, serviços de segurança e assessorias parlamentares, sobre as quais se praticava o suposto crime da "rachadinha". O Rio de Janeiro tornou-se, em certa medida, para Jair Bolsonaro e seguidores, o laboratório mais profícuo para a produção dos ovos do neofascismo a serem multiplicados para todos os Estados da federação.[4]

Por outro lado, sobre os povos da floresta (indígenas e caboclos), incide a violência de fazendeiros, mineradores, madeireiros e grileiros e do próprio ministro do meio ambiente Ricardo Sales, cujo

4 O exemplo disso vimos na rebelião dos militares, no Ceará, em 2020 (CEARÁ..., 2020).

papel, contraditoriamente, combate as ações das ONGs e dos órgãos de fiscalização e proteção ambiental, para – na expressão dele mesmo – "deixar a boiada passar" (BENITES; BETIM, 2020). Tal aceleração da destruição do meio ambiente vincula-se claramente às relações incestuosas entre o ministro e empresas madeireiras, causa de denúncias internacionais, de processos e de buscas e apreensões em sua residência, pela polícia federal (PF..., 2021).

Quanto aos mais pobres e miseráveis, velhos e deficientes, houve a redução e a retirada de alguns direitos e benefícios imprescindíveis à sua sobrevivência e dignidade humana, a exemplo do bolsa família, da ajuda emergencial relativa ao período da pandemia, da gratuidade de remédios, dos serviços de proteção aos deficientes, do BPC (Benefício de Prestação Continuada).

Para ilustrar essa política de total indiferença ao sofrimento dos mais vulneráveis, socialmente, Bolsonaro usou seu "tuite" para criticar o aumento dado pelo congresso ao BPC, um benefício que ajuda milhares de brasileiros em situação lastimável:

> a. O Congresso derrubou nosso veto e ampliou o número de famílias que podem se habilitar ao BPC, Benefício de Prestação Continuada. Tal medida impõe uma despesa extra de R$ 20 bilhões ao Executivo no corrente ano (BOLSONARO-GUEDES..., 2020).

Este homem que questiona o aumento de um benefício tão pequeno, porém fundamental, para quem dele necessita, é o mesmo que se regozija com mais de um 1,2 trilhão de reais emprestados (BOLSONARO..., 2020) à elite do capital. O bolsoliberalismo, mais do que uma ideologia, uma prática política e econômica, é uma forma de vida; algo que consiste numa dada forma de ver, sentir e interagir com o mundo social, tomada pela pulsão de morte, pelo desprezo à história, à diferença e à vida do Outro, e pela sua própria autodestrutividade. O bolsoliberalismo é, ao mesmo tempo, destrutivo e autodestrutivo, uma vez que nele tudo é extremado, excessivo, repulsivo

e compulsivo. O desejo desmedido por poder, dinheiro e anulação, nutridos diariamente, por ressentimentos e ódios àqueles aos quais Bolsonaro classifica de inimigos, ou de lixos, leva-os, sem que se apercebam, à sua própria autodestruição.

Em artigo escrito no dia 07 de maio de 2021, no site Poder 360, a jornalista Gabriela Soares (2021) analisa os resultados de um estudo feito conjuntamente pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), o Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais (Ibmec) e a Universidade de Toronto (Canadá), no qual verifica-se este ímpeto autodestrutivo, forjado a partir da confluência consciente e inconsciente entre o neoliberalismo, Jair Bolsonaro e o bolsonarismo. Eis a conclusão à qual chegaram:

> Cidades em que o presidente Jair Bolsonaro (sem partido) ganhou o 2º turno das eleições de 2018, apresentaram um maior número de casos e mortes por Covid-19, do que aquelas em que ele perdeu. Cidades que tiveram mais de 51% dos votos para Bolsonaro, registraram números de casos até 299% maior e até 415% mais mortes, um ano depois do início da pandemia.

Esta suscetibilidade ao contágio e à morte pelo coronavírus dos bolsonaristas já havia sido demonstrada por uma pesquisa realizada pela Universidade da Carolina do Norte (Estados Unidos) e pela Universidade de Bocconi (Itália). A pesquisa foi feita em 2020, em 256 municípios; e revelou que a taxa de contaminação e mortes pelo vírus era, em média, 18,9% maior nas cidades onde Jair Bolsonaro tinha melhor avaliação. As taxas são maiores, justamente, nos municípios, estados e regiões nas quais a figura de Bolsonaro e as ideias de Paulo Guedes eram introjetadas como um "ideal de eu", conforme assinala Freud (2020). Significa dizer que os simpatizantes e os bolsonaristas agiam desrespeitando as normas de segurança contra a pandemia, tais como: lavar as roupas, usar máscaras e evitar aglomerações, por serem estimuladas e inspiradas pelo mau

exemplo daquele que é o chefe da nação. Em síntese, ambas as pesquisas demonstraram que, ao identificar seus desejos e afetos com a imagem de Jair Bolsonaro como um *duce* ou um grande falo, os bolsonaristas diminuem significativamente a sua capacidade reflexiva e autocrítica, equiparando-se a uma horda primeva, tal qual nos ensina Freud, em *Psicologia das massas e análise do eu* (2019).

Essa regressão, vivida pelas massas bolsonaristas, corrobora e fortalece intensamente a escalada da morte via pandemia da Covid-19. Pois, como vimos, mimetiza e respalda os discursos, as atitudes e as ações do seu líder e do governo contra *Eros*; isto é, a autopreservação e constância da vida. Os bolsonaristas argumentam que não têm nenhuma responsabilidade pela propagação da doença e das mortes por Covid-19. Pois, ao contrário, estariam defendendo o direito à liberdade de ir e vir, de proteger seus negócios e de não tomar a vacina. Mas, o que se vislumbra, sobretudo, a partir das falas, dos chistes e das participações em manifestações públicas e dos atos administrativos do presidente e dos seus ministros e assessores, configura uma política pensada e elaborada com a vista à propagação da doença e do morticínio viral. O governo de Jair Bolsonaro trabalhou para impor ao povo a chamada "imunidade de rebanho", ou seja, deixá-lo deliberada e criminosamente contaminar-se com o vírus letal.

Tal perspectiva foi contemplada pela densa pesquisa,[5] coordenada por Deyse Ventura, jurista e pesquisadora da relação entre pandemias e direito internacional e coordenadora do Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade, da USP; incluindo Fernando Aith, professor-titular do Departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP e diretor do Cepedisa/USP, Centro de Pesquisa sobre o Direito da Saúde no Brasil; Camila Lissa Asano, coordenadora de Programas

5 Para conhecer o relatório concluído do Cepedisa, no qual são mostradas, detalhadamente, as ações governamentais do governo Bolsonaro, a favor da disseminação da Covid-19, contra a vida da população brasileira; acesse-o diretamente no site oficial do referido centro de pesquisa: https://cepedisa.org.br/.

da Conectas Direitos Humanos; e Rossana Rocha Reis, professora do Departamento de Ciência Política e do Instituto de Relações Internacionais da USP, a qual foi comentada, em primeira mão, por Eliane Brum, em artigo publicado no jornal *El País* no dia 21 de janeiro de 2021. A pesquisa analisa um amplo conjunto de portarias, medidas provisórias, resoluções, instruções normativas, leis, decisões e decretos desse governo, bem como os atos e falas negacionistas e chistosas de Bolsonaro. Os pesquisadores citados por Brum (2020) argumentam que o vírus está sendo usado como arma biológica para matar pessoas.

> [...] Os resultados afastam a persistente interpretação de que haveria incompetência e negligência de parte do governo federal na gestão da pandemia. Bem ao contrário, a sistematização de dados, ainda que incompletos em razão da falta de espaço na publicação para tantos eventos, revela o empenho e a eficiência da atuação da União em prol da ampla disseminação do vírus no território nacional, declaradamente com o objetivo de retomar a atividade econômica o mais rápido possível e a qualquer custo", afirma o editorial da publicação. "Esperamos que essa linha do tempo ofereça uma visão de conjunto de um processo que vivemos de forma fragmentada e muitas vezes confusa" (BRUM, 2020).

Tais dados confirmam o estado de banalização do mal (ARENDT, 1999), instituído pelo governo atual; uma ação que só pode ser justificada por uma estrita relação política, econômica e psicológica, obsessiva e compulsiva para com a morte. E só se tornou possível com a entronização do fascismo no Brasil, que, para existir, não pode prescindir de fortes laços afetivos, apoios e relações estratégicas com as elites, setores médios, militares, jurídicos e uma horda de fanáticos seguidores, que constituem a sua base popular. Todavia, o bolsonarismo necessita de algum tipo de pragmatismo para se sustentar, e essa necessidade advém com a cooptação de parlamentares

do chamado Centrão, com a aprovação de suas emendas e cargos, em diversos ministérios. Por essa razão, os mais de 60 pedidos de *impeachment*[6] ainda estão à espera de análise, por parte do presidente da câmara dos deputados (OLIVEIRA, 2020).

Portanto, não é por acaso que, com apenas 3% da população mundial, estejamos entre os primeiros colocados no ranking de contaminados e mortos. Os EUA, o Brasil e a Índia lideram a lista mundial de vítimas por Covid-19; três países, porém, que apresentaram muitas afinidades eletivas, num certo momento da sua história recente. A principal delas, a de serem governados por Bolsonaro, Modi e Trump, defensores intransigentes do neoliberalismo e do neofascismo. Onde quer que aconteça essa combinação, a morte sobrepujará demasiadamente a vida.

Já faz algum tempo que, não apenas os historiadores, mas uma gama de indivíduos, deixaram de acreditar na história como *magistra vitae*, aquela que nos dá lições exemplares para a vida, a partir do conhecimento dos erros do passado (KOSELLECK, 2011); já que continuamos a reproduzi-los quase que diariamente. O contexto muda, mas o ódio, o racismo e a violência se mantêm irredutíveis, apesar de todos os avanços e conquistas. Essa história que narramos sobre o Brasil atual é, indelevelmente, marcada pela justaposição das estruturas socioeconômicas e imaginárias, com processos e mudanças sociais de média duração e pelo tempo curto, acelerado e desconcertante dos acontecimentos destes tempos líquidos (BAUMAN, 2001), confusos e alucinantes das redes sociais e da sociedade do espetáculo. Trata-se, também, de uma narrativa que procura expor a luta da barbárie contra os progressos da civilização.

As significativas conquistas, que levaram séculos e décadas para acontecer no Brasil, estão sendo rápida e fulminantemente

6 Na verdade, já foram encaminhados mais de 121 documentos ao presidente da Câmara dos deputados, entre pedidos de originais de *impeachment* e pedidos duplicados e aditamentos (OS..., s/d).

desfeitas, sem que haja um contraponto à altura. A justiça, a liberdade, a democracia, o bem sempre estão alguns passos atrás do ódio e da violência. Pois, conforme Castoriadis (2004, p. 266):

> [...] sabemos pela história que a luta pela democracia encontrou até aqui, marginalmente, mais sucesso que a luta contra o chauvinismo, a xenofobia e o racismo. Mas para aqueles que estão engajados no único projeto político defensável, o projeto da liberdade universal, a única via aberta é a continuação da luta na contramão dessa tendência.

Entretanto, as forças que, no Brasil, representam a defesa da democracia, já começam a se reorganizar, a ocupar as ruas e a conquistar os holofotes das mídias. E essas manifestações acontecem quando os principais processos e condenações de Lula são anulados, abrindo assim novas possibilidades para a derrota do projeto fascista e neoliberal. Essa esperança já se materializa nas pesquisas eleitorais com vistas às eleições presidenciais,[7] nas quais, até o presente momento, Lula seria o vencedor. Portanto, uma disputa entre Lula e Bolsonaro apresenta o fato, em comum, de serem ambos líderes populares, cujos seguidores veem-nos como figuras fálicas (paternais), messiânicas ou vingativas. No contexto brasileiro eles expressam e corporificam o dualismo de dois projetos opostos e rivais, cujo pêndulo das forças pulsionais, políticas e sociais oscilam, mais explicitamente, para o lado da civilização, ou da barbárie.

Referências

AARÃO REIS, D.; FERREIRA, J. *Revolução e democracia*. 1964, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

7 Diversas pesquisas, por telefone, nas ruas, mostram a força eleitoral de Lula e sua condição de principal adversário de Bolsonaro, eliminando as chances de uma terceira via liberal (AMADO, 2021).

ADILSON FILHO, J. (Org.). *O Brasil em tempos sombrios*. São Paulo: Editora Liber Ars, 2020.

AGAMBEN, G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Trad. de Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

ALMEIDA, C.; NETO, J. S. Multinacionais desistem do país. Crise e Custo Brasil fazem indústria cair ao menor nível em mais de 70 anos. *O Globo,* 2021. Disponível em: https://oglobo.globo.com/economia/multinacionais-desistem-do-pais-crise-custo-brasil-fazem-industria-cair-ao-menor-nivel-em-mais-de-70-anos-24842363. Acesso em: 9 maio 2021.

AMADO, G. Pesquisa Vox Populi: Lula vence Bolsonaro no primeiro turno da eleição: levantamento publicado com exclusividade pelo Metrópoles aponta o ex-presidente como favorito nos votos espontâneo e estimulado. *Metrópoles,* 2021. Disponível em: https://www.metropoles.com/brasil/pesquisa-vox-populi-lula-vence-bolsonaro-no-primeiro-turno-da-eleicao. Acesso em: 5 maio 2021.

BAUDELAIRE, C. *As flores do mal*. São Paulo: Martin Claret, 2009.

BAUMAN, Z. *Vida para consumo:* a transformação das pessoas em mercadorias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

BAUMAN, Z. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BATISTA, V. M. *O medo na cidade do Rio de Janeiro:* dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BENITES, A.; BETIM, A. Ricardo Salles "passa a boiada" e retira a proteção a manguezais e restingas para promover turismo. *El País,* 2020. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2020-09-28/ricardo-salles-passa-a-boiada-e-retira-a-protecao-a-manguezais-e- restingas-para-promover-turismo.html. Acesso em: 5 maio 2021.

BETIM, F. Lava jato sai de cena sob um país em silêncio: Força-tarefa do Paraná foi incorporada ao Grupo de Atuação Especial de Combate ao Crime Organizado (Gaeco) do MPF. Alguns dos procuradores seguirão apurando casos até outubro. *El país,* 2021. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2021-02-04/lava-jato-sai-de-cena-sob-um-brasil-em-silencio.html. Acesso em: 5 maio 2021.

BOLSONARO deu R$ 1,2 trilhão aos bancos mas reduz salários dos trabalhadores: MP do governo permite que empresas cortem até 70% dos salários dos empregados. *IstoÉ,* 2020. Disponível em: https://www.bancariosrio.org.br/index.php/noticias/item/4423-bolsonaro-deu-r-1-2-trilhao-aos-bancos-mas-quer-cortar-ate-100-dos-salarios-dos-trabalhadores. Acesso em: 5 maio 2021.

BOLSONARO-GUEDES: às empresas, socorro e dinheiro; às pessoas, banana e coronavírus. *Associação Brasileira de Jornalistas,* 2020. Disponível em: https://www.assbrasiljornalistas.org/bolsonaro-guedes-as-empresas-socorro-e-dinheiro-as-pessoas-banana-e-coronavirus/. Acesso em: 4 maio 2021.

BRASILEIROS se posicionam à direita e acreditam em conspiração na pandemia. *UOL,* 2021. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/colunas/a-cara-da-democracia/2021/05/07/brasileiros-se-posicionam-a-direita-e-acreditam-em-conspiracao-na-pandemia.html. Acesso em: 5 maio 2021.

BRUM, E. Pesquisa revela que Bolsonaro executou uma "estratégia institucional de propagação do coronavírus": ao analisar 3.049 normas federais produzidas em 2020, a Faculdade de Saúde Pública da USP e a Conectas Direitos Humanos mostram por que o Brasil já superou mais de 212.000 mortes por Covid-19. *El País,* 2020. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-21/pesquisa-revela-que-bolsonaro-executou-uma-estrategia-institucional-de-propagacao-do-virus.html. Acesso em: 4 maio 2021.

CONTI, J. M. Universidades públicas agonizam pela falta de recursos. *Consultor jurídico,* 2017. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2017-set-19/contas-vista-universidades-publicas-agonizam-falta-recursos. Acesso em: 4 maio 2021.

CASTORIADIS, C. *As figuras do impensável:* as encruzilhadas do labirinto. v. VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CEARÁ contabiliza 18 mortes em rebeliões. *O povo,* 2020. Disponível em: https://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2016/05/25/noticiasjornalcotidiano,3616899/ceara-contabiliza-18-mortente-rebelioes.shtml. Acesso em: 4 maio 2021.

CHARTIER, R. A visão do historiador modernista. *In*: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CONNOR, S. *Cultura pós-moderna:* introdução às teorias do contemporâneo. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

DAMATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis:* por um dilema da sociologia brasileira. Rio de janeiro: Rocco, 1997.

DINHEIRO público banca picanha e cerveja para militares. *Correio Braziliense,* 2021. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/política/2021/02/4905850-dinheiro-publico-banca-picanha-e-cerveja-para-militares.html. Acesso em: 6 maio 2021.

DUNKER, C. Ensaios sobre o "tosco brasileiro" na filosofia e nas artes. *In*: ADILSON FILHO, J. *O Brasil em tempos sombrios*. Rio de Janeiro: Ed. Liber Ars, 2020.

EM livro, Janot dá razão a Lula quanto a "erros" dos procuradores de Curitiba. *Consultor jurídico,* 2019. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2019-out-10/livro-janot-razao-lula-quanto-erros-curitiba. Acesso em: 6 maio 2021.

EM plena pandemia Brasil ganha 11 novos bilionários na lista da FORBES. *Correio braziliense,* 2021. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/04/4916557-em-plena-pandemia-brasil-ganha-11-novos-bilionarios-na-lista-da-forbes.html. Acesso em: 6 maio 2021.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Rio de janeiro: Graal, 1990.

FREUD, S. *O mal-estar da civilização*. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu e outros estudos (1920-1923)*. São Paulo: Cia das Letras, 2011. v. 15. Obras completas.

HAN, B.-C. *Sociedade do cansaço*. Petrópolis: Vozes, 2015.

IMPACTO da Laja Jato no PIB pode passar de R$ 140 bilhões. *O globo,* 2015. Disponível em: http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/08/impacto-da-lava-jato-no-pib-pode-passar-de-r-140-bilhoes-diz-estudo.htm. Acesso em: 5 maio 2021.

KOSELLECK, R. *Futuro passado:* uma contribuição à história da semântica dos conceitos. Rio de janeiro: Contraponro, Ed. da PUC, 2008.

MANSO, B. P. *A república das milícias e os esquadrões da morte na era Bolsonaro*. São Paulo: Todavia, 2020.

MBEMBE, A. *Necropolítica:* biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1, 2018.

NIETZSCHE, F. *Vontade de potência*. Petrópolis: Vozes, 2011.

NOBLAT, R. O Rio é das milícias que controlam mais áreas do que os traficantes. *Veja,* 2020. Disponível em: https://veja.abril.com.br/coluna/noblat/o-rio-e-das-milicias-que-controlam-mais-areas-do-que-os-traficantes/. Acesso em: 5 maio 2021.

NÚMERO de pessoas com fome vai a 19 milhões, e insegurança alimentar dispara no Brasil. *Rede Brasil atual,* 2021. Disponível em: https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2021/04/pessoas-com-fome-19-milhoes-inseguranca-alimentar-dispara-no-brasil/. Acesso em: 4 maio 2021.

OLIVEIRA, G. As negociatas com o centrão: para retaliar Maia, Bolsonaro oferece cargos a deputados do centrão. Com isso, o presidente tenta cooptar mais de 200 deputados para montar sua base no Congresso, como sempre foi feito na "velha política". *IstoÉ,* 2020. Disponível em: https://istoe.com.br/as-negociatas-com-o-centrao/. Acesso em: 5 maio 2021.

os pedidos de impeachment de Bolsonaro. *Agência pública,* s/d. Disponível em: https://apublica.org/impeachment-bolsonaro/. Acesso em: 3 maio 2021.

PELA primeira vez Brasil tem menos de 50% dos trabalhadores ocupados. *Brasil de fato,* 2020. Disponível em: https://www.brasildefato.com.br/2020/07/07/pela-primeira-vez-brasil-tem-menos-de-50-dos-trabalhadores-ocupado. Acesso em: 4 maio 2021.

PF faz busca e apreensão contra Salles e Ministério do Meio Ambiente. *Poder 360,* 2021. Disponível em: https://www.poder360.com.br/justica/pf-cumpre-mandato-de-busca-e-apreensao-contra-salles/. Acesso em: 3 maio 2021.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro*. São Paulo: Cia das Letras, 1995.

SOARES, G. Cidades em que Bolsonaro venceu em 2018 tem mais mortes por Covid, diz estudo. *Poder 360, Brasil de Fato,* 2021. Disponível em: https://www.poder360.com.br/coronavirus/cidades-em-que-bolsonaro-venceu-em-2018-tem-mais-mortes-por-covid-diz-estudo/; https://www.brasildefatomg.com.br/2021/04/20/apoiadores-de-bolsonaro-estao-morrendo-mais-que-o-restante-da-populacao.Acesso em: 4 maio 2021.

STF rejeita ação da OAB e decide que Lei da Anistia vale para todos. *G1*, 2010. Disponível em: http://g1.globo.com/política/noticia/2010/04/stf-rejeita-acao-da-oab-e-decide-que-lei-da-anistia-vale- para-todos.html. Acesso em: 4 maio 2021.

VILARDAGA, V. Ocupação militar. *IstoÉ*, 2021. Disponível em: https://istoe.com.br/ocupacao-militar/. Acesso em: 4 maio 2021.

CAPÍTULO VII

"Oh! Da Polícia, e da Câmara Municipal, Alerta!"
A homeopatia na Província da Parahyba em tempos de epidemias (1850-1860)

Nayana Rodrigues Cordeiro Mariano
Serioja Rodrigues Cordeiro Mariano

Introdução

Era o mês de julho de 1850, na cidade da Parahyba, e o Sr. Francisco de Seixas Machado sofria com dores terríveis provocadas por um "abscesso de caráter pernicioso". Para tratá-lo, foi chamado o Sr. José Bento Meira de Vasconcelos, que era seu amigo e conhecido pela utilização das práticas terapêuticas homeopáticas. Após a consulta, José Bento, sem "fazer maior exame, afirmou que não era nada e mandou aplicar uma dose para produzir o efeito em 40 dias". Mas, segundo os parentes do paciente que presenciaram a consulta e o tratamento indicado, o enfermo não apresentava melhoras e a doença só piorava, pois o dito "miraculoso remédio" não estava surtindo efeito. Com o agravamento do enfermo, o homeopata foi chamado mais uma vez, isso porque o doente estava com muitas dores e a agonia era crescente. Diante do quadro alarmante, a família resolveu intervir e consultar o cirurgião-mor João José Inocêncio

Poggi[1] e o médico Henri Krause,[2] mas já era tarde, o abscesso havia gangrenado e o enfermo veio a óbito aos 43 anos de idade. Esse é o desenrolar da trama que fez com que um anônimo enviasse uma correspondência para o jornal *O Reformista*,[3] em agosto de 1850, denunciando e chamando a atenção da Polícia e da Câmara Municipal para o que ele considerava uma situação escandalosa: um homem exercer a homeopatia sem "habilitação legal, sem título algum e sem nenhuma garantia" da terapêutica. Para o denunciante, seria responsabilidade da Câmara Municipal e da Polícia não permitir que "qualquer *charlatão* se apresente aos respeitáveis com uns vidrinhos cheios de um líquido bem claro dizendo – aí está a vida – sem querer saber se isto é verdade ou se no tal vidrinho se encontra a morte" (O REFORMISTA, 4 ago. 1850, p. 2, grifo nosso).

As discussões acerca das práticas homeopáticas e se elas eram ou não consideradas um tratamento adequado para determinadas doenças começaram a aparecer nos jornais da Parahyba do Norte nos anos 1850. O debate vem à tona depois da exposição do caso envolvendo o Sr. Seixas Machado e o homeopata Sr. José Bento, dois homens da elite, inseridos em uma rede de sociabilidades na província. Segundo consta na documentação consultada, o prático homeopático trabalhava como contador da Administração e Rendas da Província, era proprietário de uma botica e considerado um discípulo de Hahnemann.[4] José Bento Meira de Vasconcelos era conhe-

1 Poggi era pernambucano e ocupou, de 1849 a 1870, cargo na Inspetoria de Saúde Pública. Não era formado em medicina, mas tinha licença para atuar. Foi presidente da província em agosto de 1866, primeiro vice-presidente, juiz de paz, inspetor de saúde pública, cirurgião-mor da província e provedor da Santa Casa de Misericórdia (CASTRO, 1945).

2 Dinamarquês, atuou na Parahyba do Norte nas décadas de 1850 e 1860, destacando-se na epidemia do cólera de 1862 (CASTRO, 1945).

3 O jornal se apresentava como político, literário e comercial.

4 O médico alemão Samuel Hahnemann (1755-1843) é fundador da homeopatia, método terapêutico que consiste em tratar os estados mórbidos com

cido na região da vila de Pilar, considerado habilitado para aplicar terapêuticas como "purgantes, vomitórios, sangrias", dentre outras, e teria aprendido seus conhecimentos em homeopatia com o professor André Braz Chalreo[5] (O REFORMISTA, 4 ago. 1850, p. 3).

Para desqualificar os tratamentos utilizados pelo Sr. Seixas Machado, o denunciante alega que o aprendizado com o professor Chalreo teria ocorrido em pouco tempo, "de dois a três meses", o que seria só "um improviso". Fato esse, quando, por exemplo, ao ser procurado por uma pessoa enferma, o Sr. José Bento, segundo a denúncia do jornal, "passava a mão na cabeça" alegando que a saúde seria restaurada. O texto do periódico continua com uma narrativa para retirar qualquer qualificação do tratamento, dizendo que os "preparados de remédios eram feitos em uma pedra de moer, acrescentando leite de gameleira" e reforçando, mais uma vez, reforçando o discurso de que o homeopata não teria nenhum título legal que garantisse qualquer habilidade na arte de curar, muito menos que essa terapêutica fosse eficaz (O REFORMISTA, 4 ago. 1850, p. 3).

Quatro meses após a denúncia no jornal *O Reformista*, com o título "Oh! Da Polícia, e Câmara Municipal, Alerta!", a Câmara da cidade da Parahyba se pronunciou dizendo que o Sr. José Bento não havia apresentado nenhum título, segundo o que demandava a Lei de 3 de outubro de 1832,[6] que autorizava o exercício das artes

substâncias causadoras, no homem sadio, dos mesmos sintomas apresentados pelo doente, utilizando doses infinitésimas (TONON, 2015).

5 Segundo Tonon (2015, p. 356), existem poucas informações sobre o homeopata português André Braz Chalreo: "No Brasil, legalizou sua profissão pela Junta Central de Higiene Pública do Rio de Janeiro [...], era Cavaleiro da Ordem de Cristo e havia sido nomeado cirurgião-mor no Comando Imperial da Guarda Nacional".

6 "Agostinho da Silva Neves, Presidente da Província da Parahyba do Norte: Faço saber a todos os seus habitantes que a Assembleia Legislativa da Província, sob proposta, da Câmara Municipal desta cidade, resolveu o seguinte: Art. 1º – Toda aquela pessoa nacional ou estrangeira que quiser exercitar a profissão de médico, cirurgião, boticário, ou parteira, será obrigado a apresentar à Câmara Municipal seu diploma, de conformidade com a Lei de 3 de outubro de 1832" (CASTRO, 1945, p. 422).

de curar. O pronunciamento da Câmara foi publicado no jornal *A Ordem*,[7] indicando que o Sr. José Bento ficou "proibido de continuar o exercício da referida arte" (A ORDEM, 14 de dez. 1850, p. 4). Mas essa determinação da Câmara Municipal não barrou a utilização da homeopatia que estava adentrando na Província desde o final de 1849, muito menos os embates nos jornais entre os defensores dessa terapêutica, que foi utilizada no contexto em que ocorreram as epidemias de febre amarela e cólera, e os alopatas.

Partindo dessa discussão, no presente texto, abordaremos a homeopatia na Província da Parahyba do Norte, entre os anos de 1850 e 1860, contexto marcado pelas epidemias de febre amarela e cólera, a partir do diálogo com a História da Saúde e das Doenças, tendo como *corpus* documental jornais do período e relatórios de Presidentes de Província.

A história da homeopatia vem sendo trabalhada com mais afinco nos últimos anos. De modo mais geral, no Brasil, o tema vem ganhando espaço desde a década de 1980, com destaque para a tese da professora Madel Luz, transformada em livro em 1996, com o título *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. A partir daí, outros trabalhos trouxeram resultados de pesquisas acerca da homeopatia, a exemplo da discussão sobre o embate entre médicos alopatas e homeopatas em meados do século XIX, no Rio de Janeiro (PIMENTA, 2013); sobre a homeopatia vista como missão e os caminhos das artes de curar, na Bahia (ARAÚJO; PIMENTA, 2020); e as novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina (TARCITANO FILHO; WAISSE, 2016), só para citar alguns.

A temática foi trabalhada por alguns clássicos. Santos Filho, ao tratar da difusão da homeopatia no Brasil de meados do século

7 Semanário político e literário.

XIX, apresenta algumas terapêuticas como elixires, remédios secretos, e considera que "a crendice e ignorância populares, aliadas à impotência da ciência oficial, favorecem a terapêutica impostora" (SANTOS FILHO, 2004 [1997], p. 557). Para reforçar o seu discurso, cita o caso de um doente da lepra, no Rio de Janeiro, que faleceu após ser tratado com o veneno de serpente que teria sido ministrado por médicos homeopatas. A ideia de conferir à medicina, que naquele contexto estava se institucionalizando, um papel principal, representado como "o progresso" contra o "atraso", é observada nas poucas linhas escritas sobre a homeopatia, a partir do referido autor. Oscar Castro, no livro *A medicina na Paraíba* (1945), dedica algumas páginas para falar sobre a homeopatia na então Parahyba do Norte, cita manuais utilizados e apresenta os homeopatas que se destacaram na Província. Trabalhar com a história da homeopatia na Parahyba oitocentista não é uma tarefa fácil. Quando nos debruçamos sobre a documentação, começamos a mapear essa história a partir do final de 1849, período em que, de fato, essa prática terapêutica começa a adentrar na Província. Na historiografia paraibana, encontramos poucas referências sobre a temática. No geral, o tema aparece de maneira secundária nas dissertações e teses sobre a história da saúde e das doenças (VIEIRA, 2015; MARTINS, 2019).

Assim, pretendemos contribuir com a discussão sobre a homeopatia na Parahyba a partir do entendimento sobre um contexto marcado pela desorganização social e necessária reorganização, temporalidade evidenciada pelas epidemias da febre amarela, no ano de 1850, e do cólera, nos anos de 1856 e 1862. Há, nesse contexto, uma apropriação do tema doença pelas elites políticas,[8] o que evidencia

8 O conceito de elite política é retirado de Bottomore (1965, p. 15-16): "[...] a elite política, compreendendo os indivíduos que efetivamente exercem o poder político em uma sociedade em qualquer época. A extensão da elite política é, portanto, relativamente fácil de ser determinada: incluirá membros do governo e da alta administração, chefes militares, e, em alguns casos, famílias politicamente

um fenômeno que extrapola o patológico, que ultrapassa a esfera do natural, na medida em que é vivenciado, representado e metaforizado por diferentes sujeitos.

A epidemia reinante da febre amarela – um hóspede indesejável

Na Província da Parahyba do Norte, entre os anos de 1850 e 1860, a homeopatia era praticada por pessoas que não possuíam formação acadêmica em medicina. Pelo menos, até o momento, é o que tem nos mostrado a documentação pesquisada. Autores como Luz (1996) creditam ao francês Benoit Jules Mure[9] (1809-1858) a introdução de atividades homeopáticas no Brasil. Mure não era médico diplomado, como também João Vicente Martins (1808-1854), outra figura responsável pela difusão da homeopatia no Brasil (TARCITANO FILHO; WAISSE, 2016). A formação na área médica era um dos temas de debate entre homeopatas e alopatas no século XIX.

Castro (1945), ao mapear homeopatas atuantes na Parahyba, destaca que eram professores, advogados, e há referências a vários padres, dentre outros. O bacharel Feliciano Hardmam atuou na epidemia do cólera morbus de 1856, quando teve a sua fase culminante, utilizando a terapêutica homeopática. Também faziam parte desse grupo "políticos, pobres agricultores, que mal sabiam ler, e até mães de famílias. Esse processo terapêutico entre elas se tornava puramente doméstico" (CASTRO, 1945, p. 296).

influentes de uma aristocracia ou classe real e dirigentes de poderosos empreendimentos econômicos".

9 Araújo e Pimenta (2020, p. 167) ressaltam que "[...] embora a maior parte da bibliografia sobre o tema aponte o francês Benoit Mure (1809-1858) como o introdutor da homeopatia no Brasil, que teria ocorrido com sua chegada em 1840, alguns estudos mostram que o conhecimento homeopático já circulava por aqui desde 1836, quando o médico suíço Frederico Jahn defendeu a tese *Exposição da doutrina homeopática* na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1837, o francês Emílio Germon também já praticava a clínica homeopática".

Os vigários, quase em geral, tanto nos pequenos povoados ou mesmo em cidades maiores, sempre se davam à prática da homeopatia. Não era raro que vissem os velhos vigários, a caminho de uma confissão distante, sob as inclemências de sol abrasador, subindo e descendo morro e levando consigo além dos sacramentos da Igreja, para a purificação das almas, as carteiras homeopáticas para as curas do corpo (CASTRO, 1945, p. 295).

Há também referência para o professor do Lyceu Parahybano e Juiz de Paz, Capitão Joaquim Inácio de Lima e Moura, que atuou com essa terapêutica, entre os anos de 1850 e 1860, e era considerado como o *mais acatado homeopata*. Castro assim o descreve:

> Tipo de nobre e elegância, nunca saía a não ser de calça branca e "croiseé", sapatos de verniz e chapéu de pelo, guarda-chuva de seda, solene correntão de ouro preso ao botão do colete, e, também, não dispensava o seu simbólico anel de pedra verde, circundado de brilhante (CASTRO, 1945, p. 296).

Como dito anteriormente, na documentação que trabalhamos – jornais que circulavam à época e Relatórios dos Presidentes de Província –, até o momento não encontramos referências sobre médicos formados utilizando as práticas terapêuticas homeopáticas para as epidemias da febre amarela (1850) e do cólera (1856/1862). Mure e Vicente Martins, mencionados anteriormente, eram defensores da propagação dos ensinamentos homeopáticos para toda a sociedade. Mas sabemos que nesse período de institucionalização da medicina, conflitos entre aqueles que defendiam as práticas alopáticas e os que eram partidários das homeopáticas estavam presentes. Tânia Pimenta (2013) discute esses embates no Rio de Janeiro de meados do século XIX.

Na Parahyba, os anos de 1850 se iniciam com notícias vindas do interior, uma vez que os relatos davam conta de que a febre amarela havia chegado pelos portos. Com o aumento dos casos de pessoas acometidas pela febre, havia uma promessa do envio de

ambulâncias com medicamentos. Mas havia reclamações de que o prometido não estaria chegando. Nesse contexto de falta de atendimento e medicamento aos doentes da febre amarela, chama a atenção a matéria publicada no jornal *A Ordem*, de 28 de fevereiro de 1850. Com o título *Notícias do Interior*, o periódico relatava os benefícios da homeopatia contra *esse mal terrível*, a febre amarela. A pessoa que escreveu o texto diz que é "testemunha dos prósperos resultados" e de alguns "sucessos felizes da homeopatia". Ainda argumenta que "não é médico e que pouco importam essas questões de rivalidades" entre alopatas e homeopatas, como tem acontecido em outras províncias (A ORDEM, 28 fev. 1850).

Como visto até aqui, estamos em fevereiro de 1850 e as notícias vindas do interior indicavam a difusão dessa terapêutica. Tal circulação de saberes e a provável aprovação por parte da população demonstram a preferência desta por práticos que trabalhavam com as artes de curar e que, consequentemente, não eram formados na área médica. Os diversos saberes e práticas associados às diferentes artes de cura mostram a pluralidade da sociedade e as trocas culturais vivenciadas nos anos oitocentos. Estamos em meados do século XIX, e a população da Parahyba, tradicionalmente, tinha o costume de procurar práticos nas artes de curar para todo tipo de doença que porventura pudesse acometê-la. Pimenta (2013, p. 132), ao tratar da preferência da população do Rio de Janeiro pelos terapeutas populares, diz-nos que temos que entender "como se dava a própria relação entre terapeuta e doente. [...] essa relação se estabelece, em geral, num momento de fragilidade desse último, que recorre a um terapeuta em quem possa confiar". No relato vindo do interior, o que era considerado importante, naquele momento, era obter um meio de tratar a população, e *o amor à humanidade* é o que o faz recomendar *a nova Medicina*, em detrimento da *velha*, que, *no entusiasmo, chamará de celeste*. Diz que a alopatia *já está gasta*, e cita como

exemplo a construção do lazareto na Ilha Tiriri, com *todo respeito à classe médica e sem querer ofender* (A ORDEM, 28 fev. 1850).

> Muito estimaríamos que o oferecimento filantropo do Sr Chalreo fosse aceito, não para nos convencermos da verdade da sua ciência, porém para persuadir os discípulos do velho Hipócrates, que nada tem querido adiantar os trabalhos do seu mestre, e isto quando todas as ciências tem deixados as mantilhas (A ORDEM, 28 fev. 1850, p. 3).

Salientamos que existiam querelas dentro da alopatia e da própria homeopatia. No Brasil, temos médicos alopatas que não reconheciam a homeopatia e lutavam pelo monopólio acadêmico, e os que passaram a utilizá-la com terapêutica. Já dentro da homeopatia, há discordâncias no tocante ao exercício desta pela população em geral, ou seja, por pessoas leigas sem nenhuma qualificação na área. Contudo, de acordo com Tarcitano Filho e Waisse (2016, p. 787), "o uso leigo e doméstico da homeopatia foi particularmente enfatizado nas publicações produzidas por Mure, Martins e seus discípulos".

Com o aumento dos casos de febre amarela, havia uma urgência em construir um espaço reservado para esses enfermos. O cirurgião-mor João José Inocêncio Poggi argumentava que o melhor lugar deveria ser um espaço isolado e longe da cidade. O lugar escolhido para a construção do lazareto foi na Ilha Tiriri.[10] A ideia de criar um espaço distante do centro urbano está de acordo com a perspectiva dos contagionistas, que prescreviam o isolamento do enfermo, pois acreditavam que a doença podia ser "transmitida de pessoa a pessoa, ou diretamente, através do contato físico, ou indiretamente, através do toque em objetos contaminados pelos doentes" (CHALHOUB, 2006 [1996], p. 64). Causada pelo vírus conhecido como flavivírus e

10 A Ilha Tiriri era do coronel Joaquim Gomes da Silveira, que a cedeu para a construção do lazareto. Incialmente, foi criado para atender aos estrangeiros (RELATÓRIO, 1850, p. 19).

transmitida por mosquitos hematófagos, a doença se espalhou pelo interior, uma situação relatada como dramática, que fez com que as autoridades públicas atuassem na tentativa de coibir a propagação da doença.

O lazareto na Ilha Tiriri atendeu principalmente aos marujos, marinheiros e à população estrangeira que chegava pelos portos. O cônsul britânico visitou o espaço destinado ao lazareto e encontrou um enfermeiro e dois serventes. Os acometidos pela febre amarela estavam todos juntos sem nenhum atendimento médico, uma situação que causou desaprovação, pois se considerava que o ambiente estava "impregnado de miasmas".[11] E por esse motivo, segundo o presidente José Vicente Amorim Bezerra, o cônsul teria solicitado que o lazareto não atendesse mais aos infectados pela febre amarela, pois se corria o risco de haver mais mortos do que curados, tendo em vista que o ambiente não era considerado adequado para o tratamento dos "infelizes pesteados" (RELATÓRIO, 1850). Era esse tipo de ambiente, com muitos enfermos, sem higiene e os devidos cuidados, que os homeopatas da Província criticavam.

Pouco tempo depois, com a situação se agravando e o número de mortos aumentando, o lazareto foi fechado e os funcionários, como o enfermeiro e outros ajudantes, dispensados das suas funções. Segundo o governo da Província, a partir daquele momento, como o lazareto não estava surtindo o efeito que os médicos queriam, era para encerrar o expediente e cessar qualquer despesa. Com relação aos medicamentos que já haviam sido adquiridos, depois de desinfetados, deveriam ir para o hospital militar. Com o lazareto fechado,

11 Durante boa parte dos anos oitocentos, muitos médicos acreditavam que determinadas condições ambientais proporcionavam o desenvolvimento de doenças. Miasmas presentes no ar, oriundos de matéria orgânica em decomposição ou água parada, provocavam, segundo esta concepção, epidemias como a do cólera. Logo, o meio físico, a natureza e a concentração de pessoas poderiam ser produtores de miasmas.

as embarcações que atracavam nos portos, com qualquer suspeita de febre entre a tripulação, deveriam seguir para a Ilha da Restinga e ficar de quarentena até serem inspecionados. Mas havia aqueles que se recusavam a acatar as ordens, como foi o caso do capitão do navio britânico Richard (A ORDEM, 28 mar. 1850, p. 1).

Algumas ações do governo no combate à febre amarela foram implementadas; citamos como exemplo a quarentena das embarcações que chegavam aos portos. Elas deveriam ficar de quarentena atracadas em frente às ilhas Tiriri ou da Restinga e só poderiam sair após uma inspeção e depois de declaradas livres desse mal. Essas ações dos poderes públicos no combate às epidemias também foram apontadas por Sebastião Pimentel Franco (2013, p. 74), na Província do Espírito Santo.

Recebendo essa liberação, poderiam seguir adiante e atracar no porto da capital. Esse não foi o caso da Escuna Sarda, que pediu para seguir a viagem, mas havendo suspeitas de marinheiros com a febre. Outro que se sentiu prejudicado com a possibilidade de ficar parado foi o negociante José da Silva Coelho, consignatário da Polaca Sarda Constante. Havia ordens expressas das autoridades de saúde para que os cadáveres dos marujos fossem *encaixotados* o mais rápido possível. Silva Coelho se recusava, pois o argumento era de que não havia tempo para mandar fazer os caixões; contudo, segundo o cirurgião-mor, "em pouco tempo se prepara um caixão" (A ORDEM, 28 fev. 1850, p. 1). Após atracar a embarcação, o comandante deveria informar às autoridades de saúde caso houvesse alguma suspeita da doença e dar um sinal com dois tiros, que seria o aviso para a solicitação de inspeção. Imediatamente, o encarregado da Saúde do Porto deveria comunicar à presidência da Província, informando o nome do navio e do comandante.

O estado sanitário da Província precisava ser conhecido. As doenças endêmicas e epidêmicas, suas causas e tratamentos, e, principalmente, os meios de prevenção, passaram a ser enfocados, e

essas respostas médicas indicam algumas das suas teorias. Havia os defensores da teoria miasmática que acreditavam, por exemplo, que as sepulturas vedadas e retiradas das igrejas evitariam a circulação dos ares contaminados. Já para os contagionistas, as doenças eram transmitidas pelo contato direto com pessoas ou objetos contaminados. Isso não significa que os médicos não se utilizassem das duas teorias para elaborar os seus discursos e prescrições no tocante à "terrível caminhada acelerada do hóspede maldito", a febre amarela (RELATÓRIO, 1850).

Com o aumento de casos de febre amarela, o presidente da Província, Amorim Bezerra, tomou algumas medidas que alteraram a rotina das pessoas: a partir de março, as igrejas e irmandades só funcionariam até as 8h; a exceção seria nos dias de festas. Também, fez "cessar os dobres dos sinos que, como não ignorais, muito constrangem um enfermo no leito de dor" (RELATÓRIO, 1850, p. 19); uma situação que observamos também no Rio de Janeiro, quando os dobres dos sinos foram proibidos (CHALHOUB, 2006). A ideia era evitar o pânico nas pessoas ao anunciar a morte devido à quantidade de óbitos.[12]

Amorim também falou da importância da vedação das sepulturas nas igrejas. Nereida Soares Martins (2019, p. 169) aponta que houve mudanças com proibições nos ritos fúnebres: "nas práticas de encomendação do corpo, administração dos sacramentos, na tradição cristã, vestuário fúnebre, a mortalha, e a condução dos corpos". O presidente enviou à Assembleia provincial, em 05 de março, um ofício contendo o parecer da comissão de médicos da cidade sobre os meios preventivos para evitar a proliferação da febre amarela, dentre os quais a criação de um cemitério para sepultar

12 Em 1851 a Província da Parahyba do Norte contava com aproximadamente uma população de 212.466, sendo 183,93 livres e 28,56 escravizados, segundo o mapa de "Estatísticas da população livre e escrava da Província, por municípios e freguesias, no corrente ano" (RELATÓRIO, 1851, p. 12).

"todos quanto falecerem, para evitar o costume nocivo, antissocial e até antirreligioso de sepultar-se nos Templos, costume por demais fatal". No documento há uma determinação de urgência, inclusive com a fiscalização de autoridades policiais para aqueles que não cumprissem as ordens da presidência. A Câmara Municipal também recebeu o parecer dos médicos João José Inocêncio Poggi e Henry Krause para criar posturas adequadas para debelar o mal (A ORDEM, 24 mar. 1850, p. 2). Mas o cemitério da capital, Senhor da Boa Sentença, só foi inaugurado em 1856, durante a epidemia do cólera, ficando sob a administração da Santa Casa da Misericórdia (MARIANO; SOUZA JÚNIOR, 2019, p. 85).

O sino do Mosteiro de São Bento anunciaria o toque de recolher às 9 horas, bem como o dobre anunciava que a partir daquele momento todas as casas de comércio deveriam estar fechadas, menos as boticas, estas permaneceriam abertas (A ORDEM, 12 mar. 1850). Temendo a proliferação da doença, em 14 de abril de 1850, o Dr. Bazílio Quaresma Torreão Júnior, juiz de Direito, reconhecendo a impossibilidade do funcionamento do Tribunal do Júri "por causa das febres epidêmicas que têm flagelado esta capital" adiou para o início de maio. O perigo era iminente, e se até as igrejas estavam fechando as suas portas, a Assembleia provincial também resolveu cancelar as atividades por alguns meses, com o objetivo de evitar a aglomeração de pessoas nos corredores do legislativo. Também o Liceu Parahybano, instituição de nível secundário, fechou as suas portas com receio de que a febre atingisse os seus alunos (RELATÓRIO, 1850).

Enquanto os médicos defensores das teorias miasmáticas e/ou contagionistas se empenhavam em criar medidas na tentativa de combater e inibir a propagação do *terrível flagelo*, os defensores das práticas homeopáticas se utilizavam dos jornais para divulgar os benefícios desse *poderoso método de cura*; e o debate estava na ordem do dia na imprensa, esse poderoso veículo de divulgação. A matéria do jornal *A Ordem*, intitulada "A homeopatia", e com subtítulo "A

alopatia é a ciência do disparate", reforça o discurso de que a medicina não teria base nem princípios certos até os ensinamentos de Hahnemann. Segundo os escritos, as medidas de isolamento, através da quarentena dos enfermos em locais específicos, como os lazaretos, não estavam funcionando, portanto, "pelos constantes resultados funestos que acompanham pelo Tibiri, de onde poucos têm voltado" (A ORDEM, 24 mar. 1850, p. 3). Assim, enquanto muitos alopatas acusavam a homeopatia de charlatanismo, e, por isso, estariam cometendo crime, os homeopatas utilizavam os jornais para apontar terapêuticas ineficientes por parte dos alopatas, comparadas aos seus métodos.

Estavam ocorrendo muitos óbitos no lazareto, e o relato apontado anteriormente, do jornal *A Ordem*, em fevereiro de 1850, utilizou-se desse argumento para desqualificar a terapêutica alopática. Indicou certa rivalidade entre os médicos e cirurgiões, quando disse que o cirurgião homeopata André Braz Chalreo ofereceu seus tratamentos gratuitamente para *os mais perigosos enfermos, afetados desse mal*, mas que *o egoísmo da alopatia*, dos discípulos do *velho Hipócrates*, não aceitou ajuda em um momento de epidemia. Finalizou o relato explicitando que não queria "ofender a respeitabilíssima classe médica e menos encetar questões sobre matéria, que ignoramos, porém como somos positivistas, *queremos fatos e não palavras*" (A ORDEM, 28 fev. 1850, p. 3, grifos do original).

O flagelo da peste continuava assustando, e o governo provincial ordenou que fossem enviados medicamentos das boticas dos Srs. Thomaz Antonio Carneiro da Cunha e Joaquim Izidro, para serem distribuídos com a população pobre, sob a orientação do médico Henri Krause. Na mesma ordem, publicizada no jornal no mês de abril, autorizou o homeopata André Braz Chalreo que também "distribuísse medicamentos aos pobres que lhe pedissem" (A ORDEM, 4 abr. 1850, p. 3). Interessante que o documento vem com uma ressalva sobre o professor Chalreo:

> Não repetiremos que este Senhor já os distribuía grátis; porque não queremos travar contas com os Srs. Boticários, que nos vão ganhando por isso ojeriza. Posto que nunca ofende os nem venialmente a esta respeitável classe, com tudo embicaram (alguns) coma nossa franqueza e vai tomando um caráter sério o negócio. Mal de nós se precisarmos do *gomoso* (A ORDEM, 4 abr. 1850, p. 3, grifos do original).

Provavelmente havia conflitos de interesses entre os boticários e os homeopatas. Em momentos de crises epidêmicas, encontramos referências aos homeopatas distribuindo medicamentos gratuitos e ganhando, cada vez mais, a confiança e adesão da população mais pobre. O atendimento gratuito aos mais pobres, inclusive, é uma das características dos adeptos da homeopatia (ARAÚJO; PIMENTA, 2020). Não é à toa que o governo reconheceu a importância dos meios empregados pelo professor Chalreo para ajudar a população mais carente. No entanto, fez um jogo político para não desqualificar o trabalho dos boticários, reforçando que esses faziam parte de uma "respeitável classe". O governo alertou os Inspetores de Quarteirão que o Sr. André Braz Chalreo estava autorizado a "receitar grátis, e os referidos boticários – Antônio Thomás Carneiro da Cunha e Joaquim Izidro da Costa Vieira – a aviar as receitas por conta do Governo" (A ORDEM, 23 abr. 1850, p. 2).

Em dezembro de 1850, encontramos outro pedido, vindo do interior, do lugar chamado Cabaceiras, em que o Sr. José Maria havia solicitado ao delegado autorização para aplicar "os seus remédios homeopáticos" nos acometidos pela febre amarela. A resposta divulgada veio com a negativa da autorização para tal tratamento, tendo em vista que em breve o governo enviaria uma ambulância com os medicamentos, sendo possível, no entanto, que as pessoas fizessem uso da homeopatia e se "responsabilizassem pelo tratamento" (O GOVERNISTA PARAHYBANO, 28 dez. 1850, p. 1). A notícia veiculada no referido jornal e em outros periódicos dos anos 1850, quando

a epidemia reinante de febre amarela chegou como uma hóspede indesejável, indica que a circulação dos saberes homeopáticos se fazia presente no interior da Província e que vários sujeitos da sociedade praticavam essa terapêutica, o que estava provocando opiniões divergentes entre os que trabalhavam com as artes de curar.

A Província não estava preparada para receber tão terrível hóspede: as epidemias do cólera

O ano de 1856[13] ficou marcado na história da então Província da Parahyba do Norte pela epidemia do cólera,[14] que ocasionou um altíssimo índice de mortalidade, quase trinta mil habitantes, em uma população que não totalizava trezentos mil, gerando, no imaginário dos contemporâneos, uma possível aproximação com a morte. O alto índice de mortes foi amplamente divulgado pela imprensa. O jornal *A Época*,[15] em 8 de março de 1856, relatou que a mortalidade era tamanha que, em Pilar, a população aterrorizada fugiu, deixando cadáveres em decomposição espalhados pelas ruas da vila (ALMEIDA, 1978). Em Areia, cerca de 3.300 pessoas foram vítimas da epidemia. Já em Campina Grande, o "terrível morbus" vitimou mais de 1.500 pessoas e os números não paravam por aí. Em Pedras de Fogo, foram registrados 282 casos, Cruz do Espírito Santo com 676, Itabaiana teve 818 e Mulungu contabilizou 898 mortes, só

13 O Relatório do Presidente da Província de 1856 traz a informação que o cólera adentrou em dezembro de 1855, por São João do Cariri, o percurso teria seguido as margens do Rio São Francisco, no interior de Pernambuco, e chegado à Parahyba do Norte.

14 O cólera-morbo é uma patologia infectocontagiosa descoberta em 1883 pelo médico alemão Robert Koch, provocada pela bactéria Vibrio cholerae quando presente em água ou alimento. No Brasil, a doença apareceu pela primeira vez em 1855, em um navio português que aportou no Pará (BELTRÃO, 2000).

15 Segundo Bezerra (1985, p. 81), o jornal *A Época* circulou de 1856 a 1862, como periódico noticioso e literário.

para citar alguns casos (RELATÓRIO, 1856). Os mapas que traziam as informações sobre o número de vítimas precisavam ser atualizados com frequência, já que, dia após dia, a doença deixava um rastro de morte. O cólera era uma doença tão temida que os editais que publicavam notícias sobre o seu alastramento não costumavam mencionar o nome da epidemia, considerada no século XIX como "'a doença' por excelência, a representação do mal que atacava a vida" (DINIZ, 1997, p. 72).

Na cidade da Parahyba, a situação não era diferente. A epidemia de 1856 desencadeou um clima de insegurança, medo e desordem. O presidente Antonio da Costa Pinto Silva, em sua fala na abertura da Assembleia Legislativa, relatou que o "mal maior visitou" a Província de forma "cruel, devastadora", e que ninguém estava preparado para receber esse "terrível hóspede" que arrasou famílias, povoações, vilas, ceifando, na capital, 1.518 vidas.[16] Pinto Silva, no seu relato, ressaltou a necessidade de médicos, mas que não faltaram à população sacerdotes, enviados pelos conventos do Carmo e de São Francisco (FALA, 1856, p. 21). Castro, trabalhando com essa epidemia, apontou que "na capital, as igrejas se apinhavam de fiéis e eram frequentes as procissões de penitência, puxadas por grandes cruzes e matracas martelando" (CASTRO, 1945, p. 275). Esse mal se alastrava e alimentava o imaginário da população, que, envolta por um clima de temor, ameaça e morte, buscava ajuda na religião.

Segundo o discurso do presidente Pinto Silva, havia a necessidade de médicos e, também, de farmacêuticos, o que só complicava o cenário de mortes. Em seu relato, compara a epidemia do cólera com a da febre amarela, em 1850, considerada *mais benigna*. Para sanar essa dificuldade,

16 Segundo Vieira (2015), a cidade da Parahyba tinha uma população de aproximadamente 8.000 habitantes em 1856.

> Tratei de prepara-la [a província] já promovendo a vinda de médicos, farmacêuticos e medicamentos, já excitando a criação de cemitérios e enfermarias, já finalmente criando Comissões de pessoas mais importantes de cada lugarejo, por mais pequeno que fosse, os quais se incumbissem de dar-me conta de suas principais necessidades, de animar a população e ensinar-lhe os meios mais fáceis de tratamento da moléstia, para que fiz publicar e espalhar diversos impressos, dos que me pareceram mais adaptados para todas as inteligências (RELATÓRIO, 1856, p. 21).

Além das medidas anunciadas acima, algumas escolas fecharam. Foi o caso do Lyceu, que suspendeu as aulas durante o mês de março em "razão da mortífera epidemia que devastou esta capital". Professores e alunos "foram forçados a abandonar os seus trabalhos", e, nos três meses seguintes, as atividades da instituição de ensino ficaram prejudicadas (RELATÓRIO, 1856).

Durante as epidemias, a atuação dos práticos – barbeiros, benzedeiras, curandeiros, boticários, entre outros – era uma constante na Província. Na primeira epidemia do cólera, em 1856, o presidente, o Sr. Antonio da Costa Pinto Silva, reconheceu publicamente os trabalhos de um prático, Bernardo Luiz Ferreira Cezar Loureiro, "que com alguns conhecimentos práticos foi não só o médico de quase todos, como o ânimo da pobreza" (RELATÓRIO, 1856, p. 21). Observamos como alguns curadores mantinham a popularidade junto à população em geral. Bernardo Luiz Ferreira Cezar Loureiro foi um prático que atuou principalmente no interior da Província, e sua popularidade como curador foi ampliada por sua atuação em Alagoa do Monteiro e Zabelê, onde o cólera chegou "grassando e levando a óbito muitos moradores" (RELATÓRIO, 1856).

Já em fins de 1861 e início de 1862, momento em que a segunda epidemia do cólera abalou a Província da Parahyba do Norte, João José Innocencio Poggi ressaltou a importância da higiene pública e da ciência médica para o futuro da sociedade:

> Os domínios da higiene são de tamanha amplitude, abrangendo questões de alcance tão elevado, que não poderão por certo ser convenientemente ventilados neste pequeno relatório confeccionado [...]. É uma luta afanosa, é verdade, mas sempre digna e louvável, para cujo fim devem encaminhar-se as vistas da ciência moderna, e a execução prática e rigorosa do governo [...]. Toda a cidade, ou melhor, toda a aglomeração de habitações deve ser solidamente edificada, bem arejada, e de acesso fácil, bem esclarecida, enxuta e asseada, guardando em suas devidas dimensões aberturas correspondentes e regularmente dispostas. Cada uma destas condições encerra um princípio e um gérmen fecundo as bases e elementos da higiene pública. Se isto está prescrito e provado em todos os livros de higiene pública e particular, quão distantes estamos ainda de atingir esse aperfeiçoamento? (RELATÓRIO, 1862, p. 3-4).

O relato do comendador Poggi é sintomático dessa época, pois o saber e a prática médicas, cada vez mais, ganharam espaço e colocaram-se como imprescindíveis quando o assunto era a saúde da população e a melhoria do urbano.

Nos anos 1860, os relatos com depoimentos acerca da cura com a terapêutica homeopática continuaram sendo publicizados nos periódicos, mas não especificamente para a epidemia do cólera. O Sr. Francisco Pulqueiro Gonsalves de Andrade, de Mamanguape, escreveu sobre a "maravilhosa cura" do seu filho Manoel Antonio de Andrade, que se encontrava enfermo, "padecendo dos terríveis efeitos do envenenamento pelo iodo", indicado por *renomados médicos*. Segundo o Sr. Francisco Andrade, com o tratamento, o seu filho estava em "estado de morrer", mas graças à terapêutica homeopática ministrada "pelo amigo", o Sr. Nunes Pinto, em poucos dias, houve uma melhora considerável e ele já "estava curado daquele mal, graças a Deus e àquele *eficientíssimo medicamento*" (A REGENERAÇÃO, 18 out. 1861, grifos nossos). Antonio de Souza Nunes Pinto era cirurgião e foi autorizado a "receitar e curar os enfermos

pobres" de Mamanguape e Alhandra acometidos das "febres reinantes". Para tal serviço, receberia o pagamento mensal de 30$00 rs. No entanto, o cirurgião deveria declarar na receita o nome dos enfermos e da botica indicada para a entrega dos medicamentos (O GOVERNISTA PARAHYBANO, 22 jun. 1850, p. 3). Um mês depois, em julho, o governo publicou um novo expediente chamando a atenção de que a partir do momento que a febre não significasse mais nenhum perigo, o pagamento do cirurgião não seria mais efetivado.

Por outro lado, encontramos o médico licenciado João José Inocêncio Poggi afirmando, enquanto inspetor de Saúde Pública, que os "curandeiros homeopatas", ao invés de tratar as pessoas que sofriam com "moléstias que atacavam o aparelho digestivo – diarreia ou câmara do sangue –", foram responsáveis, segundo o inspetor, pelo número de mortos na Província. A "disenteria maligna ou pútrida" muitas vezes era causada, ou tinha sua situação piorada, graças à atuação, segundo a Inspetoria de Higiene Pública, dos curandeiros homeopatas.

> O *charlatanismo* e esse *enxame de curandeiros homeopatas* que pululam por toda a parte também têm concorrido para o grande número de óbitos que diariamente os jornais publicam, visto como os médicos não têm conhecimentos das vítimas anunciadas, por terem sido tratadas por aquele sistema e por pessoas *inabilitadas na grande ciência de curar* (RELATÓRIO, 1867, p. 2, grifos nossos).

Para o médico licenciado Inocêncio Poggi, a prática da cura através do tratamento com a homeopatia estava matando mais gente, pois esses "curandeiros homeopatas" eram acusados, pelo inspetor, de charlatanismo e que estes se multiplicavam como um "enxame de abelha" (RELATÓRIO, 1867). Para Araújo e Pimenta (2020, p. 173), "as controvérsias entre homeopatas e alopatas fazem parte de um cenário comum encontrado em diversos locais [...]. A acusação de charlatanismo também faz parte desse cenário comum [...]".

Esses embates sobre a eficiência ou não de determinados tratamentos continuaram e mais pessoas foram aos jornais dar seus testemunhos sobre a eficácia da terapêutica homeopática. Em 14 de dezembro de 1864, o Sr. Miguel Cabral também foi a público agradecer o tratamento homeopático que recebeu, após passar dois meses enfermo. O tratamento só foi eficaz, segundo o depoente, depois que "deixou de usar a alopatia para a homeopatia", apesar de reconhecer que "resistiu à novidade" num primeiro momento. A terapêutica foi indicada pelo Sr. José Bento Ferreira Ponteiro, que tinha formação em advocacia, a quem o enfermo já curado reconhecia e agradecia o tratamento. Na notícia veiculada, o homeopata Sr. Ponteiro teria convidado os médicos formados Antonio da Cruz Cordeiro Sênior e Jacinto Silvano da Santa Rosa,[17] bem como o médico licenciado João José Inocêncio Poggi, para assistirem ao tratamento homeopático ministrado, tendo recebido a anuência dos referidos médicos (O PUBLICADOR, 1864, p. 4).

Tal consentimento indica que alguns homeopatas começavam a dialogar com alopatas na Província; inclusive, figuras de destaque na atuação médica na Parahyba, a exemplo do Dr. Cordeiro Sênior. Formado em medicina pela Faculdade da Bahia e natural de Guarabira (PB), desempenhou atividades como jornalista, médico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, cirurgião-mor da Província, 1º médico da Estrada de Ferro Conde d'Eu, chefe da Enfermaria Militar da Província e 2º cirurgião tenente do Corpo de Saúde do Exército, dentre outras funções.

Nos anos 1860 também há indicação de tratamentos homeopáticos para a varíola. A vacinação já vinha sendo aplicada ao longo do século XIX, mas as pessoas resistiam a esse método de prevenção, temiam o desconhecido e preferiam se tratar com as artes de curar

17 Não encontramos dados sobre a sua formação. Castro (1945) afirma que o médico clinicou na cidade da Parahyba e vendia em sua farmácia o elixir cabeça de negro.

sobre as quais já tinham um conhecimento e uma maior confiança. Com o aumento de casos de bexiga na vila de Alhandra, o subdelegado solicitou ao governo provincial que enviasse uma "pequena ambulância" contendo medicamento para tratar desse "terrível mal". O governo respondeu que os "medicamentos homeopáticos" foram "encaminhados e autorizados" a serem aplicados pelo "curioso" Estevão José Bezerra, "cujos serviços serão gratificados oportunamente, bem como o pus vacínico, juntamente com um vacinador" (O PUBLICADOR, 18 mar. 1864, p. 1).

Como dito anteriormente, a homeopatia, seus tratamentos e homeopatas diversos continuam circulando nas matérias jornalísticas na Parahyba do Norte. Até o presente, a pesquisa não nos mostrou muitos dados sobre a terapêutica para o tratamento específico dos acometidos com a epidemia do cólera. Contudo, em 1864, o jornal *O Publicador* traz a solicitação, vinda de Sousa e Pombal, no interior da Província, com o pedido de urgência, de medicamentos homeopáticos para o cólera. O pedido foi autorizado e os medicamentos deveriam ser aplicados pelos vigários das respectivas localidades para "promover socorros precisos em favor das pessoas que forem acometidas da epidemia" (O PUBLICADOR, 23 maio 1864, p. 1). A partir dos escritos de Oscar Castro, no livro *Medicina na Paraíba* (1945), há a menção ao bacharel Feliciano Hardmam, que teria atuado na epidemia do cólera *morbus* de 1856, quando teve a sua *fase* "culminante", utilizando a terapêutica homeopática.

Nos anos de 1860, os jornais da Província também anunciam nas suas propagandas a venda de livros de homeopatia. Na botica de Carneiro da Cunha, por exemplo, além dos medicamentos, estavam à venda os livros:

> Dicionário de Medicina Popular, de Chernoviz (encadernação forte de couro), Formulário Chernoviz, Medicina Doméstica Homeopática, por Cochrane, Medicina Homeopática, por Proença, Medicina Homeopática, por Mello Moraes, Medicina

> Homeopática por Prática Elementar (o PUBLICADOR, 6 set. 1864, p. 4).

Além das obras de Chernoviz, comuns nos anúncios de vendas de livros na Parahyba, encontramos títulos específicos de homeopatia que poderiam ser adquiridos pela população em geral, consultados e utilizados no tocante a sua terapêutica. O uso doméstico e efetuado por leigos era estimulado por muitos defensores da homeopatia, bem como por obras que circularam no Brasil oitocentista. Nos anos de 1880 e 1890, circulam nos jornais da capital propagandas e anúncios de vendas de variados produtos homeopáticos, em tinturas, glóbulos, carteiras e vidros soltos.

Considerações finais

Nesse contexto marcado por epidemias, dos anos 1850 e 1860, os ensinamentos de Hahnemann circularam pela então Província da Parahyba do Norte. Tendo por base o que a documentação indica, consideramos que houve uma rápida disseminação e divulgação da terapêutica, visto que os jornais estavam noticiando esses saberes a partir da atuação de homeopatas diversos, como advogados, professores, políticos, padres e a população em geral. Também há essa difusão a partir dos livros e medicamentos vendidos na capital e, especialmente, pelos relatos enviados para os jornais sejam de pacientes curados, sejam de pessoas que buscavam tornar público o que consideravam o sucesso dos resultados com o uso da homeopatia, vista como um poderoso método de cura.

Essa difusão também pode ser percebida ao observarmos os terapeutas envolvidos nessa prática na Província. No período estudado, não encontramos, até o presente, médicos que tenham oferecido seus serviços como homeopatas; o que a documentação sugere é a presença de leigos aprendendo esses saberes em diversos espaços e os utilizando e divulgando, tal como preconizado pelos adeptos

da homeopatia. Como a população tradicionalmente procurava, no momento de adoecimento, a figura do prático e não a do médico, já havia uma confiança nessa relação. Também identificamos atendimentos e medicamentos sendo oferecidos gratuitamente para a população pobre, o que pode ter ajudado na sua disseminação. Nesse processo, algumas autorizações estavam sendo efetuadas, o que designa certo reconhecimento por parte dos poderes públicos. Uma estratégia utilizada pelos adeptos da homeopatia era comparar os resultados advindos da sua terapêutica, com o que vinha sendo prescrito pela alopatia e considerá-lo ineficaz, a exemplo da indicação de lazaretos, isolamentos e quarentenas.

Destacamos a presença do homeopata português, professor André Braz Chalreo, que é referenciado em alguns documentos da época, tanto por seus ensinamentos quanto pelos serviços gratuitos ofertados à população da Província.

Encontramos querelas entre defensores da alopatia, que acusavam a homeopatia de charlatanismo, chamando a atenção para a falta de habilitação legal, falta de títulos ou de garantia da terapêutica, como no caso denunciado pelo jornal *O Reformista*, envolvendo o doente Francisco de Seixas Machado e o seu amigo e homeopata José Bento Meira de Vasconcelos, acusado na correspondência intitulada "Oh! Da Polícia, e da Câmara Municipal, Alerta!" As Câmaras Municipais, desde a extinção da Fisicatura, também respondiam pelas questões que envolviam a saúde da população. É um período em que o campo profissional da ordem médica estava se estruturando, e a figura do médico, formado em faculdade e financiado pela nação, conquistou representatividade. Assim, a recusa ou resistência de médicos com relação à homeopatia era uma estratégia de manutenção de poder, na afirmação de sua atuação como única e legítima nas artes de curar, com o intuito de garantir o monopólio dos saberes sobre a doença e a cura.

Fontes

A ORDEM. Parahyba do Norte, 23 de abril de 1850. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 6 maio 2021.

A REGENERAÇÃO. Parahyba do Norte, 18 de outubro de 1861. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 5 maio 2021.

O GOVERNISTA PARAHYBANO. Parahyba do Norte, 28 de dezembro de 1850. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 17 maio 2021.

O PUBLICADOR. Parahyba do Norte, 23 de maio de 1864. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 15 maio 2021.

O REFORMISTA. Parahyba do Norte, 4 de agosto de 1850. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 15 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo excelentíssimo presidente da província, o coronel José Vicente do Amorim Bezerra, na abertura da sessão ordinária em 2 de agosto de 1850*. Parahyba: Tipografia de José Rodrigues da Costa, 1850. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 4 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Fala recitada na abertura da Assembleia Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da província, o Dr. Antônio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856*. Parahyba, Tipografia de José Rodrigues da Costa, 1856. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 5 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo excelentíssimo presidente da província, Antônio da Costa Pinto Silva, na abertura da sessão ordinária em 5 de maio de 1856*. Parahyba: Tipografia de José Rodrigues da Costa, 1856. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 5 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente Dr. Francisco d'Araujo Lima*. Parahyba: Tipografia de J. R. da Costa, 1862. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 6 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Anexo H, Saúde Pública:* inspetoria de Saúde Pública em 14 de janeiro de 1862. (João José Innocencio Poggi). *In*: Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, Dr. Francisco de Araújo Lima. Parahyba: Tipografia de J. R. da Costa, 1862. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 6 maio 2021.

PARAHYBA DO NORTE, Província da. *Anexo 5, Saúde Pública* – Inspetoria de Saúde Pública em 1 de julho de 1867. (João José Innocencio Poggi). *In*: Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, pelo 2º vice-presidente, Exm. Sr. Barão de Maraú, em 5 de agosto de 1867. Parahyba: Tipografia Liberal Parahybana, 1867. Disponível em: www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em: 7 maio 2021.

Referências

ALMEIDA, H. *História da Paraíba*. João Pessoa: Universitária/UFPB, 1978.

ARAÚJO, F. N.; PIMENTA, T. S. A homeopatia como missão: os caminhos da arte de curar na Bahia. *In*: BATISTA, R. S.; SOUZA, C. M. C.; & SILVA, M. E. L. L. N. (Org.). *Quando a história encontra a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 166-193.

BELTRÃO, J. F. A arte de curar dos profissionais de saúde popular em tempo do cólera. Grão-Pará do Século XIX: história, ciência, saúde. *Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 6, set. 2000, p. 833-866.

BEZERRA, A. A imprensa, do império à república. *In*: AGUIAR, W.; OCTÁVIO, J. (Org.). *Uma cidade de quatro séculos:* evolução e roteiro. João Pessoa: Governo do Estado da Paraíba, 1985. p. 80-84.

BOTTOMORE, T. B. *As elites e a sociedade*. Trad. de Otávio Guilherme C. A. Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

CASTRO, O. O. *Medicina na Paraíba:* flagrantes da sua evolução. João Pessoa: A União, 1945.

DINIZ, A. S. *Cólera:* representações de uma angústia coletiva (A doença e o imaginário social no século XIX no Brasil). Tese (Doutorado em História) UNICAMP, Campinas, 1997.

FRANCO, S. P. Cólera e surtos epidêmicos no oitocentos, no Espírito Santo (1855-1856). *In*: FRANCO, S. P.; NASCIMENTO, D. R.; MACIEL, E. L. N. *Uma história brasileira das doenças*. V. 4. Belo Horizonte: Fino Trato, 2013. p. 129-142.

LUZ, M. T. *A arte de curar versus a ciência das doenças:* história social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

MARIANO, N. R. C. *Educação pela higiene:* a invenção de um modelo hígido de educação escolar primária na Parahyba do Norte (1849-1886). João Pessoa: Ideia. 2015.

MARIANO, S. R. C.; SOUSA JÚNIOR, L. A. Reorganização do lugar da morte: os cemitérios como morada dos mortos na Parahyba (1850-1860). *In*: MARIANO, S. R. C.; BARBOSA, J. P. L. (Org.). *Sociedade e cultura no Brasil oitocentista:* trajetórias de pesquisas II. João Pessoa: Editora do CCTA/UFPB, 2019. p. 77-102.

MARTINS, N. S. *Santa Casa dos mortos:* ritos fúnebres, mortalidade e relações de poder na Parahyba oitocentista. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História. UFPE, 2019. 320 p.

PIMENTA, T. S. Doses infinitesimais contra a epidemia de cólera em 1855. *In*: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 31-51.

PIMENTA, T. S. Alopatia e homeopatia no Rio de Janeiro em meados do Oitocentos. *In*: FRANCO, S. P.; NASCIMENTO, D. R.; MACIEL, E. L. N. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. v. 4. Belo Horizonte: Fino Trato, 2013. p. 129-142.

PINTO, I. F. *Datas e notas para a história da Paraíba*. v 2. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. 1977 [1916].

SANTOS FILHO, L. Medicina no período imperial. *In*: HOLANDA, S. B (Org.). *História geral da civilização brasileira:* reações e transações. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

TARCITANO FILHO, C. M.; WAISSE, S. Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires. *História, ciência, saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, jul./set. 2016, p. 779-798.

TONON, M. J. *Higiene:* herdeira da teoria miasmática. Tese (Doutorado em História) UNICAMP, 2015. 400 p.

VIEIRA, R. S. *Parahyba, vida e saúde:* cenários de tempos deletérios. João Pessoa: ideia, 2015.

WITTER, N. A.; FARINATTI, l. A. E. Curandeirismo no século XIX: as escolhas do povo. *Revista do Centro de Educação da UFSM,* v. 25, n. 1, jan./jun. de 2000, p. 1-4.

CAPÍTULO VIII

Doentes e achacados

Escravizados de Pernambuco, 1800 a 1888

Tânia Salgado Pimenta

Bárbara Barbosa dos Santos

A partir da década de 1990, os estudos históricos sobre as doenças dos escravizados no Brasil têm se desenvolvido a partir de pesquisas originadas das historiografias sobre escravidão e sobre saúde. O diálogo entre esses dois campos começou a se intensificar e a produção sobre saúde e escravidão passou a levantar questões próprias, em que se destacam a agência de escravizados, libertos e seus descendentes nascidos livres, assim como as redes de solidariedade construídas por eles. Percebe-se um adensamento de publicações a partir da década de 2010 com investigações acerca do pensamento médico sobre os africanos e seus descendentes; da identificação e distribuição das doenças que mais atingiam os cativos e libertos; e do exercício das práticas de cura por essas pessoas (BARBOSA; GOMES, 2016; PIMENTA; GOMES; KODAMA, 2018). Neste capítulo, pretendemos analisar os registros sobre problemas de saúde, identificados como doenças ou consequências de acidentes, dos escravizados de Pernambuco, atentando para crianças e mulheres, considerando as diferentes regiões da província.

Para tanto, mobilizamos neste estudo informações sobre saúde de cativos, presentes no banco de dados criado pelo projeto de pesquisa em estudos da escravidão em Pernambuco, coordenado pelos economistas Flávio Versiani e Raymundo Vergolino.[1] O projeto analisou 3.953 inventários *post-mortem* referentes ao período de 1800 a 1888, abrangendo quatro regiões de Pernambuco: Recife, Zona da Mata, Agreste e Sertão. Escravos constavam entre os bens de mais de dois terços dos inventariados, somando 21.932 escravizados. Os cativos estavam distribuídos de forma desigual, pois 53% localizavam-se na Zona da Mata, 22% no Recife, 17% no Agreste e 9% no Sertão. As informações para cada escravizado diziam respeito a nome, sexo, idade e valor de avaliação. Às vezes, também eram especificados a origem, o ofício exercido e a ocorrência de doenças ou defeitos físicos.

O foco de nossa análise são justamente os 1.859 escravizados sobre os quais foram feitas anotações que se referem às condições de saúde, como enfermidades e deficiências físicas e psíquicas, o que permite compreendermos melhor as condições de vida dos escravizados na província de Pernambuco, viés de pesquisa ainda pouco percorrido na historiografia local sobre escravidão.[2] A partir dessa documentação, podemos desenvolver análises quantitativas,

1 Conforme sublinham Vergolino e Versiani (2016), considerando os censos de 1842 e 1872, os dados sistematizados dão conta de mais de um quarto da população escravizada. Na sistematização dos inventários, foram incluídas as condições de saúde de cativos e nesse quadro que nos atemos, pois eles ainda não foram analisados na perspectiva da história da saúde e da escravidão. Registramos nossos agradecimentos aos autores pelo acesso a esses dados.

2 Sobre saúde e escravidão, Pernambuco carece de estudos que se debrucem em documentação serial e que abordem de maneira sistematizada, realidades na heterogeneidade das quatro regiões da província. Ver Carvalho e Albuquerque (2016), em que os autores analisam os conflitos em torno da quarentena imposta aos navios negreiros no período do tráfico, citando as principais doenças apresentadas por cativos no lazareto, registradas pela provedoria de saúde. Para o período colonial, ainda que não se limite à província de Pernambuco, Carlos Miranda (2017) aborda, através de relatos de viajantes e contemporâneos,

que nos auxiliam a perceber a heterogeneidade das experiências impostas pela escravidão, como mostram uma série de novos estudos no contexto pernambucano. Destacamos, porém, que este estudo se encontra em fase inicial.

As doenças através das fontes

As doenças estiveram presentes entre os africanos e seus descendentes ao longo de suas vidas, atravessadas pela escravidão. Os registros de suas moléstias podem ser identificados em vários tipos de documentos, como registros de óbitos, livros de internamento de hospitais, escritos médicos em periódicos e teses.

Assim, pesquisas sobre diversas regiões do país têm apontado para similaridades e diferenças entre os resultados. A pesquisa de Mary Karasch (2000) sobre a vida de escravizados na cidade do Rio de Janeiro, entre 1808 e 1850, apresenta como principais causas de mortes de escravizados, na primeira metade do século XIX, as doenças agrupadas no rol das moléstias infecto-parasíticas, em que constam tuberculose, varíola, tétano, febres intermitentes e perniciosas, febre amarela, tifo, sarampo, escarlatina, oftalmia, sarna, erisipela branca, elefantíase, sífilis, entre outras. Barreto e Pimenta (2013), no mesmo período, observaram que os cativos atendidos no hospital da Misericórdia de Salvador sofriam de doenças infecto-parasíticas, ou seja, tuberculose, a bexiga e a sífilis. Ao pesquisar os registros do mesmo hospital soteropolitano, em período posterior e com foco nos africanos, Gabriela Sampaio (2019) aponta decrepitude, tuberculose e anemia como as enfermidades mais registradas entre esse grupo. Santos (2020), por sua vez, constatou que, em Aracaju, na segunda metade do Oitocentos, as doenças infecto-parasíticas

as doenças que atingiam a população escravizada e as relações dessas doenças com as condições de vida.

também constavam entre as principais causas de morte dos escravizados. Estudos voltados para o sul do país também têm contribuído para o conhecimento das doenças que atingiam esse grupo. Assim, Loner, Gill e Scheer (2012) mostram que numa importante região de charqueadas, em Pelotas, na segunda metade do século XIX, os escravizados eram acometidos, principalmente, por tuberculose, febre tifoide, varíola, disenteria e boubas. Moreira (2019), ao estudar Porto Alegre, no mesmo período, aponta que essas pessoas faleciam, principalmente, de doenças como tuberculose, varíola, disenteria, hidropisia, diarreia, constipação. No entanto, Mattos (2016), investigando sobre a Ilha de Santa Catarina, afirma que a tuberculose não aparecia com frequência entre os internados no hospital, mas havia doentes de boubas, bexiga, disenteria, sífilis no início da segunda metade do Oitocentos.

Essas pesquisas, entre outras, ajudam a mapear as doenças que mais atingiam africanos e seus descendentes submetidos à escravidão no Brasil. Em geral, esses estudos adotam uma classificação de doenças com o objetivo de propiciar mais informações sobre as condições de vida dessas pessoas, considerando as especificidades de cada contexto, observando-se a heterogeneidade da escravidão no Brasil. Inspirados no trabalho de Mary Karasch (2000), que se baseia no Classificação Internacional de Doenças, é preciso, contudo, atentar para as limitações enfrentadas pelos pesquisadores que analisam dados do século XIX. De fato, há dificuldades para classificar as doenças em infecto-parasíticas, dos sistemas digestivo, respiratório, nervoso, circulatório e geniturinário, doenças reumáticas e nutricionais, da primeira infância, de morte violenta ou acidental, gravidez e parto, o que poderia informar sobre as condições de vida e de trabalho de escravizados. Embora, em meados do século XIX, o hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro tivesse estabelecido uma lista de doenças que deveriam ser usadas pelos médicos, com o objetivo de uniformizar os diagnósticos, na prática,

essa nosologia ainda demorou a ser seguida dentro e fora do hospital (PIMENTA, 2003). Além disso, a própria concepção sobre doença oitocentista torna mais complicada a classificação das enfermidades ao indicar, muitas vezes, o que consideramos sintomas, como febre, por exemplo, como sendo a doença em si. Certamente, quando as anotações eram feitas por um leigo, a imprecisão em relação aos critérios atuais aumenta bastante.

Outro aspecto que merece ser problematizado são as fontes, pois é necessário atentar para as diferenças entre as documentações que permitem um levantamento quantitativo, uma vez que o médico que preenchia o formulário de acompanhamento de um cativo internado em hospital talvez não tivesse o mesmo cuidado ao indicar a *causa mortis* no registro de óbito. Um avaliador de bens de um inventário, por sua vez, teria intenções bem diferentes das do médico ao apontar doenças ou deficiências de um escravizado. Provavelmente, apontava para características físicas que ajudavam a identificar um escravizado e influenciariam na capacidade de trabalho, portanto, na definição de seu valor (VIANA; GOMES; PIMENTA, 2020; OLIVEIRA, 2018). Assim, vale apontar também que essas fontes mostram experiências diferentes. Enquanto algumas fontes indicam doenças que levavam à morte, outras possibilitam identificar moléstias que causavam sofrimento e deixavam escravizados incapacitados para o trabalho por algum período. Outro tipo de documentação pode tratar ainda daquelas enfermidades ou condições físicas que anulavam ou limitavam a capacidade de trabalho. Dessa forma, ao utilizarmos informações de inventários *post mortem*, devemos levar essas questões em consideração.

A distribuição da mão de obra escravizada e a estrutura de posse em Pernambuco

Pouco mais da metade dos escravizados concentravam-se na Zona da Mata, que constituía junto com o engenho de açúcar um binômio

que representou, durante algum tempo, o que se imaginava sobre a estrutura da escravidão em Pernambuco no século XIX. O cenário engessado de uma escravidão com posse de cativos nos moldes de *plantations* espelhou as interpretações anteriores em torno do sistema escravista pernambucano. É o que, à luz dos apontamentos de Maria Yeda Linhares, Bert Barickman (2003) concluiu ser uma interpretação "plantacionista", de acordo com a qual a formação histórica do país esteve restrita à monocultura para exportação e à sociedade limitada a duas classes, os senhores e escravos. Quaisquer estruturas ou localidades diferentes disto eram consideradas secundárias e periféricas. Foi esta ideia que centralizou a Zona da Mata pernambucana como espaço privilegiado de estudos no âmbito da história da escravidão.

Recentemente, pesquisadores como José Vergolino e Flávio Versiani (2016), apresentaram uma outra paisagem, que altera de maneira significativa os parâmetros de análise da escravidão nesta província. Os autores mostram que na primeira metade do século XIX cerca de metade dos escravizados em Pernambuco pertenciam a plantéis com menos de 20 cativos e que passaram a constituir dois terços do total depois de 1850. Assim, o escravo típico da província "fazia parte de posses relativamente pequenas, com uma organização do trabalho cativo diferente da prevalecente no regime de plantation" entre 1851 e 1888 (VERSIANI; VERGOLINO, 2016, p. 149). Importa destacar que essa análise corrobora com outros estudos da historiografia pernambucana da escravidão, que apresentam proposições de uma significativa incidência de pequenas posses e de que o sistema escravista estava enfronhado em outras regiões de Pernambuco do Oitocentos, para além da Zona da Mata, como mostram, por exemplo, as investigações de Suzana Cavi Rosas (2010) e Maria Ferreira Bularmarqui Proa (2014).

Dessa forma, a estrutura de posse em Pernambuco assemelha-se à do Recôncavo Baiano (BARICKMAN, 2003) e de Minas Gerais

(MALAQUIAS, 2014). Carlos Malaquias (2014), ao analisar o tema em São José do Rio das Mortes, percebe a significativa incidência destas pequenas posses e o seu caráter estratégico no arranjo da escravidão, quadro que contribuiu inclusive para a perpetuação da prática de escravizar pessoas, uma vez que ela se enraizou em mais camadas da sociedade.[3]

Do ponto de vista da história da saúde e escravidão, é importante considerar o padrão de posse de escravizados, o que influenciava, de alguma forma, nas condições de vida a que os cativos estavam submetidos e à assistência que poderiam receber. Nas grandes fazendas de café do Vale do Paraíba fluminense, por exemplo, havia enfermarias para escravizados, que poderiam servir a fazendas menores, assim como contratação de médicos formados academicamente (PROENÇA, 2017; BARBOSA, 2014). Por sua vez, em São Paulo, entre 1850 e 1880, Wissenbach (1998) mostra como a escravidão urbana poderia ser dura, já que escravos de ganho deveriam arcar com os custos de aluguel, alimentação e ainda dar um jornal estabelecido ao proprietário.

Dessa forma, torna-se relevante percebermos como se dava essa situação em Pernambuco, que apresenta condições diferenciadas com o predomínio das pequenas posses. Podemos imaginar que, em alguns casos, a negociação quanto à intensidade de castigos e de trabalho poderia ocorrer com mais frequência entre os senhores

3 De acordo com o autor, a posse de cativos entre ex-escravos acabava por equiparar os interesses de grupos antagônicos, pois como proprietário de pelo menos um cativo, um ex-escravizado passaria a ter interesses na permanência da escravidão, assim como um senhor branco escravista. Mas também nos permite pensar nas possibilidades de mobilidade social também discutida na historiografia da escravidão brasileira. O caráter "democrático" da escravidão que advém da difusão da pequena posse de cativos são peças dos cenários mineiros no Oitocentos, conforme aponta Douglas Libby. A posse de três a cinco escravos era o mais comum, pois dois terços do conjunto dos proprietários obedeciam a este padrão de posse. Ver Libby (1988).

com plantel pequeno e seus cativos, como medidas para compensar as limitações financeiras para contratação de médicos. Ou seja, o que se configura é que estes senhores de poucos cativos tinham nos corpos destes escravizados toda ou parte significativa de suas posses. Assim, a princípio, a manutenção da saúde destes escravizados teria uma função prática no planejamento econômico. Ainda que não seja uma relação determinante quanto à conservação da saúde dos escravizados, a estrutura de posse é uma variável que contribui para a enxergarmos a complexidade da vida cativa, cujos meandros podem ser expostos pelas experiências de adoecimento, que constituem uma face deste cotidiano que merece ser apreciado e analisado à luz da historiografia.

Na Zona da Mata, a produção de açúcar ocorria, tipicamente, de fato, em engenhos grandes. De acordo com o banco de dados de inventários com registros de cativos enfermos ou deficientes, durante a primeira metade do século XIX, o plantel mais numeroso era constituído por 268 escravos. Já na segunda metade, o maior plantel era composto por 137 cativos. Em parte, estes engenhos maiores dependiam da cana produzida por lavradores, que possuíam poucos cativos. É interessante perceber que o número de plantéis maiores diminuiu, enquanto os de tamanho menor aumentaram em quantidade na segunda metade do Oitocentos. Além disso, embora o uso do trabalho livre fosse crescente na região, a cada cinco inventários abertos nesta localidade, quatro apresentavam escravos (VERSIANI; VERGOLINO, 2016; ANDRADE, 1998).

O Agreste apresentou, na sistematização dos dados, características diferenciadas para primeira e segunda metades do Oitocentos. Primeiro, identifica-se uma presença importante da pecuária, ilustrada pelo significativo número de cabeças de gado e de escravizados. Posteriormente, esse perfil se altera, com a redução de registros de gado e do número de escravizados por plantel. Neste período, houve expansão da produção algodoeira nesta região, que utilizava muita mão de obra feminina e infantil (VERSIANI; VERGOLINO, 2016, p. 155-156).

A estrutura de posse e variedade das atividades produtivas observadas para as regiões da província de Pernambuco indicam como a mão de obra cativa estava pulverizada. No Sertão, por exemplo, apesar da predominância da pecuária, existiam outras atividades que poderiam contar com a utilização da mão de obra cativa como em oficinas de ferragens, produção de alimentos e algodão. Nessa região, porém, ocorre algo diferente do que se imaginava nas interpretações tracionais do ponto de vista econômico e da posse de escravos.

> É surpreendente o baixo percentual de inventários sem escravos, após 1850, equivalente ao da Zona da Mata. Verifica-se, também, que aumenta o valor dos escravos possuídos, no Sertão, como proporção do valor total de todos os bens inventariados, da primeira para segunda parte do século – o que também sucede na Mata. Seria como se os proprietários escravistas do Sertão preferissem manter seus plantéis (agora mais valiosos, pela alta nos preços dos cativos), em lugar de substituí-los por mão de obra livre. Por que razão? Não é clara a lógica desse procedimento (VERSIANI; VERGOLINO, 2016, p. 157).

No caso do Recife do Oitocentos, a historiografia pernambucana apresenta realidades semelhantes às percebidas em cidades como Salvador e Rio de Janeiro. Os estudos apontam a mobilização da força de trabalho cativa em atividades inerentes à vida urbana nos moldes oitocentistas, marcadamente coexistindo com a crescente presença de livres e libertos ocupando sobretudo bairros centrais.[4] A análise da estrutura de posse de cativos no Recife não deixa dúvidas deste processo, pois a partir dos inventários sistematizados para esta

4 Marcus Joaquim Maciel de Carvalho (2003, p. 44-45) nota esta diminuição da população escrava ao identificar que até a metade do século, a cidade do Recife, "considerando os municípios próximos como Olinda", chegou a cerca de 100 mil habitantes com uma população livre e liberta crescentes. O autor sublinha o crescimento desta camada da população de 17.743 para 33.270 entre 1828 e 1856. Ao longo do século XIX, percebe-se uma região "cada vez menos escravista".

localidade, Versiani e Vergolino (2016) mostram a diminuição do número de escravizados por plantel ao longo do século. Se até 1850, 14% dos inventários não apresentava cativos, esse número aumentou para 50,7% na segunda metade do oitocentos até a abolição. A posse de cativos por inventários se configura numa média de 5,7 na primeira metade do XIX, e 4,5 até 1888. Nesse contexto, é importante destacar que escravizados estavam inseridos na dinâmica da cidade, provendo renda aos seus senhores que os alugavam para labuta nos ramos do transporte, alimentação, vestuário, o que não impedia que fossem requeridos nos afazeres domésticos, conferindo as duplas jornadas. Certamente, essas atividades e ambiente diferentes do meio rural ofereciam outros estímulos e desgastes aos seus corpos, o que desencadeavam moléstias (KARASCH, 2000; REIS, 2019).

A distribuição de enfermidades pelas regiões pernambucanas

A partir do universo de 1.856 escravizados registrados com alguma anotação sobre sua saúde nos inventários *post mortem* de 1800 a 1888 na província de Pernambuco, pretendemos mapear e identificar o perfil desses cativos de acordo com suas enfermidades. Atentaremos, em especial, para as experiências de adoecimento materno-infantil em quatro regiões desta província: a Zona da Mata, o Recife, o Agreste e o Sertão.[5] Para a Zona da Mata há 977 registros de cativos com doenças ou deficiências; no Agreste, 347; Recife, 370; e no Sertão, 162.

5 Ao investigar os impactos das doenças sobre a escravidão e a agência de escravizados no que se refere à cura nos Estados Unidos, Sharla Fett (2002) também percebe a importância de ter considerado em seus estudos regiões com atividades produtivas e geografia diversas. Para a autora, essas diferenças ampliam as possibilidades de análise já que, entre outras coisas, a própria heterogeneidade da escravidão no sul dos Estados Unidos repercutiu nas condições de saúde dos escravizados.

O gráfico a seguir apresenta a distribuição de homens e mulheres enfermos de acordo com a região. As proporções encontradas estão em sintonia com os quadros gerais da população cativa. Sobre este grupo de adoecidos, foram identificados 780 registros do sexo feminino e 1076 do sexo masculino distribuídos por região, conforme a figura abaixo:

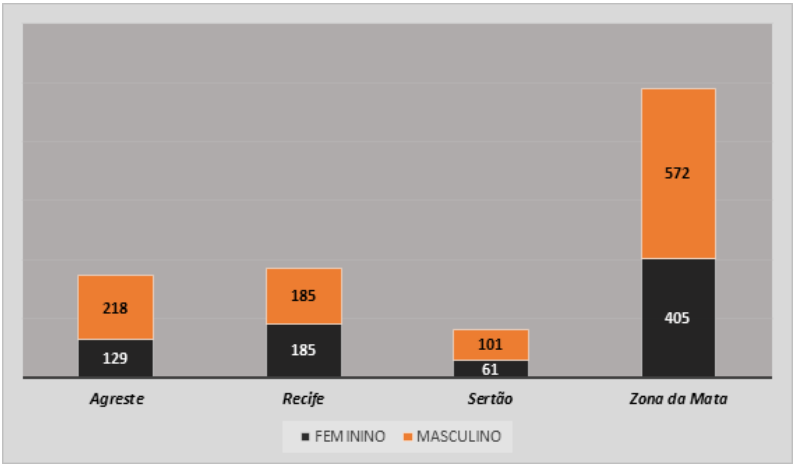

Figura 1. Distribuição de homens e de mulheres enfermos por região

Fonte: banco de dados de inventários *post-mortem* de Pernambuco 1800-1888 de Flávio Versiani e Raimundo Vergolino.

Comparando essa distribuição por regiões, encontramos uma maior quantidade de homens que apresentaram doenças ou deficiências, exceto no Recife que equaliza as proporções com 185 homens e 185 mulheres. Na Zona da Mata, caracterizada pela produção açucareira, 405 mulheres tiveram registro de moléstia, enquanto 572 homens foram considerados doentes pelos avaliadores. No Agreste, porção territorial intermediária entre o litoral e sertão, 218 homens doentes e 129 mulheres adoecidas. O Sertão acompanha esse padrão, pois 61 dos registros são do sexo feminino e 111 são referentes a homens.

Entre os escravizados que apresentaram enfermidades nos inventários, 358 tiveram registradas suas ocupações. Apesar de ser um número reduzido, constitui uma particularidade desta fonte em relação aos assentamentos paroquiais de óbitos de Jaboatão dos Guararapes, por exemplo, no qual raramente a atividade é mencionada.[6]

No conjunto dos escravizados doentes, sobre 358 pessoas foram declaradas a ocupação. Dois foram registrados como feitores na Zona da Mata. O feitor Ignacio Calabar foi classificado como "doente" no inventário do seu proprietário, de 1879, onde constavam mais 39 cativos. O outro, com 70 anos em 1828, chamado Joaquim, sofria com feridas no peito e em outras partes do corpo.

As atividades ligadas à lavoura eram indicadas com os termos "enxada", "do campo" e "agricultura". Por vezes, eram anotadas mais de uma ocupação, apontando que, mesmo convivendo com enfermidades, estes escravizados faziam dupla ou tripla jornada. A lista de atividades ainda incluía serviços domésticos, ganhadores de rua, sapateiro, quitandeira, caixeiros, lavadeiras, engomadeiras e canoeiros.

Embora ainda estejamos sistematizando e analisando dados sobre ocupações e problemas de saúde, consideramos que a intensa exploração do trabalhador escravizado pelos proprietários poderia gerar problemas de saúde que não estavam associados diretamente apenas às ocupações. As condições de vida como um todo, como moradia, roupas, alimentação e cuidados médicos inadequados, assim como o

6 As historiadores Maria Renilda Barreto e Tânia Pimenta (2013) analisaram os movimentos desta instituição hospitalar e perceberam que a ocupação nem sempre foi declarada entre escravizados que foram recebidos no hospital da Santa Casa da Misericórdia da Bahia. Apesar disso, foi possível identificar que predominaram os marítimos entre o sexo masculino e que as ocupações que apareceram em maior número, entre as mulheres, eram as de lavadeira, costureira, mendiga e roceira.

excesso de trabalho,[7] contribuiriam mais para a alta mortalidade, de acordo com a pesquisa de Mary Karasch (2000) sobre a cidade do Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX. Concordamos que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de enfermidades e, nesse sentido, importa destacar que a estrutura de posse também constitui um elemento importante para essa análise, que está em processo. Portanto, no momento, nos limitaremos a considerar as diferentes regiões à luz da historiografia pernambucana que destaca a importância de médios e pequenos plantéis.

Reiteramos que as informações anotadas sobre escravizados em inventários *post-mortem* tinham a finalidade de ajudar a avaliar o valor dos cativos, em função da provável capacidade destes corpos para o trabalho. Nesse sentido, observamos que, por vezes, ao lado do registro de algum problema físico, indicava-se a capacidade de trabalho. Domingos, nação Congo, por exemplo, com 36 anos de idade, apesar de ser aleijado de uma perna, "trabalhava diariamente". Vivia em um plantel com mais trinta e cinco escravizados e representava 250$000 réis da fortuna do seu senhor em 1838. Por sua vez, Antônio, de 50 anos, considerado "doente", prestava um "bom serviço" e foi avaliado em 140$000 reis em 1823.

As notícias sobre problemas de saúde referem-se a limitações ou dificuldades físicas ou psíquicas que poderiam atrapalhar a execução de atividades. Eram registradas por um leigo, sendo muito distante de uma nosologia. É interessante pensar sobre a forma como essas informações seriam obtidas: por observação imediata do escravizado, por relatos de feitores ou dos próprios companheiros e por manifestações dos próprios cativos que poderiam esconder ou destacar determinadas condições físicas ou psíquicas, de acordo com seus interesses.

7 Perceber os escravizados enquanto trabalhadores faz parte de uma abordagem historiográfica que procura analisar estas pessoas como sujeitos históricos atuantes na articulação de seus direitos individuais ou coletivos. Sobre este debate ver Chalhoub e Silva (2009).

As anotações sobre saúde foram desdobradas em 100 tipos de registros no banco de dados utilizado. Chama a atenção o fato de que cerca de metade dos escravizados identificados com algum problema de saúde receberam registros mais genéricos como achacado, doente e enfermo. Na região da Zona da Mata, 46% (451) referiam-se a essas denominações mais gerais, no Agreste, 49% (170); em Recife, 53% (197); e no Sertão, 48% (77).

Identificamos aqueles agrupados em torno de problemas nos membros superiores e inferiores. Em sua maior parte, referem-se a traumas como "perna quebrada", "braço deslocado", "sem três dedos na mão direita", "sem um braço", "puxa por 1 perna" etc. Nesse grupo, também percebemos que havia uma distribuição semelhante entre as quatro regiões pernambucanas no universo de escravizados identificados com problema de saúde, pois na Zona da Mata constituíam 8,5% (83); no Agreste, 9% (30); em Recife, 10% (36); e no Sertão, 8% (13).[8]

Outro grupo dizia respeito a problemas de visão, englobando "olho furado", "torto de um olho", "sem um olho", "cego", "míope" e "quase cego". Os médicos pernambucanos nos oitocentos, consideravam a oftalmia como a principal causa da cegueira entre os escravizados (ANNAES, 1843, p. 13). No jornal do Recife não faltam anúncios de xaropes e medicamentos para tratar oftalmia purulenta, como também os avisos alertando para a necessária assepsia, com

8 Sobre traumas que atingiram a estrutura óssea, o estudo sobre os remanescentes ósseos humanos do cemitério histórico do túnel da abolição no Recife, coordenado pelo professor Marcos Albuquerque, identificou fragmentos ósseos de pelo menos 14 pessoas de antepassados africanos. A análise mostrou fraturas cicatrizadas, desvios de eixo dos ossos, periostite, hematoma ossificado do periósteo, artrite e vários indicativos de que exerciam atividades que comprometiam suas estruturas ósseas. A pesquisa ocorreu no âmbito do projeto Prospecção Arqueológica e Educação Patrimonial na Área das Obras de Implantação do Túnel da Abolição do Corredor de Transporte Público de Passageiros Leste-Oeste na cidade do Recife em Pernambuco (SILVA *et al.*, 2018).

alertas para o alto custo pela negligência que resultaria em cegueira em poucos dias (JORNAL DO RECIFE, 8 abr. 1872). Mas havia muitos outros motivos de cegueira total ou parcial como acidente, glaucoma, catarata, deficiência de vitamina A,[9] além de varíola, sarampo, sífilis e lepra (KARASCH, 2000, p. 228-229). No Agreste, 2,3% (8) apresentavam problemas de visão; em Recife, 0,8% (3); no Sertão, 3,7% (6); e na Zona da Mata, 1,7% (17).

Em relação a problemas psíquicos, no banco de dados, havia 1,2% (4) no Agreste; 0,8% (3) em Recife; 0,6% no Sertão; e 0,8% (8) na Zona da Mata. Eram identificados como "alienados", "mudo e doido", "maluco e surdo" ou ainda como cativos que sofriam com "intervalos de loucura".

É interessante perceber que doenças infecciosas não aparecem em destaque porque não constituem, em geral, um estado que se alongue muito no tempo ou que seja aparente. Então, tísica, por exemplo, aparece apenas uma vez em cada região. Provavelmente, seriam notados os sintomas de uma doença que evoluiu sem tratamento e, talvez, muitos casos estariam no grupo vago de "doentes". Doenças agudas também não seriam adequadas para estabelecer o valor de um cativo, assim há apenas uma anotação de um escravizado que "sofreu de cólera", o que poderia estar relacionado ao enfraquecimento e à perda da força de trabalho ainda que não permanente. Podemos compreender que, no Agreste, Marcelino, 20 anos em 1850, estivesse nessa situação, pois se registrou que ele só seria avaliado quando ficasse bom, apesar de ter sido anotado com o preço de 150$000.

Os vícios, por sua vez, constituem características que deveriam ser registradas pelos avaliadores, como foi feito no caso de Gregório, cativo de 40 anos, afeito a se embriagar. Ainda assim, em 1878, compunha 800$000 réis da fortuna do seu proprietário. O vício de Adão também não passou despercebido; avaliado em 1:000$000 réis, anotou-se que ele "era dado a embriagar-se" em 1870.

9 Sobre essa questão ver Miranda (2011, p. 389).

Interessa, então, destacar as conclusões da análise quantitativa dos movimentos de preço dos cativos em Pernambuco durante o Oitocentos empreendida por Resende, Versiani, Nogueirol e Vergolino (2014). Os autores confirmam que

> Para todas as características e em quase todas as décadas, os valores encontrados no trabalho foram os esperados, segundo a literatura: os nascidos no Brasil mais valiosos que os africanos; os homens mais caros que as mulheres, com alguns períodos de exceção; os escravos com algum tipo de ofício valiam mais que os sem ofício; e os escravos doentes eram bem mais baratos que os saudáveis (RESENDE *et al.*, 2014, p. 9).

O estudo sistemático dos preços de escravizados, produzido por Resende e outros (2014), aponta que houve um crescimento no preço médio de cativos em Pernambuco, que passou de 102$954 réis em 1800 para 658$694 réis durante a década de 1870, quando sofre retração a partir de 1880, com um preço médio de 513$974 réis. Em comparação com os preços de cativos saudáveis, os adoecidos recebem valores menores, todavia observa-se que esse aumento de preço incidiu da mesma forma entre os doentes. O fato de estarem enfermos não estagnou seus valores de mercado. Do grupo de cativos do sexo feminino com doenças, por exemplo, houve um aumento na média de 74$043 réis na década de 1800 para 473$059 em 1870 e, obedecendo a mesma retração que ocorre entre os saudáveis, na década de 1880, entre as mulheres cativas enfermas, a média de preço passa para 244$570 réis (RESENDE *et al.*, 2014, p. 9).

É evidente que as doenças faziam decair o preço do cativo no mercado pernambucano. A partir de observações mais pontuais, porém, percebe-se uma interessante variância de preços entre os escravizados adoecidos, o que pode contribuir para enriquecer as análises sobre suas experiências. Luisa cabra, por exemplo, provavelmente estava em um estágio tão avançado de tísica, em 1849, que

não tinha mais valor aos 42 anos. Em situações semelhantes era comum que os proprietários abandonassem seus cativos à própria sorte, que poderia ser melhor de acordo com a rede de solidariedade que pudessem ter construído.

Enfermidades de mulheres e crianças escravizadas

Através de informações mais detidas sobre mulheres e crianças escravizadas com algum problema de saúde, pretendemos apresentar um panorama das dificuldades enfrentadas por esses indivíduos.[10] Vícios também eram observados nas mulheres na hora das avaliações. Maria, "mulata" de 16 anos, foi avaliada como "amarelada pelo vício", sobre o que não há mais indicações. O vício causaria aparência doentia; mesmo assim valia 440$000 réis dos bens do seu falecido proprietário que escravizava, além dela, mais sete almas. Guilhermina, natural do Brasil, aos 46 anos em 1870, tinha o vício de beber e valia 700$000 réis. Vivia no Recife, onde talvez trabalhasse como escrava de ganho. Ana também morava no Recife e era do serviço doméstico, tendo sido classificada como viciosa aos 26 anos.

Para a mulher escravizada, os sofrimentos intensos como violências físicas, sexuais e separação dos filhos eram recorrentes, atingindo suas afetividades, o que poderia contribuir para abalar a sua saúde mental. Ermeria, aos 50 anos de idade em 1856, vivia na Zona da Mata, foi avaliada com o valor de 250$000 réis e registrada como mentecapta, sobre quem a realidade talvez tenha pesado demais. Histeria era uma enfermidade de mulheres e a africana Thereza teve esse diagnóstico. Também habitava a zona da mata e contava 49 anos, em 1871, quando convivia com outros 50 escravizados. No Recife, Mequilina, cabra, que tinha 33 anos quando foi avaliada em

10 A análise quantitativa encontra-se em andamento.

1872, também sofria de ataques histéricos, mas, mesmo assim, foi avaliada em 800$000 réis.

As doenças ligadas ao aparelho reprodutor feminino nos inventários *post-mortem*, referidas como "do seu sexo", faziam sofrer mulheres como Maria Angola. Em 1871, ela convivia com erisipela, uma doença infecciosa, feridas no rosto e moléstias no útero, cativa única do inventário aberto no Recife. As enfermidades do útero atingiam o cotidiano de cativas como Izabel Angola, de 60 anos em 1831, moradora da Zona da Mata; assim como as escravizadas no Recife: Joaquina "crioula" de 40 anos, em 1864; Josefina "crioula" de 36 anos e Esperança do serviço doméstico de 23 anos, ambas em 1865.

A vulnerabilidade das mulheres frente às condições a que estavam submetidas poderia ser maior durante o período da gravidez. Na Zona da Mata, Miquelina, de 36 anos, do serviço do campo, avaliada em 450$000 réis, sofria de astenia e estava "próxima a dar à luz a um filho", o que nos faz pensar que contava pelo menos seis meses de gestação. Da mesma região, com a mesma idade e igualmente do serviço do campo, Constança, cujo valor seria de 500$000 réis, aparecia com astenia e estava grávida. Astenia, ou fraqueza, talvez possa ter sido consequência de uma alimentação inadequada, sobretudo para gestantes. Os inventários em que foram registradas são de 1866.

Provavelmente, a carência alimentar continuava na vida dos filhos destas escravizadas, pois os recém-nascidos ainda deveriam dividir o leite materno com as crianças brancas (MACHADO, 2012; SILVA, 2016). No Diario de Pernambuco, anunciava-se que uma família precisava de uma escravizada parda, cabra ou crioula que tivesse leite de parto recente, "mais tardar oito meses" (DIARIO DE PERNAMBUCO, 14 mar. 1827). Podemos pensar que, por isso, Maria de nação Congo tenha fugido de seu proprietário, que a descrevia como grávida com marcas de bexiga no rosto e inchaço nas pernas (DIARIO

DE PERNAMBUCO, 9 maio 1827). Era uma escolha difícil, conforme salienta Marcus Carvalho (2017), pois fugir demandava algum plano que deveria envolver uma rede de solidariedade e condição física para enfrentar as incertezas quanto a abrigo e alimentação, o que se tornava mais difícil durante a gravidez. Mesmo assim, não é raro encontrar mulheres escravizadas gestantes em fuga nos periódicos pernambucanos do Oitocentos (DIARIO DE PERNAMBUCO, 1827).

Joaquina, grávida de quatro ou cinco meses, também decidiu arriscar fugir de seu senhor e de forma arrojada. Conforme descrição no Diario de Pernambuco, no início da tarde, por volta de 13 horas, Joaquina, uma "crioula" bastante alta, conseguiu pular para o telhado da casa do seu proprietário, que ficava na rua da Cadeia, número 48. Ainda pelo telhado, foi em direção às casas do lado até a de número 50, onde encontrou uma janela de chagão e conseguiu ganhar as ruas. O anunciante dizia ter certeza de que ela estaria acoitada por alguém e o texto foi redigido em tom de ameaça aos supostos ladrões da cativa.

A maior parte das mulheres que dava à luz, contudo, vivenciava a sua maternidade sob o cativeiro. As crianças apareciam, então, nas listagens dos inventários e, por vezes, também recebiam anotações sob suas condições de saúde. Dos 1.856 escravizados com algum problema de saúde, 14% (267) possuíam 17 anos ou menos. Importa ressaltar que a presença de mais ou menos indivíduos nessa faixa etária está associada às suas condições de saúde e não corresponde diretamente a sua proporção na população de escravizados avaliados nos inventários analisados. Assim, no Sertão e no Recife, havia 4% e 3% de crianças até 2 anos, respectivamente, enquanto na Zona da Mata e no Agreste havia 11% e 21%, respectivamente.

Em relação aos problemas identificados entre indivíduos com 17 anos ou menos; no Sertão, 48% eram considerados simplesmente doentes ou achacados. A partir de 6 anos, apareciam com as anotações "doentes das pernas", "aleijados dos membros" e "reumatismo",

talvez sinalizando a presença no trabalho mais duro à medida que seu físico se tornava mais apropriado. No caso do Recife, entre esse grupo de menores de 18 anos, eram 37% os que foram identificados como enfermos de modo geral. Havia "aleijados" e registros que indicavam acidentes, como uma menina sem dois dedos da mão direita, mas também crianças que sofriam de asma. Para Recife, há mais registros sobre as ocupações entre as quais constam um canoeiro; Joaquim Angola de 15 anos, doente em 1828; um ganhador de rua, Raymundo, de 16 anos em 1867, que sofria de erisipela; e várias crianças e jovens trabalhando no serviço de casa, como a doente Feliciana, "crioula", de apenas 8 anos em 1872. Ao analisarmos os dados sobre o Agreste e a Zona da Mata, 53% e 39%, respectivamente, eram tidos como doentes e, entre os problemas mais especificados, destacavam-se asma, "aleijados", "doentes dos pés", "rendidos da virilha", ou seja, hérnia inguinal.

Considerações finais

Quando um cativo era comprado ou avaliado, levava-se em conta não apenas o estado presente, mas também especulações sobre o futuro daquele corpo. Para tanto, as condições pregressas também pesavam (FETT, 2002, p. 20). As marcas de bexiga, por exemplo, tão citadas nos anúncios, poderiam servir de prontuário ambulante, anunciando suas experiências de adoecimento. Os perfis psíquicos expostos nos inventários, como "tem vício de beber" ou é "vicioso", davam uma ideia do que se poderia explorar daquele indivíduo. Quando a criança é objeto de avaliações o estado de saúde da mãe era trazido à baila na avaliação. Desse modo, nesse arranjo, as mulheres seriam mais exigidas, pois a capacidade de reprodução e a qualidade de seus filhos integraria a fortuna de seus senhores.

Consideramos pertinente acrescentarmos outra observação acerca dos registros dos inventários *post mortem*. Conforme aponta Sharla

Fett (2002, p. 20-23) sobre o sul dos EUA, diante das tentativas para esconder enfermidades ou condições mais debilitadas em cativos na hora da compra, tornou-se uma prática corrente exigir um atestado de integridade da saúde de escravizados assinados por médicos.

Em nossa análise sobre Pernambuco, verificamos casos em que não havia possibilidade de esconder deficiências físicas. Matias, de 8 anos, por exemplo, que morava no Sertão e fazia parte de um plantel com mais 42 escravizados, não possuía uma das mãos que havia sido comida por piranhas, conforme informava o inventário de seu senhor de 1871. Matias foi avaliado em 20$000, enquanto 15 anos antes, José, de 9 anos, que sofria de dores no fígado valia 160$000 reis em 1856. A defasagem é considerável, pois o preço de Matias se aproxima dos praticados na primeira metade do século.

Dessa forma, a desvalorização de cativos adoentados era bastante objetiva, mas será que esse problema fez com que proprietários se empenhassem no sentido de prevenir o aparecimento de qualquer doença que impossibilitasse a exploração? Certamente, uma análise mais aprofundada poderá responder com mais propriedade a essa questão. Contudo, nossos resultados preliminares apontam para uma parcela significativa que, se não estava de todo incapacitada para o trabalho, apresentava consideráveis limitações devido a doenças desenvolvidas muito provavelmente na labuta diária e nas condições de vida a que estavam submetidos.[11] Homens, mulheres e crianças aleijados, mancos, quebrados e sem alguns dedos de pés e mãos exemplificam a violência não só dos castigos, mas também do trabalho escravo, ao qual era possível sobreviver através da construção de redes de solidariedade, como tem mostrado a historiografia.

11 Ver os estudos para Vassouras (VIANA, 2009) e Espírito Santo (NOGUEIRA; MERLO; FRANCO, 2020).

Referências

ANDRADE, M. C. *A terra e o homem no Nordeste*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 1998.

BARBOSA, K. V. O. *Escravidão, saúde e doenças nas* plantations *cafeeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, 2014. 269 p.

BARBOSA, K.; GOMES, F. Doenças, mortes e escravidão africana: perspectivas historiográficas. *In*: PIMENTA, T. S.; GOMES, F. (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

BARICKMAN, B. J. *Um contraponto baiano*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BARRETO, M. R. N.; PIMENTA, T. S. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. *Revista Territórios & Fronteiras,* Cuiabá, v. 6, n. 2, jul./dez., 2013.

CARVALHO, M. J. M. Malunguinhos e os quilombolas da Zona da Mata Norte, 1820-1835. *In*: OLIVEIRA, C.; GUETTI, N. C.; ALLEN, S. (Org.). *Arqueologia de engenhos:* paisagens e pessoas. Recife: Editora UFPE, 2017. V. 1. p. 69-86.

CARVALHO, M. J. M.; ALBUQUERQUE, A. E. D. B. Os desembarques de cativos africanos e as rotinas médicas no Porto do Recife antes de 1831. *Almanack,* Guarulhos, n. 12, p. 44-64, abr. 2016.

CARVALHO, M. J. M. De portas adentro e de portas afora: trabalho doméstico e escravidão no Recife, 1822-1850, *Afro-Ásia,* n. 29/39, p. 44-45, 2003.

CARVALHO, M. J. M. *Liberdade:* rotinas e rupturas do escravismo. Recife, 1822-1850. Recife: Editora Universitária da UFPE, 1998.

CHALHOUB, S.; SILVA, F. T. Sujeitos no imaginário acadêmico: escravos e trabalhadores na historiografia brasileira desde os anos 1980. *Cadernos Arquivo Edgard Leuenroth,* 14(26), p. 11-50, 2009.

FETT, S. M. *Working Cures:* healing, healthy and power on Southern slave plantation. Chapel Hill: UNC Press, 2002.

VIANA, I. S.; GOMES, F. S.; PIMENTA, T. S. Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas plantations, sudeste escravista (aproximações). *Mundos do Trabalho,* Florianópolis, v. 12, p. 1-16, 2020.

KARASCH, M. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1828*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LIBBY, D. C. *Transformação e trabalho em uma economia escravista:* Minas Gerais no século XIX. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 98.

LONER, B.; GILL, L.; SCHEER, M. Enfermidade e morte: os escravos na cidade de Pelotas, 1870-1880. *História, ciências, saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 19, supl., p. 133-152, dez. 2012.

MACHADO, M. H. P. T. Entre dois beneditos: histórias de amas de leite no ocaso da escravidão. *In*: XAVIER, G.; FARIAS, J. B.; GOMES, F. (Org.). *Mulheres negras no Brasil escravista e do pós-emancipação*. São Paulo: Selo Negro, 2012.

MALAQUIAS, C. O. *Remediados senhores:* pequenos escravistas na freguesia de São José do Rio das Mortes, c.1790 c.1844. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014, 300 p.

MATTOS, D. M. Do que eles padeciam... doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1859). *In*: PIMENTA, T. S.; GOMES, F. S. (Org.). *Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil*. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016. p. 63-89.

MIRANDA, C. A. C. As doenças dos escravos nos engenhos durante o período colonial. *In*: OLIVEIRA, C.; GUETTI, N. C.; ALLEN, S. (Org.). *Arqueologia de engenhos:* paisagens e pessoas. Recife: Editora UFPE, 2017. V. I. p. 87-107.

MIRANDA, C. A. C. *A arte de curar nos tempos da colônia:* limites espaços da cura. Recife: Editora UFPE, 2011.

MOREIRA, P. R. S. Cólera, bexiga, disenteria: epidemias e morte entre a população escrava e a formação social escravista meridional (Porto Alegre). *In:* FRANCO, S.; PIMENTA, T. S.; MOTA, A. (Org.). *No rastro das províncias:* as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019. p. 353-391.

NOGUEIRA, A.; MERLO, P.; FRANCO, S. Vida, doença e cura escrava na província do Espírito Santo (século XIX). *In*: BATISTA, R.; SOUZA, C.; SILVA, E. (Org.). *Quando a história encontra a saúde*. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.

OLIVEIRA, D. *"Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia":* mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018, 367 p.

PIMENTA, T. S. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. Tese (Doutorado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003, 267 p.

PIMENTA, T. S.; GOMES, F.; KODAMA, K. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. *In*: TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.

PROA, M. F. B. Fazendas-condomínios: pecuária, agricultura e trabalho escravo no Sertão pernambucano em meados do XIX. *In*: BRANDÃO, T. M. P.; CHRISTÍLINO, C. L. (Org.). *Nas bordas da plantation:* agricultura e pecuária no Brasil colônia e império. Recife: Editora UFPE, 2014.

PROENÇA, A. T. A. *Vida de médico no interior fluminense:* a trajetória de Carlos Eboli em Cantagalo e Nova Friburgo (1860-1880). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, 2017, 141 p.

RESENDE, G.; VERSIANI, F. R.; NOGUERÓL, L. P. F.; VERGOLINO, J. R. O. Preços de escravos e produtividade do trabalho cativo: Pernambuco e Rio Grande do Sul, século XIX. *Anais do XLI Encontro Nacional de Economia,* 2014.

REIS, J. J. *Ganhadores:* a greve negra de 1857 na Bahia. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ROSAS, S. C. Escravos e senhores no Sertão de Pernambuco. *In*: ROSAS, S. C.; BRANDÃO, T. M. P. (Org.). *Os sertões:* espaços, tempos, movimentos. Recife: Editora Universitária, 2010.

SAMPAIO, G. R. Decrépitos, anêmicos, tuberculosos: africanos na Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1867-1872). *Almanack,* Guarulhos, n. 22, p. 207-249, ago., 2019.

SANTOS, B. B. *Moléstias do corpo escravo:* doenças e morbidade entre cativos em Sergipe (1865- 1888). Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Sergipe, 2020, 126 p.

SILVA, M. H. *Nem mãe preta, nem negra fulô:* histórias de trabalhadoras domésticas em Recife e Salvador. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

SILVA, S.; SILVA, R.; ALBUQUERQUE, M.; CURADO, M.; LUCENA, V.; TABOSA, T. Estudos bioarqueológicos dos remanescentes ósseos humanos do cemitério histórico do túnel da abolição, Recife-PE (séc. XIX). *In*: OLIVEIRA, C.; GUETTI, N. C.; ALLEN, S. (Org.). *Arqueologia de engenhos:* paisagens e pessoas. Recife: Editora UFPE, 2018. V. I. p. 127-145.

VERSIANI, F.; NOGUERÓL, L. P. F. (Org.). *Muitos escravos, muitos senhores:* escravidão nordestina e gaúcha no século XIX. São Cristóvão, Brasília: Editora UFS, Editora UnB, 2016.

VIANA, I. S.; GOMES, F. dos S.; PIMENTA, T. S. Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas *plantations*, sudeste escravista (aproximações). *Mundos do Trabalho,* Florianópolis, v. 12, p. 1-16, 2020.

VIANA, I. S. *Morte escrava e relação de poder em Vassouras (1840-1880):* hierarquias raciais, sociais e simbolismos. 2009. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009, 163 p.

WISSENBACH, M. C. C. *Sonhos africanos, vivências ladinas:* escravos e forros em São Paulo (1850-1880). São Paulo: Hucitec, 1998.

CAPÍTULO IX

O Estado e a psiquiatria

Análise documental da legislação brasileira de 1840 a 1940

Cláudia Freitas de Oliveira

A história da institucionalização da loucura no Brasil está intrinsecamente articulada com a história da construção dos saberes e poderes psiquiátricos. No processo de criação e consolidação da loucura institucionalizada, dois atores configuraram-se como elementos imprescindíveis: o Estado e a medicina. Ambos se compuseram como peças fundamentais para a construção gradual e contínua do projeto político e social de legitimação dos discursos e práticas psiquiátricos sobre a doença mental. Neste capítulo, abordaremos como o Estado brasileiro, em momentos distintos, efetivou e contribuiu para o surgimento e o fortalecimento da institucionalização da loucura a partir da psiquiatria. Para isso, analisaremos, enquanto corpo documental, a legislação brasileira produzida desde a década de 1840, quando do início do processo de institucionalização da loucura no Brasil, até os anos de 1940, quando da efetivação da psiquiatria como saber hegemônico sobre o objeto doente mental.

As primeiras ações estatais em torno da loucura como questão de ordem pública assistencial ocorreram durante a fase de consolidação do império brasileiro, após o turbulento período de instabilidade política e econômica, historiograficamente correspondente ao primeiro reinado e ao período regencial, marcado por profundas tensões e convulsões sociais, em várias partes do país, com o envolvimento de populares residentes tanto dos grandes centros urbanos como de províncias mais distantes e dos campos (GOMES, 1996; MOREL, 2011; RIBEIRO, 2002; RICCI, 2009). Até a década de 1840, o império enfrentou diversas crises políticas, o que ocasionou a precoce ascensão do segundo imperador e a relativa estabilidade governamental, amparada pelas elites escravocratas, a despeito das divergências pontuais político-partidárias, até meados de 1860 (GRINBERG, 2009).

Datou do período de contenção das crises institucionais do império o surgimento das primeiras ações governamentais na elaboração de política de Estado sobre o tema da loucura ou alienação mental e das primeiras atuações da medicina psiquiátrica, antes denominadas de alienista, na esfera pública. Nesse sentido, o tratamento da loucura institucionalizada no Brasil deve ser pensado a partir de uma dupla esfera de poder; uma exercida pelo emergente saber médico, ainda incipiente em sua força social; e outra por meio do braço estatal que executava não apenas medidas regulamentadoras sobre um saber que se tornou, gradativamente, uma profissão e uma ciência específica, mas também parte constitutiva do seu próprio surgimento e ascensão.

O ato inaugural da institucionalização da loucura ocorreu em 1841, quando da publicação do Decreto nº 82, de 18 de julho, no qual se fundava o primeiro hospício brasileiro, o Hospício de Pedro Segundo, destinado exclusivamente ao tratamento de alienados. Com a denominação de "estabelecimento de pública beneficência", o prédio situava-se em anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e foi "producto das subscripções

promovidas por uma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa" (BRASIL, 1890). Em 1852, foram publicados os estatutos do hospício, cuja finalidade consistia no "tratamento e [no] curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião", seja de forma gratuita, seja através de pagamento para aqueles que tinham condição de custear o tratamento, isto é, os pensionistas, que estavam divididos em três classes (BRASIL, 1852).

A partir da década de 1870, a alienação mental deixou de ser matéria exclusiva da prática asilar com a fundação de "instituições totais", tidas como lugares de controle, segregação e aprisionamento de corpos produtivos (GOFFMAN, 2005; CASTEL, 1978) e adentrou no universo da construção epistemológica de novos saberes do setor da saúde pública. Em abril de 1879, o império promoveu uma grande reforma na área educacional, com abrangência nos três níveis de ensino: primário, secundário e superior. Neste, a cadeira em clínica psiquiátrica tornou-se matéria curricular obrigatória das faculdades de medicina do país (BRASIL, 1879). A prática psiquiátrica dava os primeiros passos no seu processo de constituição como especialidade médica.

No que concerne à organização da administração pública, embora a alienação mental fosse considerada doença e a internação estivesse sob a ótica do tratamento e da cura, a saúde pública não se compunha como pasta ministerial autônoma no império. Ela, assim como a educação e os estabelecimentos caritativos, estavam sob a responsabilidade do Ministério de Estado dos Negócios do Interior. Com o advento da Proclamação da República, essa realidade não foi alterada.

Na primeira república, o Estado brasileiro estava organizado em seis ministérios: da Fazenda; da Justiça e Negócios Interiores; da Indústria, Viação e Obras Públicas; das Relações Exteriores; da Guerra e da Marinha. Quanto aos serviços destinados às assistência, saúde, ciências e educação públicas, não houve alteração das

competências e responsabilidades da pasta ministerial (BRASIL, 1891). Mudanças mais efetivas ocorreram, no entanto, no que se refere à criação de diretorias e às esferas de atuação de poderes. Ou seja, enquanto no império a saúde estava sob o encargo das comissões e inspetorias de saúde pública e higiene, com atuação municipal, mas fortemente orientada por uma política centralizadora da união; na república, as comissões foram substituídas por serviços sanitários estaduais de teor autônomo, assim como preconizava a constituição de 1891, a qual estabelecia o federalismo e a descentralização de poderes, distribuídos entre estados e municípios brasileiros (RESENDE, 2003, p. 93).

Com o advento da república, o Estado brasileiro permaneceu ativo na consolidação da institucionalização da alienação mental ao regularizar medidas tanto no que diz respeito à gestão das instituições asilares e hospitalares quanto no fortalecimento da psiquiatria, enquanto prática e saber científicos.

Em 1890, o presidente Deodoro da Fonseca criou, no antigo Hospício Pedro Segundo, agora denominado de Hospício Nacional de Alienados, uma escola profissional destinada à preparação de enfermeiros e enfermeiras para a realidade institucional. Em curso com duração de, no mínimo dois anos, eram oferecidas:

> [...] noções praticas de propedeutica clinica [...] noções geraes de anatomia, physiologia, hygiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiaes a certas categorias de enfermos e applicações balneotherapicas. De teor teórico e prático, o curso estava organizado sob a fiscalização do medico e superintendencia do director geral (BRASIL, 1890).

A criação da escola de enfermeiros visava proporcionar à estrutura asilar um sentido de profissionalização para parte da equipe de funcionários do hospício na medida em que, até então, era forte a presença de pessoas sem qualificação ou conhecimento específico para o trato com os doentes mentais. Em muitos estados brasileiros,

os serviços de enfermagem realizados no cotidiano asilar ou hospitalar para alienação ficavam sob a responsabilidade das irmãs de caridade (OLIVEIRA, 2021; ENGEL, 2001); uma realidade que, aos poucos, se modificava na república.

Em 1892, durante o governo de Floriano Peixoto, foram consolidadas as disposições sobre os serviços da assistência médico-legal de alienados, constituídos na capital federal, com a finalidade de "soccorrer, gratuitamente ou mediante retribuição, os individuos de ambos os sexos, sem distincção de nacionalidade, e que, enfermos de alienação mental, carecerem de tratamento". Os serviços eram dirigidos tanto para os enfermos indigentes como para os pensionistas, embora os tratamentos dispensados fossem diferenciados de acordo com suas condições socioeconômicas. Os pensionistas que tinham condições de pagar o tratamento estavam divididos em quatro classes. A depender de sua classificação, eles teriam maiores ou menores direitos e confortos quanto às acomodações e instalações. Segundo o Decreto de junho de 1892, os pensionistas da primeira tinham direito a

> [...] um quarto mobiliado com o possivel conforto e a um criado exclusivamente empregado no seu serviço; Os de 2ª classe terão um quarto mobiliado, com um só leito; Os de 3ª classe serão accommodados, sempre que não houver inconveniente, em quartos com dous leitos; Os de 4ª classe occuparão dormitorios especiaes de 8 a 16 leitos (BRASIL, 1892).

Os tratamentos também variavam; iam desde a aplicação da balneotherapia e laborterapia até a reclusão em solitária e uso de colete de força.

Em dezembro do mesmo ano, após a fusão dos Ministérios da Justiça, do Interior e da Instrução Pública, Correios e Telégrafos, "em uma só repartição", foi publicado novo decreto no qual estabelecia as normas sobre serviços da *Assistência Médico-legal de Alienados* do Rio de Janeiro, vinculada à diretoria dos Negócios do Interior (BRASIL, 1892).

Com base no organograma do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, no que tange à saúde pública, existiam o Departamento Nacional de Saúde Pública e dois Conselhos, um intitulado Assistência Hospitalar e outro, Conselho Superior de Higiene e Saúde Pública. Havia ainda a Diretoria-Geral de Saúde Pública e um órgão destinado à Assistência aos Alienados (CAMARGO, 2015, p. 13). Nesse sentido, a alienação mental adentrava-se como política de Estado de forma mais definida por dentro do setor da saúde pública.

A partir dos anos 1910, o Brasil passou por significativas experiências no setor da saúde por meio do surgimento do pensamento político sanitarista em que se considerava a raça como uma questão de estado nacional e de saúde pública. Os discursos higienistas criticavam a falta de unidade de ações estatais no vasto território brasileiro e, em especial, nos sertões e nas localidades mais longínquas que se tornaram alvos de interesse intelectual, político e médico para a justificativa do atraso nacional e para a apresentação de soluções quanto à retirada da metáfora da doença, atribuída ao Brasil e aos brasileiros. Por meio de ações como a criação de ligas e campanhas em prol do saneamento, o Estado colocou-se como agente promotor do desenvolvimento do país civilizado e da redenção nacional (LIMA; HOCMAN, 1996).

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, delineou-se o projeto centralizador e nacionalista do Estado em relação à saúde pública na perspectiva de construção de um Brasil moderno e civilizado onde a interiorização da saúde ocuparia lugar estratégico. Além da saúde, o projeto nacionalista incluía outros setores da esfera pública, como a educação e a cultura, enquanto fomentadores de ações unificadas em programa governamental na construção de uma identidade nacional (MAIO, 1996; MOTA, 2003).

Torna-se oportuno destacarmos que os anos de 1920 foram profundamente marcados por cenários de contestações populares

contra a precarização da vida, do trabalho e da saúde. Esta, especificamente, foi severamente atingida pelo agravamento de epidemias que resultaram em milhares de mortes. Em respostas especificamente às demandas dos movimentos de trabalhadores e trabalhadoras, o Estado, pressionado, elaborou a lei Eloy Chaves, embrião da previdência social, que instituía as Caixas de Aposentaria e Pensões (LIMA, 2013, p. 148; SARRETA, 2009, p. 135; OLIVEIRA, 1985).

No que se refere à doença mental, durante a década de 1920, três decretos foram publicados pelo governo federal.

Em 1921, foi aprovado o regulamento do Manicômio Judiciário. Configurado como uma dependência da Assistência aos Alienados no Distrito Federal; o Manicômio Judiciário estava destinado à internação de acusados e condenados, recolhidos nas prisões federais com sintomas de loucura e de delinquentes, isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental (BRASIL, 1921). Em 1927, foram publicados mais dois decretos; no primeiro, estabelecia-se a reorganização da assistência a psicopatas no Distrito Federal (BRASIL, 1927); e no segundo, a aprovação do regulamento de seus serviços com atuação em uma série de órgãos e instituições, como: Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas, Hospital Nacional, Instituto de Psicopatologia (Instituto Teixeira Brandão), Instituto Neurobiológico, Museu anatomopatológico, Escola Profissional de Enfermeiros, Manicômio Judiciário, Colônias e estabelecimentos particulares destinados ao tratamento de psicopatas (BRASIL, 1927).

O início dos anos de 1930, com a implementação do governo provisório de Getúlio Vargas, marcou a elaboração de um novo projeto de reformas político-administrativas, mais unificado quanto às três esferas de poder: federal, estadual e municipal, em oposição direta ao modelo constitucional federalista da primeira república. Sobre as implicações políticas, econômicas e sociais da estruturação do projeto nacional varguista, a historiografia produziu importantes reflexões e debates (CAPELATO, 2011; FERREIRA; DELGADO, 2011;

BASTOS; FONSECA, 2012; MARTINHO; PINTO, 2007; SILVA, 2004). No que concerne ao setor da saúde, e em especial voltado para a área da doença mental, ocorreu o início de um processo de abrangência na regulamentação de serviços à psicopatia.

A despeito dos serviços já existirem desde o final da década anterior, logo após a tomada de poder, Getúlio Vargas promoveu significativas transformações no Ministério da Justiça e Negócios Interiores, entre elas as que levaram à perda de competências relativas aos setores da saúde e educação, por meio da fundação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930. Contudo, apesar da reorientação política, os objetivos e as linhas de ação de organização e estruturação administrativa do Ministério da Educação e Saúde Pública, durante o governo provisório, não estavam bem definidos e, em quatro anos, o ocupante maior da pasta ministerial foi alterado três vezes (HOCHMAN, 2005, p. 130).

Segundo a historiadora Cristina Fonseca, até 1934, os projetos e as propostas do Ministério da Educação e Saúde Pública foram marcados por indefinição e inconstância. Somente após aquela data, ocorreu o "primeiro movimento efetivo de mudança da estrutura institucional da saúde pública desde 1923, quando fora reorganizado o DNSP" (FONSECA, 2007, p. 123), a partir do decreto que regulamentava o ministério com a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social, cuja função, dentre outras, foi a de coordenar as diretorias estaduais de saúde. Um dos objetivos principais da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social foi centralizar as reformas promovidas pela união para os estados e municípios no que se refere à saúde pública, assistência aos psicopatas, assistência hospitalar e assistência médico-social. Nesse sentido, a matéria da doença mental colocava-se como uma prioridade, a partir de 1934, assim como a saúde da criança e a assistência médico-hospitalar, com vistas para sua expansão em todo o território nacional (FONSECA, 2007, p. 125).

Segundo o pesquisador Gilberto Hochman, dois momentos iniciais marcaram as reformas, instituições e política nacional de saúde no Brasil no período de 1930 a 1945. O primeiro ocorreu em 1935, com o início da gestão de Gustavo Capanema à frente do Ministério; e o segundo após 1941, por meio da criação dos Serviços Nacionais de Saúde (HOCHMAN, 2005, p. 131). As ações que se tornaram centralizadas, hierarquizadas e interiorizadas no país visavam, sobretudo, o combate de doenças como tuberculose, malária e lepra. Contudo, a atenção às doenças mentais não ficou de fora das políticas públicas do período e esteve presente ainda durante o governo provisório em outro setor, o da educação.

Em 1931, a assistência às psicopatias legitimou-se nas instituições de caráter técnico e científico da capital federal através da organização e ampliação do ensino da Universidade do Rio de Janeiro. A loucura adensou-se no ensino superior pela via das Faculdades de Direito e de Medicina. Na Faculdade de Direito, ela enunciou-se, seja através da oferta da matéria Psicopatologia Forense no curso de doutorado, seja da articulação com a Faculdade de Medicina, quando da organização de um instituto especial de criminologia com aproveitamento dos professores da Medicina. Nos cursos ofertados pela Faculdade de Direito, poderiam matricular-se também os estudantes da Faculdade de Medicina (BRASIL, 1931).

Nesta faculdade, a loucura adentrou-se na organização curricular a partir do 6º ano da formação, com a oferta das disciplinas de Clínica Psiquiátrica e Clínica Neurológica. Convém salientar que, além das disciplinas, a Faculdade oferecia cursos de especialização, entre os quais o de Psicanálise. Segundo os artigos 69, 72 e 73 do Decreto nº 19.852, os cursos de especialização "poder*ão ser realizados pelos professores catedráticos ou pelos docentes livres com a colaboração dos chefes de clínica, chefes de laboratório e assistentes*". Os cursos davam direito ao participante de: "a) exercer a especialidade com as prerrogativas de diplomado na mesma pela Faculdade de

Medicina; b) preferência a cargos públicos da respectiva especialização". Os alunos tinham aulas práticas e deveriam realizar estágio nos serviços (BRASIL, 1931).

Entretanto, as atividades realizadas pela Faculdade de Medicina não estiveram restritas ao ambiente acadêmico. Ao contrário, com o propósito de obter *larga expansão social,* eram destinadas ao grande público "em salões acessíveis", anualmente, conferências de caráter educativo sobre as atividades técnico-científicas pertinentes aos

> [...] assuntos médico-sociais, com o intuito de difundir os conhecimentos fundamentais sobre a assistência à saude e à doença, sobre a defesa individual, e coletiva contra os fatores patogênicos, sobre os princípios fundamentais da eugenia, etc (BRASIL, 1931).

Através dessas medidas, tornava-se inequívoca a estratégia do governo federal de articular matérias pertinentes à doença mental para outros equipamentos não exclusivos do setor da saúde, mas com vinculação a outras esferas de saber e poder institucionais, como a educação.

Em janeiro de 1937, novas mudanças ocorreram no Ministério da Educação e Saúde Pública. No que concerne à saúde, foram criadas oito Delegacias Federais de Saúde no país cujos objetivos foram alinhar as ações de implementação, supervisão, inspeção e colaboração de atividades entre união, serviços locais de saúde e assistência e instituições privadas, no vasto território nacional, em contraposição à concentração dos serviços sanitários existentes no Distrito Federal.

De acordo com o Decreto n. 378, de 13.01.1937, a assistência hospitalar quanto aos serviços de assistência aos psicopatas e à profilaxia mental esteve garantida tanto a nível nacional quanto local, seja por meio da viabilização de auxílio e subvenção federais, seja através da fiscalização do emprego de recursos. Especificamente, sobre a assistência a psicopatia do Distrito Federal, sua execução

era realizada pelo Serviço de Assistencia a Psychopathas, composto por cinco órgãos: Hospital Psiquiátrico, Instituto de Neuro-Syphilis, Colônia Juliano Moreira, Colônia Gustavo Riedel e Manicômio Judiciario (BRASIL, 1937). Os médicos psiquiatras não atuavam apenas na estrutura hospitalar, mas nas delegacias federais de saúde através da inspeção dos serviços federais e locais de saúde pública e assistência médico-social. É importante salientar que a Inspetoria dos Centros de Saúde do Distrito Federal realizava atividades sanitárias também de caráter educativo-profilático ao tratar de matérias, "como hygiene mental e policia sanitária" (BRASIL, 1937).

Nesta perspectiva, o Estado estabeleceu expressiva estrutura governamental e institucional que amparava, garantia e expandia a organização de poderes e saberes sanitaristas, em geral, e psiquiátricos, em particular, articulada ao projeto nacional centralizador e aguçada nos anos de 1930, embora gestada em períodos anteriores. Em 1937, a constituição desses poderes e saberes ficou evidenciada no âmbito legal quando, no artigo 61 do Decreto nº 378, constava como objetivo literal a promoção de uma cultura sanitária para o país e para o povo, de forma individual e coletiva, em todas as faixas etárias. As escolas, faculdades e os serviços de saúde de todo o país deveriam cumprir o papel da promoção da cultura sanitária:

> Para promover o desenvolvimento da cultura sanitaria do povo, pela divulgação de conhecimentos de hygiene individual e de saude publica, inclusive os relativos á criança, haverá o Serviço de Propaganda e Educação Sanitaria, que passa a substituir a Secção de Informações, Propaganda e Educação Sanitaria, da actual Directoria Nacional de Saude e Assistencia Medico-Social (BRASIL, 1937).

No mesmo ano, por meio da organização da Universidade do Brasil na capital federal cujo objetivo foi implantar um padrão nacional e centralizador do ensino superior, foram criados e integrados à Universidade o Instituto de Psicologia, o Instituto de Criminologia e

o Instituto de Psiquiatria, sendo que o primeiro estava diretamente vinculado ao Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (BRASIL, 1937). Em 1938, o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal foi transferido para a Universidade do Brasil e integrado ao Instituto de Psiquiatria, destinado ao ensino e sob a direção de professor catedrático de clínica psiquiátrica (BRASIL, 1938).

Cursos de especialização e aperfeiçoamento, ofertados nos estados, em diversas áreas da saúde pública também representaram outro esforço estatal na formação de técnicos, como médicos, enfermeiros, visitadores, engenheiros e guardas sanitários (FONSECA, 2007, p. 197).

Finalizada a década de 1930, os anos de 1940 foram os mais expressivos na consolidação da estrutura de políticas institucionais de saúde promovida pelo Ministério da Educação e Saúde em seu modelo centralizador e normatizador na montagem de ampla rede de serviços de saúde nas mais diversas cidades do território nacional, sobretudo no que concerne à prevenção e ao combate de doenças endêmicas, mas não apenas.

A profilaxia e o tratamento da doença mental, compreendidos como elementos constitutivos de um projeto também educacional, expressaram-se em outras ações governamentais. Em maio de 1940, o Curso de Saúde Pública, realizado no Instituto Osvaldo Cruz VII, voltado para o graduado em medicina e com duração de 18 meses, tinha em seu programa a disciplina "Noções de hereditariedade, Eugenia e Problemas Sociais de interesse científico e Higiene mental" (BRASIL, 1940).

Em 1941, houve a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde, através do qual se intensificaram a presença, coordenação, supervisão e centralização dos órgãos federais de saúde nos estados por meio da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados notadamente para o

estabelecimento de métodos de controle, prevenção e combate de doenças infectocontagiosas e surtos epidêmicos, em um conjunto de ações não restritas a grupos específicos, mas com alcance nacional, através da organização de ampla equipe técnica e profissional. Segundo Hochman:

> Toda a estrutura administrativa se construiu tendo como prioridade o combate às doenças transmissíveis eleitas como prioritárias, como pode ser observado na organização dos serviços nacionais. O campo de atuação da saúde pública foi sendo delimitado a partir da conjugação da verticalização das ações políticas e o foco em doenças endêmicas e infecto-contagiosas voltadas para a "saúde das populações" (HOCHMAN, 2005, p. 136).

Com a reorganização do Departamento Nacional de Saúde e sob sua subordinação, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais: finalidades, organização, competências e composição

Em abril de 1941, por meio do Decreto nº 3171, ocorreram mudanças consideráveis no aparato governamental quanto à institucionalização dos serviços em doenças mentais, através da extinção da Divisão de Assistência a Psicopatas e do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, substituídos com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, órgão vinculado ao Departamento Nacional de Saúde (BRASIL, 1941). No mesmo ano, subordinado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais foi criado o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, destinado à assistência neuropsiquiátrica de crianças (BRASIL, 1941).

Em 1944, também subordinado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, foi criado o Centro Psiquiátrico Nacional cujos objetivos foram "assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, e realizar pesquisas e estudos sôbre as psicopatias". Segundo

o artigo 1º do Decreto nº 7055, o Centro Psiquiátrico Nacional era compreendido pelos seguintes órgãos: Bloco Médico Cirúrgico, Seção de Fisioterapia e Fisiodiagnóstico, Laboratório, Farmácia, Instituto de Psiquiatria, Hospital Pedro II, Hospital Gustavo Riedel, Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, Hospital de Neuro-Sífilis e Administração.

No § 1º do artigo 2, o Instituto de Psiquiatria possuía, entre outras, as seguintes competências:

> I – receber, sob o regime de internação aberta, doentes nervosos e mentais, para observação, exame e tratamento;
>
> II – realizar pesquisas e estudos sôbre as doenças nervosas e mentais, com objetivos sociais e eugênicos, promovendo meios de sua profilaxia;
>
> III – proceder à triagem dos psicopatas no Distrito Federal;
>
> IV – amparar e assistir os egressos dos órgãos de assistência a psicopatas no Distrito Federal (BRASIL, 1944).

Na mesma data da criação do Centro Psiquiátrico Nacional, foi aprovado o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (BRASIL, 1944).

O Serviço Nacional de Doenças Mentais operou de forma nacional, centralizadora e extremamente articulada com outros órgãos e serviços do setor. A despeito de voltar-se para ações do distrito federal, o Serviço Nacional de Doenças Mentais possuiu inserção em todo o território nacional e atuou sob várias instâncias e atribuições específicas (BRASIL, 1944).

Em termos de administração interna, o Serviço Nacional de Doenças Mentais planejava, orientava, coordenava e fiscalizava os serviços de assistência e proteção aos psicopatas. Possuía competência para opinar sobre a organização dos serviços públicos e particulares de assistência e proteção aos psicopatas, para rever códigos,

regulamentos e regimentos de assistência a psicopatas, cadastrar instituições, públicas e privadas, organizar projetos e plantas-padrões para hospitais, dispensários e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas e "emitir pareceres sôbre projetos de localização, construção, remodelação, adaptação e instalações de serviços de assistência a psicopatas" (BRASIL, 1944).

Além das atribuições de gestão para os serviços de assistência aos psicopatas, o Serviço Nacional de Doenças Mentais adentrou em outros segmentos, como na política educacional de saúde pública, ao incentivar o desenvolvimento das atividades de higiene mental e ao promover estudo e investigação sobre as causas, profilaxia e os tratamentos das doenças nervosas e mentais com objetivos sociais e eugênicos. O Serviço Nacional de Doenças Mentais ainda facilitava e organizava o ensino de psiquiatria e higiene mental em suas dependências, divulgava as novas aquisições científicas e cooperava com os órgãos federais de ensino da psiquiatria aos psicopatas (BRASIL, 1944).

Por todas essas atribuições e finalidades, o Serviço Nacional de Doenças Mentais agiu como braço expressivo na construção do projeto político de educação sanitária nacional na medida em que cooperava "com os órgãos de propaganda de higiene mental e organizações públicas e particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais" e organizava serviços e campanhas de higiene mental.

Além da articulação com o Serviço Nacional de Educação, o Serviço Nacional de Doenças Mentais cooperava com outros órgãos, como o Serviço Federal de Bioestatística no levantamento e na regularização da estatística hospitalar de psicopatas e com as autoridades federais, estaduais e municipais de Justiça com os objetivos de, entre outros, "selecionar menores anormais sob o ponto de vista neuro-psiquiátrico e promover a profilaxia bio-social da delinquência" (BRASIL, 1944).

Sobre os aspectos organizacionais, o Serviço Nacional de Doenças Mentais se compunha de órgãos centrais e locais. Os primeiros estavam divididos em duas seções, a de cooperação e de administração e os segundos, formados pelos Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário.

O Centro Psiquiátrico Nacional tinha as funções de assistir, distribuir e internar os doentes mentais no Distrito Federal, além de realizar pesquisas e estudos sobre as psicopatias. O Centro envolvia onze órgãos – o Bloco Médico-Cirúrgico, a Seção de Fisioterapia e Fisiodiagnóstico, o Laboratório, a Farmácia, o Instituto de Psiquiatria, o Hospital Pedro II, o Hospital Gustavo Riedel, o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil, o Hospital de Neuro-Sífilis, a Administração e a Secretaria – o que demonstra a complexa cadeia institucional da psiquiatria estruturada no país.

Entre os órgãos citados, destacamos o Instituto de Psiquiatria, por sua estrutura e dependências. Além da administração, existiam enfermarias, gabinetes de exames, dentário, raios x, fotográfico e mais dois setores. O primeiro, denominado de Setor de Higiene Mental, Admissão e Triagem composto por ambulatórios, salas de tratamento, serviço de visitação, serviço de higiene mental e propaganda, serviço de internação, gabinete de identificação, dispensários e patronato de egressos. O segundo, denominado de Setor de Pesquisas Neuro-Psiquiátricas, formado por laboratórios, gabinete de psicologia, gabinete de eletrologia, serviço de heredobiologia, serviço de neuriatria, serviço de psiquiatria e serviço de medicina experimental especializada. Os dois Setores do Instituto de Psiquiatria eram chefiados por psiquiatras indicados pelo diretor do Centro Psiquiátrico Nacional.

A Colônia Juliano Moreira era responsável pela internação e assistência aos psicopatas crônicos de ambos os sexos e era composta por: Bloco Médico-Cirúrgico Álvaro Ramos, seção de praxiterapia, farmácia, gabinete de fisioterapia e fisiodiagnóstico, laboratórios, biotério, ambulatórios, pavilhões para tuberculosos, entre outras dependências.

O Manicômio Judiciário, sob o regime de internação fechada, e por determinação judiciária para observação e tratamento, era responsável pelo recebimento dos:

> I – delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental, quando, a critério do Juiz, assim o exigir a segurança pública;
>
> II – condenados que, recolhidos a prisões federais, apresentarem sintomas de perturbação mental;
>
> III – acusados que devam ser submetidos a observação ou tratamento psiquiátrico (BRASIL, 1944).

Quanto à estrutura física, além das dependências médico-administrativas, o Manicômio Judiciário possuía uma seção de praxiterapia, seções de internação feminina e masculina, laboratório, farmácia e gabinete dentário.

Por fim, compunha o Serviço Nacional de Doenças Mentais a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Com regulamento próprio, seus objetivos eram "preparar enfermeiros auxiliares para os serviços sanitários e assistenciais e promover a especialização, em serviços psiquiátricos, de enfermeiros e enfermeiros auxiliares diplomado" (BRASIL, 1944).

Com base na análise documental das finalidades, organização, competências e composição, não se pode minimizar o poder exercido pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais na organização e efetivação das estruturas hospitalar e assistencial psiquiátrica do Distrito Federal, assim como na organização e no fortalecimento do projeto político do Estado nacional. O Serviço Nacional de Doenças Mentais, cujo diretor era nomeado diretamente pelo presidente da república, possuía trânsito livre para despachar com o diretor geral do Departamento Nacional e comunicar-se com quaisquer autoridades públicas, à exceção dos ministros de estado (BRASIL, 1944).

Convém destacar que as ações desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais não se concentravam na capital federal na medida em que as políticas de saúde destinadas à área hospitalar psiquiátrica foram criadas e incentivadas por meio do plano de criação de uma rede brasileira de hospitais, tanto gerais como especializados; e que, inicialmente, estavam destinados às regiões do Norte e Nordeste (FONSECA, 2007, p. 229).

Dois anos após a aprovação do regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde, o presidente da república publicou o Decreto nº 8550, de 03 de janeiro, no qual autorizava o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos com os estados visando à intensificação da assistência psiquiátrica no território brasileiro.

Desta maneira, após a realização de estudos promovidos pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais, cujos resultados indicassem deficiências na oferta de serviços em determinadas localidades e através da aprovação pela união dos projetos, os acordos deveriam ser celebrados e efetivados com a construção, instalação e o funcionamento de hospitais e serviços psiquiátricos nos territórios avaliados. De modo geral, os estados eram responsáveis pelo terreno onde seria edificado o equipamento de assistência psiquiátrica. As despesas de construção e instalação eram custeadas tanto pela união como pelo estado, mas as despesas de funcionamento ficavam sob a responsabilidade do estado. Cabia à união a fiscalização na execução dos acordos selados (BRASIL, 1946).

A partir da publicação do Decreto nº 8550, um importante passo foi dado para a implementação e o desenvolvimento dos serviços de assistência aos psicopatas fora do Distrito Federal, como já se desenhava de forma processual, através das medidas governamentais, anteriormente mencionadas.

Nesta perspectiva, observamos a consolidação da psiquiatria em meados da primeira metade do século XX, incialmente bastante

articulada ao pensamento racial, fundamentado na ideologia do eugenismo e sanitarismo; mas sobretudo a partir da década de 1940, marcada pela crescente autonomia e hegemonia para o trato com a doença mental quando ela passou a organizar, entre outras ações, uma nova estrutura de recolhimento, tratamento e recursos terapêuticos para os doentes mentais por meio da ideia do "padrão hospital-colônia", inserido no contexto de elaboração do Plano Hospitalar Psiquiátrico, instituído, nacionalmente, pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (VENANCIO, 2011, p. 46).

Considerações Finais

Historicamente, a psiquiatria atuou, desde o início de sua inserção na sociedade brasileira, ao lado e em sintonia com o Estado brasileiro, independentemente das formas de governo ou dos regimes políticos instituídos no país. Ela estabeleceu-se – tanto na monarquia como na república, seja em regimes democráticos, seja em autoritários, tanto na forma de poder descentralizada como centralizada – em um marco temporal analisado neste artigo de cem anos, mas que não se esgotou no período proposto.

O Estado brasileiro manteve presença e aliança, constante e crescente, na construção e consolidação da psiquiatria. A partir da primeira metade do século XIX, foram erguidas as primeiras instituições para o recolhimento e tratamento de alienados e publicadas as primeiras teses de doutoramento relativas à alienação mental. No século XX, a doença mental passou a ser tratada como problema não apenas de ordem institucional e direcionado a determinado segmento populacional, mas como questão social a ser pensada de forma preventiva e intervencionista, através da elaboração de ações estatais e médicas, gestadas em fins da década de 1920 e aguçadas nos anos de 1930. A partir dos 1940, houve expressiva ascensão da psiquiatria enquanto conhecimento e prática na elaboração de ações sobre a loucura.

As mudanças no setor da saúde pública, ocorridas durante o período varguista, responderam ao projeto político nacional, normatizador e centralizador promovido pela união e articulado com os estados. Contudo, para além dos processos autoritários e ditatoriais em curso que levaram à manutenção duradoura de Vargas ao poder, as intervenções no setor da saúde atenderam às demandas mais gerais, imersas nos problemas resultantes do pós-segunda guerra mundial e pautadas na agenda dos fóruns internacionais realizados pelas nações ocidentais. A saúde pública tornou-se uma questão de estado e novas estratégias deveriam e foram adotadas no Brasil a partir de duas perspectivas: na primeira, através do investimento na formação e especialização dos profissionais e na segunda, por meio da elaboração de políticas públicas.

No que tange à psiquiatria, o grande impulso e fortalecimento, até então, promovido pelo Estado como política pública de assistência à saúde ocorreu durante o período varguista. A partir dos anos de 1940, o modelo de estrutura hospitalar e assistencial psiquiátrica encontrou seu momento mais expressivo na medida em que a psiquiatria se tornou hegemônica com atuação em duas frentes.

Em primeiro lugar, ela firmou-se como especialidade médica, moderna e científica, em consonância com as demandas de sua época no trato da loucura enquanto objeto investigativo e produzido pelas instituições de ensino superior brasileiras. A psiquiatria, como cátedra nas Faculdades de Medicina, elaborava currículo para a formação de novos jovens médicos, organizava institutos de estudo e pesquisa, promovia congressos, publicava periódicos, como os Anais do Instituto de Psiquiatria e Jornal Brasileiro de Psiquiatria e, portanto, constituiu-se como ciência autônoma. Em segundo lugar, ela exerceu atuação direta, e em larga escala, como política pública hospitalar e assistencial ao ocupar espaço médico e social de forma preventiva em territórios, ainda sem sua presença, seja nas capitais seja nos interiores brasileiros.

Nesta perspectiva, os saberes e poderes psiquiátricos expressaram-se nas formas de ciência e assistência. Na ciência, a partir do âmbito educacional e acadêmico enquanto produtora de conhecimento científico; na assistência, como política pública de psiquiatria e higiene mental. A clínica e a política selaram uma relação processual e duradoura entre Estado e psiquiatria com a manutenção de boas relações de convívio entre médicos, poderes instituídos estatais e espaços acadêmicos.

O Estado brasileiro, historicamente, atuou não apenas como agente regularizador da prática psiquiátrica para o reconhecimento e a atuação do exercício da profissão. A psiquiatria, por sua vez, não foi a única beneficiária quanto aos poderes constituídos pelo Estado na garantia, funcionalidade e amplitude de seus saberes e práticas. O Estado também se beneficiou da psiquiatria na construção e efetivação de dado projeto societário. Entretanto, não podemos analisar a relação estabelecida entre esses dois atores como mera ação de vantagens mútuas. O que ocorre é que ambos os atores foram partícipes de semelhantes projetos de sociedade cujos controle, vigilância e poder caminharam juntos e em profundo alinhamento na institucionalização da loucura no Brasil.

Na história da gênese e ascensão da psiquiatria no Brasil, cabe ainda levantar uma última questão para reflexão. No que diz respeito à participação direta com o poder político partidário, desde o século XIX, psiquiatras e administradores de instituições hospitalares e asilares para alienados adentraram-se na carreira política. A título de exemplo, podemos mencionar, entre outros, o médico Teixeira Brandão, que, no início da década de 1890, ocupou o cargo de deputado. Ou seja, médicos psiquiatras também tiveram atuação legislativa e exerceram poder por dentro da própria máquina partidária governamental. O Estado configurou-se, portanto, como aliado necessário e estratégico para a atuação da psiquiatria institucional e social, seja como especialidade médica voltada para um discurso

atento à dita moderna ciência, seja como atuação na assistência pública ao adentrar-se no cotidiano social das populações no país.

Fontes

BRASIL. *Decreto nº 1.077,* de 4 de dezembro de 1852. Approva e manda executar os Estatutos do Hospicio de Pedro Segundo. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html. Acesso em: 3 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 7.247, de 19 de abril de 1879*. Reforma o ensino primario e secundário no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890*. Desannexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-norma-pe.html. Acesso em: 5 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890*. Crêa no Hospicio Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. *Lei nº 23, de 30 de outubro de 1891*. Reorganiza os serviços da Administração Federal. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1824-1899/lei-23-30-outubro-1891-507888-norma-pl.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892*. Consolida as disposições em vigor relativas aos differentes serviços da Assistencia Medico-Legal de Alienados. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-896-29-junho-1892-500660-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 1.160, de 6 de dezembro de 1892*. Dá regulamento a Secretaria da justiça e Negocios Interiores. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1160-6-dezembro-1892-517781-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921*. Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927*. Reorganiza a Assistencia a Psychopathas no Districto Federal. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5148-a-10-janeiro-1927-563139-publicacaooriginal-87269-pl.html. Acesso em: 3 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 17.805, de 23 de maio de 1927*. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto n. 19.852, de 11 de abril de 1931*. Dispõe sobre a organização da Universidade do Rio de Janeiro. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19852-11-abril-1931-510363-republicacao-85622-pe.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 452, de 05 de julho de 1937*. Organiza a Universidade do Brasil. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-452-5-julho-1937-398060-norma-pl.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 591, de 03 de agosto 1938*. Transfere para a Universidade do Brasil o Instituto de Psicopatologia do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-591-3-agosto-1938-365280-publicacao-original-1-pe.html. Acesso em: 1 maio 2021.

BRASIL. *Decreto n° 5738, de 29 de maio de 1940*. Aprova o regulamento do Curso de Saúde Pública a que se refere o Decreto-lei n. 2243, de 29 de maio de 1940. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-5738-29-maio--1940-322533-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 5 maio 2021.

BRASIL. *Decreto nº 3171, de 02 de abril de 1941*. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 9 maio 2021.

BRASIL. *Decreto n° 3497, de 13 de agosto de 1941*. Cria, no Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Hospital de Neuro - Psiquiatria Infantil e dá outras providencias. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3497-13-agosto-1941-413486-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 21 maio 2021.

BRASIL. *Decreto nº 7055, de 18 de novembro de 1944*. Cria o Centro Psiquiátrico Nacional e extingue o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://www2.

camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-7055-18-novembro-1944-453631-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 27 maio 2021.

BRASIL. *Decreto nº 8550, de 03 de janeiro de 1946*. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 29 maio 2021.

Referências

BASTOS, P. P.; FONSECA, P. C. (Org.). *A Era Vargas:* desenvolvimentismo, economia e sociedade. São Paulo: Ed. Unesp, 2012.

CAMARGO, A. R. *Ministério da Justiça e Negócios Interiores:* um percurso republicano (1891-1934). Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2015.

CAPELATO, M. H. O Estado Novo: o que trouxe de novo? *In*: FERREIRA, J.; DELGADO, L. (Org.). *O Brasil republicano:* o tempo do nacional-estatismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. v. 2.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica:* a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CORRÊA, M. L. O Ministério da Educação e Saúde. *In*: SILVA, R. M.; CACHAPUZ, P. B.; LAMARÃO, S. (Org.). *Getúlio Vargas e seu tempo*. 1. ed. Rio de Janeiro: BNDES, 2004, v. 1.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão:* médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 – 1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FERREIRA, J.; DELGADO, L. (Org.). *O Brasil republicano:* o tempo do nacional-estatismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. v. 2.

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

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOMES, F. Quilombos do Rio de Janeiro do Século XIX. *In*: REIS, J.; GOMES, F. (Org.). *Liberdade por um fio:* história dos quilombos no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

GRINBERG, K.; SALLES, R. (Org.). *O Brasil imperial.* Rio de Janeiro: Civilização. Brasileira, 2009.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar (rev. online),* Curitiba, n. 25, 2005, p. 127-141.

LIMA, N.; HOCMAN, G. Condenado pela raça, absorvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. *In*: MAIO, M. (Org.). Raça, Ciência e Sociedade. *Ciência e Sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

LIMA, R. *et al.* A Implementação de Políticas Públicas para a Saúde no Brasil. *In*: FRANCO, S.; NASCIMENO, D.; MACIEL, E. (Org.). *Uma história brasileira das doenças.* Belo Horizonte: Fino Traço, 2013. V. 4.

MAIO, M. (Org.). *Raça, ciência e sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1996.

MARTINHO, F. C. P.; PINTO, A. C. (Org.). *O corporativismo em português:* Estado, política e sociedade no salazarismo e varguismo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

MOREL, M. O Brasil separado em reinos? A confederação Caramuru no início dos anos 1830. CARVALHO, J. M.; CAMPOS, A. P. (Org.). *Perspectivas da cidadania no Brasil império.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MOTA, A. *Quem é bom já nasce feito:* sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. DP&A, 2003.

OLIVEIRA, C. *A institucionalização da loucura no Ceará:* o asilo de alienados São Vicente de Paula (1871-1920). Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará, 2021.

OLIVEIRA, J.; TEIXEIRA, S. M. *(Im)previdência social:* 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 356 p.

REZENDE, E. L. O processo político na primeira república e o liberalismo oligárquico. *In*: FERREIRA, J.; DELGADO, L. (Org.). *O Brasil republicano:* o tempo do liberalismo excludente, da Proclamação da República à revolução de 1930. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. V. 1.

RIBEIRO, G.; PEREIRA, V. O primeiro reinado em revisão. *In*: GRINBERG, K.; SALLES, R. (Org.). *O Brasil imperial:* 1808-1831. Civilização Brasileira, 2009. V. 1.

RICCI, M. Cabanos, patriotismo e identidades: outras histórias de uma revolução. *In*: GRINBERG, K.; SALLES, R. (Org.). *O Brasil Imperial:* 1831-1870. Civilização Brasileira, 2009. V. 2.

SARRETA, F. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: Editora UNESP, Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA, R. M.; CACHAPUZ, P. B.; LAMARÃO, S. (Org.). *Getúlio Vargas e seu tempo*. 1. ed. Rio de Janeiro: BNDES, 2004. V. 1.

VENANCIO, A. T. A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez., 2011.

CAPÍTULO X

Um olhar sobre a trajetória do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM)

Renato Dornelas Câmara Neto

Miguel John Zumaeta Doherty

O poeta e filósofo alemão Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) afirmou, certa vez, que "nada sabe de sua arte aquele que lhe desconhece a história"; também nesta linha o pensador francês Henri Bergson (1859-1941) reforçou: "o espírito humano está feito de tal modo que só começa a compreender o novo quando procura compará-lo com o antigo". É com este enfoque que pretendemos visitar a trajetória de setenta e cinco anos do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM), entidade fundada em 1946 pelo espírito inquieto e empreendedor do médico José Octávio de Freitas.

Octávio de Freitas nasceu no dia 24 de fevereiro de 1871,[1] na cidade de Teresina, Piauí. Em 1883, mudou-se para Recife, pois seu pai, magistrado e político, foi nomeado Presidente da Província de Pernambuco. Graduou-se em Medicina no Rio de Janeiro, em 5 de janeiro de 1893, retornando em fevereiro de 1894 ao Recife, lugar

1 Celebram-se, neste ano de 2021, os 150 anos de seu nascimento.

em que desenvolveu suas atividades médicas por 56 anos. Desde sua chegada à capital pernambucana, dedicou-se com amor e perseverança à profissão que escolheu, destacando-se por sua grande capacidade de trabalho e, poder-se-ia dizer, por um impulso de criar e inovar na medicina, como também de cultivar suas conquistas, tendo para alguns um desejo incontido de torná-las perenes. Apesar de algumas incursões na clínica médica, sua atenção especial era voltada para a Higiene e Saúde Pública, área em que se notabilizou nacionalmente.

Administrador competente e audaz, sempre teve atuação destacada nos cargos que ocupou. Logo cedo, ao retornar à cidade que lhe acolhera, quando nomeado para a Superintendência de Higiene do Recife, organizou, em 1895, o Boletim Demográfico-Sanitário da Cidade, publicação que permitiu identificar, entre outras informações, os elevados índices de mortalidade por tuberculose no Recife no período de 1852 a 1898. Daí por diante, foi uma sucessão de realizações: o Instituto Vacinogênico (1896); o Instituto Pasteur (1899); a Liga Pernambucana contra a Tuberculose (1920); os Dispensários Anti-Tuberculose (1903); o 1º Congresso Médico Estadual (1909); o Serviço de Verificação de Óbito (1919); a Faculdade de Medicina do Recife (FMR) (1920); a revitalização da Sociedade de Medicina de Pernambuco (SMP), com inauguração de nova sede em 1944; e, em 1946, o Instituto Pernambucano de História da Medicina (TÁVORA *et al.*, 1993).

Octávio de Freitas foi, antes de tudo, um revolucionário do bem comum, à semelhança do Padre Lebret, personagem importante na configuração da Doutrina Social da Igreja durante o Concílio do Vaticano II (1962-1965). Seu perfil era de um homem perseverante e resiliente, que superou dificuldades marcantes na vida, como a morte, por febre amarela, de seus dois filhos menores, no mesmo dia em que inaugurou o 1º Congresso Médico Estadual (1909), o qual ele fez questão de que fosse suspenso.

A concepção do IPHM pode ser compreendida dentro de um contexto nacional, mas tem muito a ver com a personalidade do Octávio

de Freitas, que sempre se notabilizou pela capacidade associativa. Assim, seguiu a corrente naturalista de comportamento do homem na sociedade, defendida por Aristóteles, para quem o ser humano é essencialmente gregário, existindo nele uma exigência específica de sua natureza que o impele a viver de maneira unida, junto ao seu semelhante. Octávio gostava dessa convivência, suas realizações são seus exemplos; distanciava-se, portanto, do ideário de Platão, como também do pensamento de Locke e de Hobbes.

Quando se estuda a criação do IPHM, além do perfil de Octávio de Freitas acima referido, três fatores nos parecem fundamentais: primeiro, o seu compromisso com a história da medicina, fato por ele mesmo reconhecido e comprovado por pelo menos nove livros que escreveu sobre fatos, personagens e eventos em Pernambuco e no Nordeste (FREITAS, 1943, p. 5). O segundo, um acontecimento vivenciado pelo próprio Octávio de Freitas, ainda nos anos de 1899, quando, em uma das sessões científicas da Sociedade de Medicina de Pernambuco, levou-se à discussão problema com um aparelho de Raio-x, comercializado na Europa e trazido ao Recife por um comerciante local, que nunca funcionou. A Comissão de Ciências Físicas da entidade, da qual Octávio era integrante, constatou que o aparelho apresentava defeitos graves que o tornava irrecuperável e, como tal, inservível para uso na prática médica. Na ocasião, o nosso personagem afirmou que sua única serventia seria a exposição, como curiosidade, num futuro museu da Sociedade de Medicina (FREITAS, 1948, p. 59). O terceiro aspecto a ser considerado é o convite do seu amigo, Ivolino de Vasconcellos, médico do Rio de Janeiro, para criar uma sociedade em Pernambuco voltada para a preservação da Memória da Medicina. Ivolino de Vasconcellos é considerado a figura principal da historiologia médica no Brasil, foi professor de Clínica Médica e de História da Medicina da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, e também bacharel em Direito; fundou, em 1945, o Instituto Brasileiro de

História da Medicina (IBHM), objetivando preservar a memória da Medicina no Brasil e, desde então, estimulou a criação de institutos de história da Medicina em outros estados, tendo obtido êxito em Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraíba e Paraná.

Assim, impulsionado por estes três fatores, Octávio de Freitas decidiu fundar o IPHM e, neste intuito, convidou figuras ilustres da Medicina e Ciências Afins para uma reunião em sua aprazível residência na rua Dom Bosco, no bairro da Boa Vista, no Recife, mais precisamente no número 779. O convite já sinalizava para a ideia do Dr. Octávio, que estava de acordo com Ivolino, para quem o conceito de história da medicina não devia se restringir só a este ramo do saber, mas se estender a todas as ciências relacionadas com a saúde. Em 25 de agosto de 1946, foi criado o IPHM, em mais uma antecipação do Octávio de Freitas. Os objetivos estabelecidos foram assim delineados: 1) Estudar, debater e divulgar as questões referentes à História da Medicina e Ciências Afins; 2) Colocar-se à disposição das autoridades constituídas e emitir pareceres sobre assuntos referentes à sua órbita de pesquisas e estudos; 3) Estabelecer relações de correspondência e intercâmbio cultural com associações congêneres, nacionais e estrangeiras; 4) Organizar um Museu, uma Biblioteca e um Arquivo sobre a história da medicina em Pernambuco.

No Estatuto, ficou também estabelecido que o IPHM seria composto por 60 membros titulares e perpétuos, dos quais 40 seriam médicos. A primeira diretoria do Instituto, além do presidente Octávio de Freitas, tinha como integrantes renomados profissionais, como o farmacêutico Pierre Rouquayrol (Vice-Presidente), o médico Leduar de Assis Rocha (1º Secretário), o médico Francisco Montenegro (2º Secretário) e o dentista Galvão Raposo (tesoureiro) (FALCÃO, abr./maio, 1995).

Mais tarde, Leduar de Assis Rocha, estudando o Estatuto da nóvel entidade, assinalou:

> Deve ser atribuição da entidade recém fundada proteger os interesses da cultura médica, principalmente em todos os setores referentes à salvaguarda de nossas conquistas científicas, à conservação de nossos monumentos, peças e documentos de valor histórico, à preservação de nossas instituições tradicionais, que fazem os alicerces da história da medicina brasileira, e bem assim, patrocinar a criação de monumentos públicos ou concessão de outras honrarias (ROCHA, 1993, p. 245-246).

A fundação do IPHM marcou o final de uma fase de "plantação e colheita" da cultura científica da medicina entre nós, possivelmente pelo fim de um período de grandes realizações com a ausência definitiva de Octávio. Além disso, ficou também evidenciado que a natureza institucional emprestada ao IPHM mantinha forte vinculação com os valores defendidos por Ivolino de Vasconcellos, o qual considerava este tipo de associação um culto ao passado essencialmente vivo que buscava, nos feitos memoráveis e nos exemplos de suas grandes figuras, inspirações permanentes para o progresso da medicina (VASCONCELLOS, 1946, p. 151-158).

O Instituto foi solenemente instalado em um domingo à noite, 17 de novembro de 1946, em sessão na Sociedade de Medicina de Pernambuco presidida pelo Dr. Luiz Delgado, Secretário de Educação e Saúde de Pernambuco, que representou o interventor do Estado General Demerval Peixoto. Ao discurso de Octávio de Freitas, seguiu-se a conferência inaugural proferida pelo associado e um dos fundadores do IPHM, médico Albérico Câmara, que discorreu acerca de "Notícia Histórica sobre o Hospital Pedro II de Recife", divulgada posteriormente em revista médica (CÂMARA, 1948, p. 3).

Os esforços para a consolidação do Instituto e a reestruturação da Sociedade de Medicina de Pernambuco (SMP) em 1944, graças ao trabalho de Octávio de Freitas, fizeram com que estas duas entidades passassem a constituir as instâncias culturais que detiveram o poder de reafirmar a força de representação de um museu no

contexto social (LIMA, 2013). Tal assertiva encontra fundamento no embrionário Estatuto da entidade, no qual está assinalado que um dos seus objetivos – quiçá o mais desafiador – é organizar um museu sobre a história da Medicina, especialmente em Pernambuco. Este fato constituiu, ao longo do tempo, um desafio para todos os médicos envolvidos com as duas entidades descritas.

O museu, portanto, prenunciava ser um espaço importante do IPHM e, embora tenha sido pensado na SMP, só foi viabilizado anos depois graças ao apoio do Instituto e sensibilidade de agentes públicos. Além disso, a campanha pela implantação de um centro de ensino formal de Medicina (Faculdade) no estado, em 1920, e o surgimento do IPHM, em 1946, representaram os pontos de maior influência sobre o desdobramento do museu tão longamente idealizado (LIMA, 2013, p. 79-80).

Figura 1. Octávio de Freitas

Fonte: acervo do IPHM.

O IPHM e o seu tão sonhado museu viveram pouco tempo sob a liderança do seu criador, pois cerca de 2 anos e 6 meses após sua fundação Octávio de Freitas faleceu; em 26 de janeiro de 1949, aos 78 anos. Assumiu interinamente a presidência do Instituto o 1º Secretário Dr. Leduar de Assis Rocha, em 22 de março de 1949, provavelmente porque o vice-presidente não era médico e sim farmacêutico e, em junho de 1949, ele foi eleito oficialmente presidente da entidade. Leduar de Assis Rocha era um homem respeitado e íntegro, de reconhecidos predicados morais e éticos, que se dedicou com afinco ao fortalecimento da Instituição. Logo identificando a posição de influência de Ivolino de Vasconcellos, dele se aproximou, obtendo apoio consubstanciado, posteriormente em 1953, quando Pernambuco sediou o 2º Congresso Brasileiro de História da Medicina, evento que contou com participação de personalidades nacionais da área e obteve reconhecido sucesso. Uma de suas principais decisões foi a aprovação de ações junto ao Ministério da Educação e Cultura para criação, nas Faculdades de Medicina do país, da disciplina de História da Medicina, medida importante para a qualificação do ensino médico. Leduar também, preocupado em legalizar o Instituto, providenciou a formalização do Estatuto do IPHM, que, entretanto, só veio a ser registrado em Cartório no ano de 2004.

Determinado a fortalecer o IPHM, colocou a implantação de um museu de Medicina como objetivo relevante desde o começo de sua gestão. O passo inicial dado foi a coleta de peças museológicas, documentações e fotografias, doadas por médicos e familiares. Leduar procurava sensibilizar a comunidade médica para a importância de um museu e, numa antecipação, apresentou o material arrecadado em 1959 no salão do Arquivo Público Estadual quando da comemoração do cinquentenário do 1º Congresso Médico Estadual realizado em 1909. Foi a primeira exposição de acervo museológico relacionado à medicina no estado, segundo foi possível apurar. Infelizmente a ausência de locais adequados para

guardar este incipiente acervo museal fez a iniciativa não prosperar. Aliás, este sempre foi um problema no decurso da implementação de um museu entre nós, levando Leduar a afirmar: "Sem pousada certa, vivendo da generosidade de associações maiores, o pouco reunido foi se dissipando com o inevitável abalo do nosso nomadismo" (BARRETO, 2011, p. 136). Ele tinha consciência das dificuldades para manter em atividade uma instituição científica, sem fins lucrativos, sem sede e sem patrocinadores.

Várias foram as tentativas ao longo dos anos para a criação de um espaço de exibição do acervo que Leduar coletara, todas elas relacionadas à boa vontade e disposição de diversas diretorias da Sociedade de Medicina, atual Associação Médica de Pernambuco. Infelizmente, não houve sucesso face às limitações financeiras e até mesmo da disponibilidade de espaço físico adequado. Registro deve ser feito que em todos estes empreendimentos surgia a figura exponencial do Dr. José Falcão, diretor da SMP por várias gestões e um grande entusiasta da criação de um museu de História da Medicina no estado. A partir daí, Leduar e Falcão se irmanaram, no âmbito do IPHM, para lutar pela consecução desse objetivo. Além de médico, Leduar era Jornalista de renome no estado e utilizou os espaços que dispunha nos nossos principais veículos de comunicação para divulgar a importância de um museu de Medicina, enfatizando em certa ocasião:

> A criação de um museu tem que ter o caráter permanente, que possa ser visitado por público em geral, não apenas médicos, para que as pessoas tenham uma noção da evolução de nossa medicina e os esforços dos nossos velhos médicos em benefício da saúde da comunidade pernambucana (ROCHA, dez., 1969).

Antecipava-se assim à visão hoje defendida por especialistas em museologia.

Leduar dedicou-se também a ministrar cursos sobre história da medicina, principalmente no âmbito da Faculdade de Medicina da

UFPE, seguindo a orientação do IBHM; porém, apesar de seus esforços e do apoio de diretores da instituição, nunca conseguiu incluir a História da Medicina como disciplina na grade curricular do curso médico. Em 1983, ele deu um passo importante na consolidação do IPHM como entidade ao conseguir, junto à direção da Academia Pernambucana de Medicina, um local para sediar o Instituto no prédio da antiga Faculdade de Medicina do Recife. Procedente ainda registrar que, em 1986, com a possibilidade de criação de um museu da Medicina em Pernambuco, Leduar deu todo apoio e colaboração ao seu amigo José Falcão e, possivelmente, delegou a ele a representação do IPHM para este mister.

Nosso segundo presidente faleceu em outubro de 1994 e dirigiu o Instituto desde 1949, deixando marca semelhante a um Quixote na preservação da memória da medicina entre nós. Foi sem dúvidas a expressão maior da história médica no estado.

Com a morte de Leduar ocorreu um vazio na direção do Instituto só solucionado em 20 de novembro de 1995, quando Dr. José Falcão foi escolhido por eleição para presidi-lo. A eleição de Falcão não foi mera obra do acaso: era um homem comprometido com a preservação da memória médica, muito próximo a Leduar, idealizador e ator principal da implantação de um museu sobre a história da medicina em Pernambuco. Em junho de 1986, Falcão vislumbrou esta possibilidade, pois exercia à época importante função na Secretaria de Saúde do Estado, já que havia assumido a gerência do Hospital Pedro II pertencente à Arquidiocese de Olinda e Recife. O hospital estava desativado, os gestores pretendiam reabri-lo e, entre outras propostas, criar um grande centro de atenção à saúde da mulher. Os espaços físicos eram adequados e seria possível incluir uma área para sediar o novo museu. Assim, com apoio oficial do Instituto Pernambucano de História da Medicina, Falcão dedicou-se com inusitada determinação a sua missão de tornar realidade um sonho sonhado por várias gerações. Tratou de convocar médicos e outros

profissionais de saúde para colaborarem na captação de peças museológicas, obtendo sucesso com doações de médicos, familiares de colegas falecidos, da Santa Casa de Misericórdia e da própria Secretaria de Saúde que cedeu mobiliários antigos. Assim foi significativamente ampliada a coleção original de Leduar de Assis Rocha. O local escolhido no Hospital Pedro II para o museu foi a antiga enfermaria de Propedêutica Clínica, dirigida nos primórdios pelo Prof. Arnaldo Marques, um clínico de elevado conceito no Recife.

A criação de um museu da Medicina no Hospital Pedro II marcou o protagonismo do médico José Falcão, como principal representante do IPHM nas diversas fases do processo. Interessante é que nessas etapas sempre era enfatizada a importância da área não ser destinada exclusivamente à Medicina, mas às Ciências Afins; e assim a Farmácia, a Odontologia e demais ciências de saúde foram convidadas a participar.

Finalmente, no dia 10 de março de 1987, ocorreu a inauguração do Museu da Medicina de Pernambuco (MMP), juntamente com a abertura do "Centro de Assistência Integral à Mulher", no Hospital Pedro II. Um dia memorável, pois se concretizava o sonho de Octávio de Freitas. Coincidentemente ou de maneira intencional, se celebrava também os 126 anos de inauguração do Hospital Pedro II, que ocorrera em 1861. A solenidade foi prestigiada por numeroso público e na placa comemorativa estava escrito, da lavra do Dr. José Falcão:

> Este Museu tem por finalidade o culto à memória médica do Estado de Pernambuco, no mais amplo sentido, na certeza que ele muito tem a honrá-lo. As idéias, os sonhos e os desejos de quantos nos precederam, tornam-se hoje uma realidade.

Os conceituados médicos pernambucanos Pedro Veloso Costa e Ovídio Montenegro descerraram a placa e o Dr. José Falcão foi convidado para abrir a porta de entrada do Museu, dando-o por inaugurado.

Na sua descrição sobre este evento, Dr. Falcão nos relata o conteúdo dos diversos espaços no novo museu, ressaltando o acervo de Octávio de Freitas (com 102 itens) carinhosamente cuidado pelos Drs. Gilberto da Costa Carvalho e Geraldo Távora; o espaço de Amaury de Medeiros e o quadro pintado do Imperador D. Pedro II, de propriedade da Santa Casa e doado ao museu. Também havia material museológico relacionado com as atividades do Prof. Luiz Ignácio de Barros Lima e sua biografia escrita pelo Dr. Veloso Costa.

Entusiasmado, Dr. Falcão continuou descrevendo os ambientes do museu, como o espaço reservado às placas de formatura, de uma beleza ímpar, correspondentes aos anos de 1938, 1942, 1947, 1949 e 1953; e salientava ainda o acervo de imagens que incluía fotos de antigos professores da Faculdade de Medicina do Recife e de médicos do Hospital Pedro II. Diversas outras relíquias são descritas como a coleção de peças de cera representando doenças dermatológicas pertencentes ao Prof. Jorge Lobo, um microscópio semelhante ao de Pasteur, além de coleções de fotografias do Hospital Pedro II e outras preciosidades que retratam a riqueza da história da medicina em Pernambuco (FALCÃO, fev., 1995).

A inauguração do Museu teve ampla repercussão no meio médico e social. De "modesto embrião", como lhe chamou o Secretário de Saúde, a "vivo e saudável recém-nascido", como rotulado por Leduar de Assis Rocha, a nova instituição chegou às páginas de jornais com exaltação ao feito e até mesmo à Câmara Municipal do Recife quando o artigo de Leduar, "O Museu", foi inserido em seus Anais (ROCHA, mar., 1987).

O grande desafio seria tornar o museu conhecido pela categoria médica e pela sociedade e que funcionasse plenamente. Para tal, Dr. Falcão, principal entusiasta do museu, esforçou-se para tornar a nova ferramenta de divulgação da história e dos feitos da medicina pernambucana visitada por médicos, outros profissionais da saúde e sociedade em geral; e que ali ocorressem cursos, palestras e reuniões que contribuíssem para sua longevidade.

Entretanto, pouco tempo depois da inauguração do novo espaço museológico, houve eleição para o Governo do Estado e, como sempre acontece no país, a chegada de novos administradores significa mudança das direções de Unidades em vários níveis, pois não é de nossa tradição a continuidade de gestões, mesmo aquelas consideradas exitosas. Nesse contexto, o museu recém-inaugurado sentiu este impacto.

As dificuldades para manutenção do museu ativo começaram a aparecer e o Prof. Leduar de Assis Rocha as tornou públicas, chamando a atenção para a insensibilidade social em relação à importância desta instituição. A nova administração da Secretaria de Saúde intencionava reestruturar o Hospital Pedro II e achava que isto não seria compatível com a presença de um museu dentro de um ambiente hospitalar. Este entrave, que tinha um componente político, levou à instabilidade administrativa e funcional do novo museu, uma "criança" com apenas 30 dias de vida. Por outro lado, ele não contava com qualquer apoio político nem mesmo das entidades médicas. Esta perda de poder se tornou consumada com a saída do Dr. José Falcão da Secretaria de Saúde. Com os desencontros do MMP, com a nova gerência dos Serviços de Saúde no estado, começou a brotar a ideia de transferi-lo para o prédio da antiga Faculdade de Medicina no Derby, ou seja, para o futuro Memorial da Medicina. Esta possibilidade contemplava os interesses da Secretaria de Saúde, da Academia Pernambucana de Medicina (gestora do prédio do Derby) e do próprio Instituto Pernambucano de História da Medicina. Foi iniciado, então, o processo para esta transferência, em 1995. Porém, estas negociações, infelizmente, não foram rápidas e o museu sofria pelo seu isolamento e pela falta de apoio logístico, o que certamente angustiava o seu Curador, Dr. José Falcão. Somente após serem vencidos impasses de diversas matizes, o museu – que ficara praticamente inativo por 6 anos – foi transferido do Hospital Pedro II para seu lugar definitivo, no prédio do Memorial da Medicina de Pernambuco, no bairro do Derby.

Figura 2. Memorial da Medicina de Pernambuco – Sede do IPHM
Fonte: acervo do IPHM.

Estávamos no ano de 1995 e, como já referido, em novembro foi eleita nova Diretoria do IPHM, tendo à frente por decisão consensual o Dr. José Falcão e sendo composta também pelos Drs. Silvio Paes Barreto (Vice-Presidente), Ruy dos Santos Pereira (1º Secretário), Rostand Paraíso (2º Secretário) e Vânia Pinheiro Ramos (Tesoureira). Foi a terceira Diretoria do IPHM. Falcão estabeleceu como objetivos principais de sua gestão ampliar o número de associados, divulgar as ações do IPHM e, principalmente, realizar a inauguração e o funcionamento pleno do museu no Memorial. Este trabalho demandava muito esforço e, mais uma vez, Dr. Falcão, tal qual um *Sísifo moderno, carregara sua pedra até o cume da montanha*.

Neste empreendimento, ele contou com a ajuda de diversos médicos, como o Dr. Luiz de Gonzaga Braga Barreto, que também era coordenador do Memorial da Medicina, pertencente à UFPE. O acervo do museu foi ampliado e ficara constituído por instrumentos médicos, materiais cirúrgicos, vidraria de laboratório e de farmácia (incluindo as da Drogaria Conceição, a mais antiga da América Latina), equipamentos, mobiliários, quadros de formatura, pinturas,

fotografias de professores e médicos, livros; enfim, um rico conjunto de peças museológicas que certamente mereceriam a admiração dos visitantes.

A isto se associava uma bela coleção bibliográfica com livros e revistas raras, além de valiosa documentação arquivística. A tese da Dra. Maria Amélia Cavalcanti de Albuquerque, a primeira mulher pernambucana a se graduar em Medicina, é exemplo dessas relíquias. Tratava-se, portanto, de uma parte importante da memória da Medicina no estado preservada e à disposição da sociedade pernambucana. Os preparativos para inauguração corriam céleres e sob o olhar atento e entusiasmado dos seus responsáveis.

A cerimônia de inauguração foi solene, com a presença de figuras marcantes e autoridades do meio médico do estado, além da sociedade em geral. Intencionalmente, a solenidade foi agendada para o dia 24 de fevereiro de 1999, dia do aniversário de nascimento do idealizador do Museu, Prof. Octávio de Freitas.

Figura 3. Leduar de Assis Rocha (1949-1994)

Fonte: acervo do IPHM.

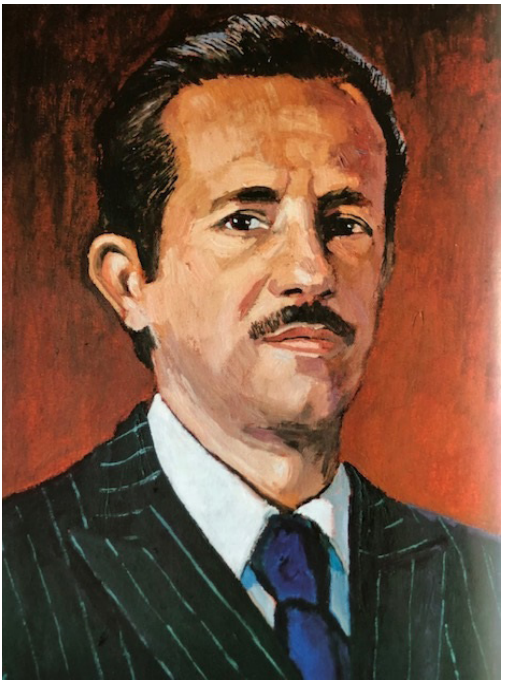

Figura 4. José Falcão (1995-2016)
Fonte: acervo CREMEPE.

Em outubro de 2003, Dr. José Falcão foi reeleito para mais um mandato à frente do IPHM. Desta vez, tendo Dr. Miguel Doherty na Vice-Presidência. Uma das principais ações da nova diretoria foi regularizar a situação legal do IPHM, através do registro em Cartório, do Estatuto, bem como reativar as atividades científicas com palestras mensais, que passaram a ser rotuladas como "Quartas Históricas". Foi ainda na gestão de Falcão que surgiu uma marcante relação institucional entre o IPHM e seu Museu com a Universidade Federal de Pernambuco, facilitada por ser esta proprietária do prédio onde funciona o Instituto.

Em setembro de 2010, integrantes do Curso de Museologia da referida Universidade iniciaram contatos com o Instituto Pernambucano de História da Medicina para estudos envolvendo o acervo de seu museu objetivando colher dados para o "Projeto Valorização do Patrimônio Cultural de Ciência e Tecnologia", coordenado pelo Museu de Astronomia e Ciências Afins (MAST) do Governo Federal. Vislumbrando então que o nosso museu com seu rico acervo e suas potencialidades de desenvolvimento poderia colaborar para a formação de profissionais nesta área, estes professores do Departamento de Antropologia e Museologia (DAM) da Universidade Federal de Pernambuco iniciaram contatos oficiais para exercerem naquele espaço atividades docentes e de pesquisa. Assim, em janeiro de 2011 foi pactuado um acordo entre as partes interessadas que levou docentes e discentes do Curso de Museologia a passarem a atuar efetivamente na nova Instituição, com atividades de extensão, pesquisa e ensino e, em especial, de prática de estágio supervisionado. Em abril de 2011, uma equipe formada por alunos de bacharelato em Museologia, sob a orientação da Professora Emanuela Souza Ribeiro, deu início ao processo de arrolamento e implementação do inventário do Museu. Esta iniciativa fazia parte do projeto de extensão nomeado de "Memória Social da Medicina: preservação e divulgação do MMP", patrocinado pela PROEXC/UFPE.

A então discente de Museologia da UFPE Manoela Edna de Lima, com seu trabalho de conclusão de curso intitulado "Quando a museologia encontra o Museu: um patrimônio da Medicina em Pernambuco", protagonizou uma das principais ações voltadas para o processo de musealização, incluindo também um estudo aprofundado de sua história e promovendo um arrolamento de seu acervo à época com 1576 itens. Este trabalho, pelo seu rico e consistente conteúdo, tornou-se uma referência importante para nossas pesquisas (LIMA, 2013).

Integrantes do Departamento de Antropologia e Museologia (UFPE), em 2016, elaboraram um audacioso e bem estruturado "Plano Museológico do MMP", coordenado pela Professora Ana Cláudia Rodrigues da Silva e pela museóloga Maria Cristina Freitas Gomes com a colaboração de alunos de graduação do Curso de Bacharelato em Museologia. Este plano de indiscutível relevância para o museu procurou atuar principalmente nas áreas de diagnóstico, definição da missão e objetivos. Na nossa percepção, este estudo é um marco delineador na história da nossa Instituição (GOMES, 2018).

A partir de 2014, foi implantado um programa de estágio supervisionado para discentes do DAM/UFPE no qual foram desenvolvidas ações relacionadas a salvaguardas do museu, que abordavam a restauração, conservação e documentação museológica. Foi concluído em 2018 e trouxe reconhecida contribuição para o museu e aprendizado para os alunos, gerando inclusive robusta produção científica.

Procedente registrar o reconhecimento pelos benefícios trazidos para a Instituição com os trabalhos efetuados por alunos e professores do Curso de Museologia ao longo de 7 anos, destacando-se afora os já mencionados a aplicação de medidas preventivas para conservação das coleções bem como a elaboração de um minucioso inventário museológico sobre o acervo do Museu de Medicina de Pernambuco, chegando-se atualmente a serem contabilizados aproximadamente 3 mil itens compreendidos nas categorias de mobiliário expositivo, objeto de trabalho de pessoas e de ensino, além de peças comemorativas e valiosa coleção de fotografias, documentação arquivística e bibliotecária. Tratou-se, na verdade, de um processo de musealização da Instituição, no nosso modo de enxergar; um conjunto de medidas e intervenções que levariam o MMP a alcançar um patamar de instituição com fundamentos científicos e com função social. Estas intervenções nas áreas de biblioteconomia e arquivologia, bem como na expografia, objetivavam também mudar o paradigma do museu procurando-se migrar dos médicos para a medicina.

Infelizmente, faltando pouco para ser concluído, o trabalho do Departamento de Museologia foi suspenso, pois em janeiro de 2018 uma grande infiltração e goteiras causadas pelas fortes chuvas que atingiram o prédio do Memorial neste período, principalmente a área do museu, trouxeram prejuízos às peças museológicas e obrigaram o fechamento dos salões de exposição e anfiteatro. Neste período, Teses, Trabalhos de Conclusão de Curso, trabalhos científicos, projetos de pesquisas e planos para musealização do setor foram produzidos com proveito para todos.

À época, o IPHM estava sendo administrado interinamente pelo Dr. Miguel Doherty, que assumira a presidência face o falecimento do Dr. José Falcão em agosto de 2016. Falcão é reconhecido no estado como o maior exemplo de médico atuante e interessado na história da medicina, mormente na área da museologia.

Ao assumir em agosto de 2018 oficialmente, por eleição, a direção do IPHM, Dr. Miguel e sua equipe se viram no desafio de reativar as atividades do Instituto, estabelecendo como metas: a volta das reuniões científicas ("Quartas Históricas"), a reformulação do quadro social, a inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, a recuperação física dos espaços administrativos e de exposição e, principalmente, o início de movimentos para reabertura do Museu. Também ações foram procedidas para aproximar o IPHM de outras entidades, como a Academia Pernambucana de Medicina e o CREMEPE. Para melhorar a comunicação, foi criado um ativo e bem visitado grupo no WhatsApp e um Boletim Informativo de edição bimensal. Foram feitos dois projetos para recuperação das placas de formatura e preservação/higienização de peças museológicas que, infelizmente, não foram viabilizados, pela falta de patrocinadores.

Em 14 de dezembro de 2020, em pleito realizado em formato virtual, face à pandemia do Coronavírus, nova Diretoria foi eleita, a sexta na história da Instituição, ficando assim constituída: Presidente – Miguel John Zumaeta Doherty, Vice-Presidente – Renato Dornelas

Câmara Neto, 1º Secretário – Ananília Finizola de Vasconcelos, 2º Secretário – Edith da Rocha Cordeiro e Tesoureiro – João Régis de Melo Filho. Comissão de Divulgação e Comunicação: Marcelo Moraes Valença e Márcio Allain Teixeira; e Conselho Fiscal Ester Azoubel, Fernando Cavalcanti e Luiz de Gonzaga Braga Barreto. Na oportunidade, foram também eleitos oito novos sócios titulares. A diretoria reeleita estabeleceu como objetivos primordiais dar continuidade às atividades científicas, ampliar as aproximações com as entidades representativas da categoria médica e instituições ligadas à preservação da memória de Pernambuco, promover ações de melhoria no setor de Divulgação e Comunicação e, neste ponto, foi criado um departamento específico da Diretoria para recuperar nosso site, manter WhatsApp ativo, atualizar o Instagram, criar um centro de memória audiovisual e manter o nosso "Boletim Informativo" com periodicidade garantida. Registre-se, entretanto, que a principal missão é desenvolver esforços em diversos níveis para reabrir o Museu da Medicina.

Tais metas implicará um novo organograma funcional e necessidade de revisão do Estatuto e criação de Regimento Interno. Uma das atenções da atual Diretoria é desenvolver uma maior integração com as faculdades de medicina do estado, procurando estimular a criação da disciplina de "História da Medicina" nas suas grades curriculares. É também intenção da Diretoria desenvolver e promover eventos culturais ligados às Ciências da Saúde no Anfiteatro, bem como realizar exposições temporárias neste ambiente museológico.

Este Museu é atualmente denominado "Dr. José Falcão" e mantém acervos com vínculo ao Patrimônio Cultural de Ciência e Tecnologia, composto por documentação arquivística, bibliográfica e objetos/peças museológicas, ou seja, é uma instituição museológica considerada Patrimônio Cultural de Ciência e Tecnologia, com vínculo às Ciências da Saúde. Está registrado no Cadastro Nacional de Museus, do Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM), com a nomenclatura "Memorial da Medicina de Pernambuco" e como instituição privada.

O Instituto Pernambucano de História da Medicina, ao longo de sete décadas, desenvolveu um esforço grandioso para a preservação da memória médica e seu museu tem uma importância capital neste contexto, pois o "lugar de memória" desempenha papel educativo destacado não apenas quanto à referência a um personagem ou objeto, mas na reflexão crítica do que se acha exposto. O seu acervo de mais de 3.000 peças e cerca de 1.020 publicações (sendo 500 estimadas como especializadas em História da Medicina) o torna um Museu de expressiva representação cultural. O seu valor quer como Instituição de caráter científico, pedagógico e social; quer como local de pesquisas e transmissão de conhecimentos, é insofismável. Apesar dos seus 75 anos, as potencialidades do IPHM e do museu são, até certo ponto, provocantes para aqueles que se sentem impelidos em esclarecer eventos e fatos ou mesmo pessoas que nortearam a história da medicina em Pernambuco.

Por estas considerações, faz-se necessário ter um olhar mais atento para as dificuldades de subsistência da instituição sem fins lucrativos que têm caráter científico e mantém ligação com a cultura e a arte médicas. Os benefícios desta entidade para a sociedade, não somente para a medicina, são inestimáveis, sobretudo para a preservação da história médica e sua divulgação, pois como acentuava o filósofo francês Émile Littré em 1829: "A ciência da medicina, se não quiser ser rebaixada à categoria de emprego, deve cuidar de sua história e tomar conta dos velhos monumentos que os tempos pretéritos lhe deixaram como legado" (GUSMÃO, 2004, p. 10).

Assim, procuramos registrar, sem minudências, o itinerário percorrido pelo Instituto Pernambucano de História da Medicina e seu Museu, que retrata uma história de setenta e cinco anos de conquistas e frustrações, mas também de fatos relevantes marcados pela perseverança e resiliência de seus dirigentes.

Referências

BARRETO, L. G. B. Museu da Medicina de Pernambuco. *Estudos Universitários,* Revista de Cultura da Universidade Federal de Pernambuco, v. 27, n. 8, p. 133-140, 2021.

CÂMARA, A. Notícia Histórica sobre o Hospital Pedro II de Recife. *Publicações Médicas,* Ano XIX, n. 171, out./1947-jan./1948, Recife.

FALCÃO, J. Museu da Medicina de Pernambuco. Síntese histórica. *Mensagem: Jornal da Associação dos Ex-alunos da Faculdade de Medicina do Recife*. Recife, n. 1, ano 1, fev. 1995. Impresso.

FALCÃO, J. Instituto Pernambucano de História da Medicina. *Mensagem: Jornal da Associação dos Ex-alunos da Faculdade de Medicina do Recife*. Recife, n. 2, ano 1, abr./maio, 1955. Impresso.

FREITAS, O. Medicina e costumes do Recife Antigo. *Imprensa Industrial,* Recife, 1943, 207 p. Reedição. Academia Pernambucana de Medicina, 2018, Recife.

FREITAS, O. *Médicos e outas figuras e fatos do meu tempo*. Ed. Livraria Universal, Recife, 1948.

GOMES, M. C. F.; SILVA, A. C. R. *Plano museológico do Museu da Medicina de Pernambuco (MMP)*. Recife: PROEXC, DAM, UFPE, 2018. Impresso.

GUSMÃO, S. História da Medicina: evolução e importância. *Jornal Brasileiro de Neurologia,* v. 15, n. 1, p. 5-10, 2004.

LIMA, M. E. *et al.* Um museu da medicina em Pernambuco e as perspectivas de musealização, comunicação e institucionalização. *In*: *Anais do IV Seminário Internacional de Cultura Material e Patrimônio de Ciência e Tecnologia,* MAST, Rio de Janeiro, p. 75-98, 2016. Impresso.

LIMA, M. E. *et al. Quando o Museu encontra a Museologia:* um patrimônio da Medicina de Pernambuco. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Museologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. Impresso.

ROCHA, L. A. Notas sobre o Instituto Pernambucano de História da Medicina. *In*: TÁVORA, J. G. *et al. Octávio de Freitas:* um homem à frente de seu tempo, Recife, 1993. p. 245-246.

ROCHA, L. A. Artigos de jornais. *Acervo do Museu da Medicina de Pernambuco:* 1- "Museu de História" – Jornal do Comércio de 7 dez. 1969. 2- "História da Medicina" – Jornal do Comércio de 4 jan. 1970; 3 - "Museu de História da Medicina" – Jornal do Comércio de 11 jan. 1972; 4- "Museu"- Jornal do Comércio de 9 mar. 1972; 5- Crônica da Cidade – Jornal do Comércio de 14 jan. 1975; 5- "O Museu" – Diario de Pernambuco de 18 mar. 87.

TÁVORA, J. G. *et al. Octávio de Freitas:* um homem à frente do seu tempo. Recife: Editora Octávio de Freitas, 1993. 386 p.

VASCONCELLOS, I. *Asclépio historiador.* Rio de Janeiro: Gráfica e Editora Aurora Ltda., 1964. 341 p.

CAPÍTULO XI

"Difícil é para a justiça humana processar e julgar quem já está condenado pela justiça divina"

Lepra e estigma

Sebastião Pimentel Franco[1]

Introdução

Em uma correspondência expedida pelo juiz de direito da Comarca de Mimoso do Sul, estado do Espírito Santo, Mário de Araújo Braga, ao diretor do Leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, encontramos a argumentação para que um interno acusado de homicídio não pudesse comparecer ao juízo, para interrogatório. Vejamos o que diz o juiz:

> Difícil é para a justiça humana processar e julgar quem já está condenado pela Justiça Divina. O acusado leproso não poderá comparecer a este Juízo para o interrogatório. Encontra-se internado no leprosário de Itanhenga, em Vitória, cujo internamento é pedido pelo Estado. Está, pois, afastado da sociedade em que vivemos, objetivo principal de nossa legislação

1 Este texto é resultado do projeto de pesquisa "As múltiplas vivências do isolamento compulsório no leprosário de Itanhenga/ES: histórias e interpretações", financiada pela FAPES.

> penal – porém por determinação superior à nossa. Isto posto mando que fique o processo em suspenso, comunicando-se ao Diretor do leprosário, o inteiro teor desse despacho, e solicitando que a referida autoridade comunique a este Juízo qualquer alteração no estado de saúde do acusado doente (CORRESPONDÊNCIA..., 1951).

No entendimento do juiz de direito, o interno já havia sido "castigado por Deus" e nenhum castigo humano poderia ter sido pior. Ao depararmo-nos com essa correspondência, ficamos a refletir sobre o estigma que o doente de lepra[2] carregava, sendo tal reflexão o objeto central deste texto.

Inicialmente, pretendemos discutir o conceito de estigma, tomando como referência as reflexões de Goffman (2013), para buscar a gênese do preconceito e da estigmatização do leproso desde a Antiguidade, passando pela Idade Média, até o século XX. Pretendemos, ainda, evidenciar como os internos do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, viam e sentiam o estigma por terem contraído a doença.

Como abordagem metodológica, privilegiamos a análise do "micro" para compreensão de um tema de extensas temporalidade e diversidade espacial, como é o caso das políticas de controle da lepra. Dessa forma, entendemos que será possível conhecer o cotidiano da Colônia de Itanhenga, desvelando aspectos que não poderiam ser vistos por outros meios. Somente por meio de pistas e indícios podemos trazer à tona o não dito, o que é imperceptível pela macro-história.

Para tanto, nos apoiaremos em dois teóricos: Jacques Revel (1998) e Paul Ricoeur (2007). Revel, em seu texto *Microanálise e*

2 Usarei em todo o texto a expressão "lepra", uma vez que, no arco temporal que o texto abrange, o termo "hanseníase", como hoje é chamada a doença, não existia nesse período. Entendemos que, ao chamarmos a doença de hanseníase, cometeremos um anacronismo histórico.

construção do social, afirma que, ao mudarmos a escala de observação, teremos o surgimento de realidades diferentes, dando oportunidade de que outras configurações das relações sociais aflorem. Nesse caso, ao variarmos a lente de observação, ou seja, ao considerarmos o *locus* da colônia e ainda mais a experiência dos ex-internos e familiares, teremos a possibilidade de compreender o fenômeno em diferentes contextos.

Ricouer (2007) segue nessa mesma direção ao dizer que, ao tomarmos escalas diferentes, não visualizaremos os mesmos encadeamentos dos fatos. Podemos observar, dessa forma, outras conexões antes imperceptíveis numa escala macro. Assim, concordamos com Franco e Silva (2017, p. 327), quando afirmam que, ao mudarmos de

> [...] uma escala para outra, surgem diferentes informações porque se observa o contexto em outro nível de organização. A atenção a este pressuposto demonstra, por exemplo, que no campo da política de internação compulsória dos leprosos podemos identificar o conjunto de medidas públicas e privadas que a materializaram; entretanto, ao tomar o cotidiano do antigo leprosário, veremos um contexto repleto de sentidos atribuídos pelos próprios doentes às medidas profiláticas determinadas pela política médico-sanitária, trazendo informações diferentes e complementares ao estudo e possibilitando outras leituras do objeto.

Para a observação em escala proposta por Revel (1998) e Ricoeur (2007), trabalharemos na perspectiva da história oral, uma vez que desejamos *indagar acerca das* trajetórias individuais – as dos ex-internos da Colônia de Itanhenga. Assim, seguiremos o que recomenda François (2006, p. 10), ao dizer que, por meio de depoimentos orais, podemos constituir um "[...] encontro com sujeitos da história [...], o que permite trazer à tona elementos de subjetividades, emoções e o cotidiano enquanto questões que integram o contexto 'micro' e são recuperadas pela memória dos informantes".

Ao trabalharmos na perspectiva individual, não estamos afirmando a negação da interpretação, do modo de viver e conviver com a lepra feita pela coletividade dos habitantes desse leprosário. Para tanto, trabalharemos também o conceito de figuração de Elias (1994, 2001), que pontua, analisando a sociedade europeia dos tempos modernos, a necessidade de buscar compreender a ação dos indivíduos, o convívio, as tensões, as acomodações dentro de uma coletividade, ou seja, precisamos entender a ação dos indivíduos de acordo com o lugar que ocupam nessa coletividade. As posições ocupadas pelos indivíduos devem ser analisadas em seu conjunto, aqui no caso, do leprosário, das vivências daqueles que foram internados compulsoriamente, das hierarquias existentes e das ações de coerção, que acabam criando imagens em torno da doença – a lepra –, revelando-nos o cotidiano da vida nesse leprosário.

Estamos então dizendo que trabalharemos com memória, para discutir a política de Estado em relação ao isolamento compulsório do doente de lepra, a visão da ciência sobre a doença e o doente, a visão do doente sobre o mal que o afligia, o enfrentamento do doente sobre a nova realidade de sua vida, as adaptações e as acomodações e/ou o enfrentamento frente à nova realidade vivida. Portelli (2016, p. 48) nos ensina que, ao trabalharmos com memória, é preciso entender que ela provoca incômodo e possibilita "[...] colocar em dúvida as certezas que nos tranquilizam". Assim, a memória pode colocar sob ameaça "as certezas" da política implantada para controle da doença, ao trazer elementos capazes de questionar em que medida suas ações foram efetivas e revelar os reflexos não calculados e indesejáveis que porventura recaíram na vida dos sujeitos.

Para o mesmo autor, a memória lida também com o esquecimento, o que nos remete à compreensão de que são processos complementares, sem oposição entre ambos. Para ele,

> [...] mais do que um armazém de dados, a memória é um trabalho constante de busca de sentido, que filtra os vestígios

> da experiência entregando ao esquecimento aquilo que já não tem significado na atualidade – mas também aquilo que tem significado demais [...] (PORTELLI, 2016, p. 47).

Da mesma forma pensa Thompson (1998, p. 57), ao afirmar que "[...] as histórias que relembramos não são representações exatas do nosso passado, mas trazem aspectos desse passado e os moldam para que se ajustem às nossas identidades e aspirações atuais".

O leproso: o indesejado

Desde a Antiguidade, a lepra era uma doença associada a algo negativo. Dessa forma, o leproso passou a ser visto como indesejável, a ser depreciado, aquilo que Goffman (2013) denomina estigma. Segundo o autor, existem três tipos distintos de estigma: ligado às deformidades do corpo físico; relacionado às tidas como fraquezas individuais tipo (distúrbios mentais, vícios, homossexualismo etc.) e um terceiro tipo ligado à questão de raça, nação e religião. Todos eles têm em comum as mesmas características sociológicas:

> [...] um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto (GOFFMAN, 2013, p. 14).

Para os que se consideram normais, quem não se enquadra nesse padrão não é completamente humano, o que justificaria a discriminação. Dessa forma, buscou-se criar fatos e teorias que explicariam a crença de que essas pessoas seriam seres inferiores. Além disso, seriam perigosas e representariam diferentes tipos de ameaça aos ditos normais, havendo então a estigmatização. Assim foi com os judeus, é ainda com os homossexuais e com os leprosos. No caso dos leprosos, por eles representarem um perigo para os

sãos, precisariam ser isolados. O isolamento dos leprosos sempre foi uma realidade desde os tempos bíblicos.

Não importa, na visão de Goffman (2013), se os leprosos não têm intenção de ser um perigo para a coletividade. O fato é que eles seriam uma ameaça, devendo, portanto, ser apartados da sociedade. Deveriam ser estigmatizados

> [...] por diversas motivações e características desaprovadas socialmente e dentre elas, apresentar um estado mórbido temido tanto por razões objetivas como o risco de contágio, quanto subjetivas por representarem uma condição associada ao pecado e ainda despertarem medo (FRANCO; SILVA, 2017, p. 237).

O estigmatizado é, conforme Goffman, o diferente; é aquele que não seria completamente humano.

> Com base nisso fazemos vários tipos de discriminações, através dos quais efetivamente e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. [...]. Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa [...] utilizamos termos específicos [...] tendemos a inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original (GOFFMAN, 2013, p. 8).

O leproso e a lepra seriam um perigo para os sãos sobretudo pelo receio de que os leprosos pudessem contaminar toda a sociedade. Para Cunha (2005), o temor que acompanhou a doença desde a Antiguidade chegou ao século XX alimentado pela racionalidade médica, que afirmava ser a doença uma ameaça social devido a seu poder de contágio e ausência de um medicamento específico. Assim, à luz do conhecimento científico e contando com a opinião social que os rejeitava, aos leprosos restava a exclusão por meio do isolamento compulsório, sob a forma e a legitimidade de uma política de saúde. Nesse sentido, é enriquecedor compreender, a partir daqueles que a viveram, o que foi essa experiência de estigma,

rejeição, isolamento e medo sob a égide da política pública e do conhecimento científico da época.

O medo e a repulsa à doença: a gênese do estigma

A doença é pensada como existente desde a Antiguidade, pois alguns de seus supostos registros nos remetem a aproximadamente 5.000 a. C., considerada uma "doença bíblica", associada à impureza e ao pecado, fortalecendo ainda mais os estigmas e as dificuldades de convívio dos infortunados doentes. Ao longo de sua trajetória, o portador da enfermidade representou uma ameaça ao bem-estar e convívio social, pois sua imagem remetia ao corpo em decomposição a caminho da degeneração e do definhamento. Diante da sociedade, a doença despertou nos sadios os sentimentos conflitantes de piedade, medo e desconfiança, capazes de moldarem a forma como indivíduos hígidos percebiam e se relacionavam com os doentes de lepra.

Sabe-se da existência dessa doença no Egito por volta de 3.000 a. C., segundo Monteiro (1995). Possivelmente originária do Oriente, teria se espalhado por intermédio de navegadores em direção ao Ocidente[3]; de acordo com Maciel (2007), os fenícios teriam espalhado a doença pelo Mediterrâneo. Atividades comerciais, movimentos migratórios e expansionismo militar teriam sido os fatores que possibilitaram a disseminação da doença. No Ocidente, a lepra teria se disseminado em razão de guerra de conquistas, como as de Alexandre, rei da Macedônia (CONRAD *et al.*, 1999).

Desde o seu aparecimento, a lepra esteve associada a implicações morais, como nos aponta o Velho e Novo Testamento, associando-a a maldição e a castigo divino. O portador da doença significava um mal que ameaçava a todos, daí a necessidade de viver separado do convívio com as outras pessoas.

3 Ver Monteiro (1995) e Scliar (2006).

Na Idade Média, segundo Franco e Silva (2019, p. 25),

> [...] foi crescente a associação da lepra como algo impuro e vinculado à ideia de uma natureza sexual e hereditária. A Igreja foi a grande colaboradora para o estreitamento da visão correlata entre doença e pecado, o que aumentava a aversão e segregação dos doentes, e alimentava a ideia de doença como punição por um pecado moral.

Vista como punição pelos erros do doente, isto é, a doença como uma punição divina ao pecador, era preciso que o doente fosse apartado dos indivíduos, daí a necessidade de ser afastado dos sadios, segundo Le Goff (2005). Essa segregação tendeu a crescer a partir do século XIII até o século XV, quando houve uma estabilização dos casos de infecção pela enfermidade. Tal crescimento da doença se explicaria pelo movimento das Cruzadas[4] e pelo início do crescimento dos ajuntamentos populacionais nas cidades e das atividades comerciais a partir da Baixa Idade Média.

A eclosão da peste negra, responsável pela morte estimada de um terço da população europeia, e o fim das Cruzadas teriam feito diminuir enormemente o número de casos de lepra. No entanto, a doença voltaria a assustar no século XIX. A explicação para este fato teria sido o novo expansionismo militar com as conquistas do neocolonialismo e com a expansão das atividades comerciais. Além disso, como é sabido, esse contexto de expansão capitalista é igualmente um tempo de intensificação do movimento das pessoas graças aos meios de transporte mais rápidos, como as embarcações a vapor e a ferrovia. O bacilo da lepra passou a circular mais intensamente e cresceram os casos de notificação da lepra. Tal crescimento fez com

4 As Cruzadas foram expedições comandadas sob a égide da Igreja, que ocorreram de 1096 a 1270, cuja finalidade última era recuperar Jerusalém, que estava sob o domínio dos turcos seljúcidas. Esperava-se, dessa forma, uma reunificação do mundo cristão. Segundo o papa Urbano II, as Cruzadas não tinham caráter militar, mas sim religioso (DEMURGER, 1998).

que essa doença e os doentes voltassem a ser uma preocupação. A solução encontrada para livrar os sãos do terrível mal foi novamente o isolamento dos leprosos, agora numa perspectiva da internação compulsória.

Assim como ocorreu na Idade Média, a preocupação com a doença fez com que novamente o leproso passasse a ser uma criatura indesejada, crescendo a aversão ao doente. Como alternativa para separá-los dos sadios, retomou-se com força a ideia do seu isolamento compulsório.

Segundo Cabral (2013), ocorreu um fenômeno novo – o crescimento do movimento em defesa da saúde coletiva e das condições sanitárias –, o que teria provocado os governantes a se preocuparem com políticas públicas mais diversificadas e de maior intervenção, pressionando os estados a assumirem também a questão da lepra. As políticas públicas em relação a essa doença se estabelecem. Vejamos como foi isso no Brasil.

A lepra e as políticas públicas de Estado para o seu combate no Brasil

Embora se soubesse de registros que nos levam a crer na existência da lepra desde os tempos coloniais, tendo sido criado inclusive um leprosário para os enfermos dessa doença em Recife, podemos dizer que, até as primeiras décadas do século XIX, não se tem notícias de ações do Estado em prol dessa doença. Tal situação começa a mudar a partir da segunda metade desse século, conforme nos aponta Cabral (2013). Não se pode perder de vista, como já foi dito anteriormente, que no século XIX houve tendência de um crescimento dos casos de lepra no mundo, determinando que esse tema fizesse parte das discussões científicas na época. Tanto assim que, para Curi (2002), no Brasil já haviam sido criados em 1883 asilos ou hospitais destinados ao recolhimento de leprosos em 12 cidades

brasileiras. No final desse século, inclusive ocorreram conferências internacionais sobre a lepra, como o Congresso Internacional de Leprologia de 1897, em que já se apontava o isolamento compulsório para aqueles que houvessem contraído tal doença. Conforme Costa (2007), como não havia um antídoto para a lepra, o discurso em favor de isolar os doentes para salvar os sãos tornou-se hegemônico.

Nessa época, não se pode dizer que a internação compulsória dos doentes de lepra objetivasse suas curas; pretendia-se, em verdade, retirar os doentes ou os suspeitos da doença da convivência social. Ocorreu aquilo que Neris (2014) classifica como uma mudança de comportamento em relação ao leproso, que de "excluído" teria passado à condição de "esquecido".

No Brasil, iremos perceber uma mudança mais efetiva em relação à lepra e aos leprosos a partir da década de 1920. Se, num primeiro momento, a preocupação do Estado era erradicar as doenças endêmicas que afligiam a população brasileira, sobretudo em relação ao sertão brasileiro, de acordo com Hochman (1998), o Estado acabou voltando-se para a lepra a partir de 1920, quando surgiram as primeiras iniciativas de combate à enfermidade. Para Neris (2014), despontaram as primeiras posições oficiais em relação ao enfrentamento da lepra, tornando-se uma preocupação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que propôs ações de prevenção e medidas de isolamento dos leprosos, ainda que de forma tímida, concentradas preferencialmente nas capitais.

A lepra começou a ser alçada à condição de ameaça na mesma proporção que outras doenças eram vistas, como a ancilostomíase, tuberculose e febre amarela. O discurso de que essas doenças entravavam o progresso e a civilização do país se tornou cada vez mais forte (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008). Para tanto, a ideia de que era preciso expurgar os leprosos foi cada vez mais se fortalecendo.

Era preciso localizar os doentes e apartá-los da sociedade. A solução encontrada para o afastamento dos doentes como forma de salvar os sãos foi a criação de locais onde os leprosos pudessem ser internados de forma compulsória. Para "achar" os doentes, foram estabelecidas ações como os censos estatísticos da lepra, o que acabou evidenciando que o número de leprosos em todo território nacional era bem maior do que se imaginava; aliás, os números encontrados foram vistos como assustadores. Tais censos foram uma indicação apresentada na Primeira Conferência Pan-Americana de Lepra, que ocorreu no Rio de Janeiro em 1922. Os profissionais da área da leprologia atribuíam o grande número de leprosos encontrados no Brasil à ineficácia do Estado no que concerne à adoção de medidas públicas para combater e conter essa doença (COSTA, 2007).

As ações implementadas pelo Estado para dar conta do problema da lepra puderam ser efetivadas a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado já desde 1919, quando se construiu uma rede de informações por meio das Inspetorias de Saúde. Esse departamento era responsável pelo gerenciamento dos serviços de saúde nos estados e tinha, entre as finalidades, identificar o quantitativo de doentes, mapeando a geografia das doenças. A partir dele, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, responsável pelas ações e campanhas de combate à doença no Brasil. A luta contra a lepra tornou-se mais evidente a partir desse contexto (CABRAL, 2013, p. 17-18). Os levantamentos feitos pelo organismo responsável para se descobrir quantos leprosos existiam no Brasil evidenciou uma realidade que foi considerada preocupante. Era preciso evitar que a proliferação da doença continuasse; chegando-se à conclusão de que era preciso evitar a circulação dos doentes. A implementação de uma política de segregação dos leprosos foi um passo.

A princípio, pensou-se na criação de um leprosário nacional, mas, talvez devido ao número tão grande de leprosos descobertos em todas as unidades da federação, acabou vingando a ideia da criação de múltiplos leprosários pelo país. Para tanto, foi de fundamental importância a participação de setores da sociedade, especialmente aqueles comandados por mulheres, que se juntaram ao Estado no sentido de criar instituições asilares, como em São Paulo desde 1917. Essas associações arrecadavam verbas por meio de eventos sociais que muito ajudariam na construção de leprosários Brasil afora (SANTOS, 2011). Apesar da ação da Igreja e de parte da sociedade, é bom que se diga que a implementação dos leprosários nos diversos estados da federação só foi possível com o aporte maciço do poder estatal (União e estados). Os estados acabavam sendo os maiores responsáveis pelos custos das construções dos leprosários que foram implementados no Brasil sobretudo após a década de 1930.

Em 1930, por meio de um golpe de estado que impediu a posse do presidente eleito, Júlio Prestes, Getúlio Vargas ascendeu ao poder. Durante toda a década de 1930, Vargas implementou um governo autoritário, sobretudo a partir de 1937, quando instituiu o chamado Estado Novo, que durou até 1945. Um Estado forte e autoritário teria condições de implementar ações autoritárias, promovidas de cima para baixo, e com a saúde não foi diferente.

Em 1933, foi realizada no Distrito Federal a Primeira Conferência Nacional de Lepra, conhecida como conferência para a uniformização da campanha contra a lepra, que sugeria o isolamento como medida importante no combate à doença, entre outras. Tinham início as primeiras ações rumo à política de isolamento compulsório no país (CARVALHO, 2012).

Em 1935, foi elaborado um plano de combate à doença, encabeçado pelo ministro Gustavo Capanema, como parte de um projeto renovador das estratégias da União para o controle da lepra no país. As ações

de combate à lepra, a partir desse momento, passaram a enfatizar a necessidade das práticas de isolamento (CUNHA, 2005, p. 87-88).

O novo plano de ação do governo para abrigar os doentes apoiava-se na construção de leprosários em regiões diferentes. A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas atuava na legitimação de um discurso que defendia o isolamento do leproso: "[...] a política adotada para o controle da doença seria estruturada por um novo paradigma profilático" e, com o isolamento, "[...] a segregação dos leprosos foi institucionalizada" (CABRAL, 2013, p. 18).

Até 1937, foram criados 20 leprosários espalhados pelo país. Segundo Santos (2006, p. 94-95), essas instituições

> [...] obedeciam à mesma estrutura de organização do espaço [...], na primeira, ficavam as residências da administração, a casa de hóspedes, a portaria, a subestação de energia, e a garagem; na "zona intermediária" encontravam-se os reservatórios de água, o posto de fiscalização de visitas e o local onde os doentes as recebiam; a "zona doente" era a mais importante por alojar as vítimas do mal de Hansen em casas e dormitórios coletivos. Nessa zona, também havia hospital, enfermaria, refeitório, lavanderia, escola, prédio para atividades sociais, igreja, instalações de esporte e lazer e outras instalações.

Entre os estados da federação, o Espírito Santo seguiu a mesma linha e houve, em 1937, a inauguração do leprosário de Itanhenga. Dentre as pompas, destacou-se a presença de autoridades civis, políticas, eclesiásticas, tendo inclusive o Ministro Gustavo Capanema comparecido a essa solenidade. Falemos agora sobre a lepra no Espírito Santo.

A lepra no Espírito Santo e a criação da Colônia de Itanhenga[5]

Poucas foram as referências sobre a lepra no Espírito Santo que conseguimos encontrar anteriormente ao século XIX. A primeira menção à lepra no Espírito Santo que encontramos foi o levantamento feito pelo Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, em que foi constatado que 28 doentes que ali se encontravam eram provenientes da Província do Espírito Santo, o que correspondia a 2,7% do total dos 1.047 internos daquele hospital entre os anos de 1799 e 1877.

Quatro anos depois, num relatório de governo provincial, o provedor da Saúde Pública, Dr. Manoel Goulart de Souza, informou ao presidente da Província, Dr. Marcellino de Assis Tostes,

> [...] que existe a morphéa na província do Espírito Santo; que os casos não são frequentes, nem essa enfermidade reina endemicamente em ponto algum da província; que os poucos casos se tem manifestado isoladamente; que sendo moléstia hereditária em duas ou três famílias, cedo ou tarde se tem declarado em seus membros; e, finalmente, que a circunstância de se terem manifestado aquelles casos em differentes pontos prova que a causa não depende da condição topographica (ESPÍRITO SANTO, 1881, p. 351).

5 Ver Franco e Silva (2019). Necessário se faz que possamos explicitar a diferença entre colônia e leprosário. A concepção de leprosário pressupõe que as pessoas ali isoladas e segregadas vivem da caridade e da filantropia apenas objetivando afastá-las das pessoas sãs. Já o conceito de colônia denota que aquele espaço segregador deve se aproximar o máximo possível do modelo de uma microssociedade. Assim, havia um esforço em reproduzir "em miniatura" a estrutura de uma cidade (com igreja, praça, rádio, teatro, cinema, cadeia). Nessa perspectiva, a partir da década de 1930, há uma mobilização do Estado para reformar os leprosários com o objetivo de torná-los colônias. Nessas instituições, as pessoas também deviam "produzir" (inseridas igualmente na ideologia do trabalho "varguista"), por isso ali também devia haver oficinas, criação de animais, pomares, produtos agricultáveis, para que os doentes também pudessem contribuir para o próprio sustento.

Somente encontramos notícias referentes à lepra no Espírito Santo em 1921, quando o autor do livro *A lepra no Brasil*, o médico Belmiro Valverde, fez referência dizendo que aqui a lepra era rara. Em 1927, foram computados um total de 27 leprosos, número que, de forma assustadora, sobe para 370 casos em 1931. O que teria havido para esse crescimento tão grandioso? A resposta estaria na chegada do médico Pedro Fontes que veio chefiar o Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.

> Fica auctorizada a continuação dos Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças [...] correndo as despesas por conta do saldo da contribuição estadoal, do exercício passado, em poder do Chefe do Serviço Dr. Pedro Fontes, e da verba incluída nono orçamento do mesmo Estado, para o presente exercício, mas sem ônus algum para a União" (BLEY, 1932, p. 56).

Ao assumir tal posto, o referido médico procurou mapear, por meio de censo, o número de casos de lepra existente. Para tanto, criou uma rede de informação promovendo a instalação do Dispensário Central de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, com laboratório de microscopia e sorologia. Em seguida, criou outros laboratórios em Alegre, Colatina, Mimoso, Muqui, Calçado, Afonso Cláudio (SOUZA-ARAÚJO, 1937). Dessa forma, o médico colocaria em ação a ideia de que a lepra no Espírito Santo era muito maior do que se imaginava e afirmava em relação a essa doença: "[...] a lepra é mais frequente do que parece, só não sendo encontrada quando não procurada". Uma rede de informantes foi montada. Ao se encontrarem indícios da doença, o Estado assumia a responsabilidade de verificar a informação. Muitos leprosos foram descobertos sobretudo porque foi incentivada a denúncia de prováveis doentes por vizinhos e familiares, que tinham a obrigação por lei de fornecer a informação.

Frente ao grande número de leprosos que o Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas estava conseguindo levantar, Pedro Fontes conseguiu transformar em lei (nº 1.727), datada de 3

de janeiro de 1930, a autorização para a criação de um leprosário no Espírito Santo. Enquanto não era construído, foi instituído um asilo de emergência na Ilha da Cal em Vitória, um local para abrigar provisoriamente os doentes de lepra, como justificativa de "[...] isolar os doentes mais perigosos que, ou por não terem lar ou exercerem profissões que facilitam o contágio, oferecem grande risco à população". Em 1935, pelo Decreto nº 5.967, datado de 7 de março de 1935, foi criada a Colônia de Itanhenga para leprosos. Os habitantes dessa colônia seriam internados compulsoriamente, conforme previa o Decreto nº 7.117 de 1935, que sancionara tal prática[6]. Em 1935, parte do leprosário de Itanhenga já estava construído, mas a finalização e inauguração do mesmo só se daria em 1937, cuja inauguração, como mencionado, contou com a presença de Gustavo Capanema, que nessa ocasião proferiu o seguinte discurso:

> Senhor Governador:
>
> É fora de dúvida que de todos os problemas de governo, com que nos defrontamos no Brasil, nenhum e mais inquietante do que a lepra.
>
> Em todos os países, e em todos os tempos, essa doença encheu de medo e amargura as populações, e contra ela as medidas mais decisivas foram tomadas, e, assim, dela se livraram ou vão se livrando os povos de cultura adiantam (SOUZA-ARAÚJO, 1942, p. 37).

Como se pode ver, a inauguração do leprosário não significou que a preocupação com a lepra e os leprosos tenha se iniciado nesse momento. Em sua tese de doutorado, Tania Maria de Araújo (2020) afirma que isolar os leprosos era algo aguardado pela sociedade local há muito tempo. Segundo a pesquisadora, na revista *Vida Capixaba*,

6 Em 1935, o governo federal criou um plano de combate à doença, prevalecendo a visão isolacionista dos médicos. A partir de então, todo doente de lepra era obrigatoriamente internado de forma compulsória.

edição 00170, publicada em 1929, Almeida Cousin, que assina o artigo intitulado "O problema da lepra", apesar de acreditar não ser a morfeia um grave problema para o Espírito Santo, adverte a todos para a possibilidade de assim vir a se constituir e, vista sob este ângulo, a enfermidade mereceria maior atenção. A título de tornar seu receio mais evidente e demonstrar a "gravidade do mal" que os leprosos representavam para a comunidade, Cousin descreve uma cena ocorrida em uma cidade paulista e relatada no Jornal do Brasil.

> Pindamonhangaba, uma das antigas e importantes cidades da zona da Central, é invadida por um bando enorme de morfeicos, irritados contra a população sadia, que procuram contaminar por todos os modos, entrando nos estabelecimentos públicos – *bars*, cafés, theatros, cinemas, et. – servindo-se dos objectos de uso comum e ostensivamente procurando todos os meios de favorecer o contagio. Refere mesmo o telegrama de uma ação nefanda de um destes desgraçados, mordendo uma criancinha e esfregando-a contra as próprias úlceras. Chegam ao cúmulo de provocar uma reação armada da população, para os expulsar da cidade (ALMEIDA COUSIN, 1929, p. 49).

Para o autor, só havia um jeito de se livrar do perigo que representavam os morféticos perambulando pelas ruas a esmolar e consequentemente transmitir a doença para os sãos: impedi-los de andar livremente pelas ruas, trancafiando-os num isolamento compulsório, de onde nunca mais poderiam sair. A solução, portanto, seria a criação dos leprosários.

Para o articulista, Estado, sociedade e igreja deveriam se unir por uma finalidade única: dar conta de separar os doentes de lepra dos sãos. Aproveitava a oportunidade para fazer a divulgação de um evento beneficente que seria realizado em Colatina, no Norte do Espírito Santo, cujo objetivo era angariar fundos para a causa da lepra e conclamava a todos que ajudassem no jantar beneficente sob a argumentação de que os leprosos mereciam receber em seu "[...] exílio

doloroso, o conforto material e moral daqueles que estão preservados do terrível mal de Hansen" (ALMEIDA COUSIN, 1935, p. 23).

Inaugurado o leprosário, iniciaram-se os seus trabalhos, recebendo um total de 370 pacientes, contando com equipe médica especializada. Uma nova e diferente vida iria começar para muitos dos internos dessa instituição, onde a dor, o sofrimento e o estigma sempre estiveram em suas memórias. Vejamos do que estamos falando, dando voz àqueles que ali viveram. Deixemos que rememorem suas vidas.

O estigma na perspectiva dos internos do leprosário de Itanhenga

Terem sido descobertos portadores da lepra, segundo os ex-internos da Colônia de Itanhenga, trouxe-lhes muitos dissabores. O maior deles teria sido a rejeição que passaram a sofrer por parte de vizinhos, parentes e patrões. Serem excluídos e estigmatizados representava uma carga negativa e revolta muito grande, e muitas vezes se questionavam: "por que isso está acontecendo comigo?".

A descoberta da doença mudava da noite para o dia, de ponta a cabeça, a vida do portador da lepra. Uns tinham que se mudar de residência, outros tinham que deixar tudo para trás – sua casa, seus familiares, seus negócios – e rumarem para o desconhecido. As contendas entre familiares e vizinhos passaram a ser uma realidade, uma vez que o leproso era indesejado e causava medo. Não havia tempo para tomar providências quanto a sua vida anterior. Se tinham casa e negócios, tudo tinha que ser abandonado. Sobre essa situação, Joaquim[7] narra que, quando o serviço governamental chegou a sua casa para recolher seu pai, que era doente de lepra, tudo que eles possuíam ficou perdido: "Lá nós tinha roça, tinha gado, tinha porco, tinha galinha, tinha nossa casinha, nosso terreno".

7 Todos os nomes dos entrevistados são fictícios.

Tudo ficou perdido porque, em primeiro lugar, ninguém mais iria comprar os produtos que eles vendiam; segundo, porque sua mãe acabou se mudando para Vitória, com todos os filhos para ficar mais perto do hospital onde seu pai estava internado.

O estigma a que passava a ser submetido o doente de lepra, mesmo por familiares, era uma realidade, como pode ser atestado por Joaquim, segundo o qual, ao ter o diagnóstico da doença sido confirmado pelos médicos, membros de sua família exigiram que deixasse a casa e "[...] não deixaram nem entrar [em casa] mais para pegar roupa". Segundo o entrevistado, todos se afastaram dele e exigiram sua pronta retirada do convívio com a família. Tal situação causava ao doente, atônito, uma dor muito grande, com sensação de desamparo: "[...] para mim foi o mesmo que tivessem me matado e jogado fora".

O medo que o leproso causava fazia com que, ao ser descoberta a doença, quer por denúncia de um vizinho ou familiar[8], quer pela ação do Estado, que tinha uma rede de informação espalhada, o doente era imediatamente levado para a internação, como aconteceu com Josué, que nos informou que teria sido pego na porta da Prefeitura: "Botaram no carro da polícia e levaram-no para o hospital para fazer exames", segundo a própria narrativa de ex-internos sobre a forma como eram levados para a internação no leprosário. A ex-interna Graça fala-nos: "[...] a ambulância foi nos buscar com a polícia [...] a polícia chegou de carro, mandou nós entrarmos para dentro do carro". Em outros depoimentos, há sempre alusão à figura do motorista da ambulância, o Caldeira, que era o responsável por sair recolhendo, por todo o interior do Espírito Santo, os doentes detectados pelo serviço de informação da Lepra. Da mesma forma, Graça nos contou que, tão logo foi descoberta a doença de seu pai,

8 Encontramos inúmeros relatos de internos segundo os quais a descoberta da lepra de seu familiar teria se dado por denúncia.

"a polícia foi lá e buscou ele". Graça narrou que muitos internos do leprosário de Itanhenga haviam sido pegos "igual a índio, a laço", e "jogados no camburão".

Graça contou sobre a existência desse funcionário, motorista do leprosário, que saía buscando os doentes "em todo o lado". Ela narrou que teria sido levada de casa por esse motorista que estava acompanhado da polícia e teria obrigado ela e sua mãe a entrarem na viatura, deixando para trás seus familiares. Elas não sabiam para onde estavam sendo levadas, inclusive disse que a família teve dificuldades em saber durante um bom tempo do paradeiro delas.

Fica evidente que o recolhimento dos doentes de lepra era imposto de cima para baixo, pois eles nem sabiam para onde seriam levados, não lhes sendo dada a chance de questionar ou mesmo de ter um tempo para organizar sua vida. Eram retirados abruptamente, sendo levada em consideração unicamente a necessidade de isolar o doente. O que importava era isolar e deixar esquecidos os doentes para se garantir uma sociedade sadia. A doença era a representação da morte, que precisava permanecer longe da vista dos sadios, ou seja, permanecer oculta.

Seguindo recomendação do Estado, tão logo alguém fosse suspeito de ter contraído a doença, deveria ser notificada obrigatoriamente essa ocorrência. Assim, uma rede de delação se instituiu: vizinhos denunciavam velhos "amigos" e mesmo familiares deveriam fazê-lo. A ex-interna do leprosário de Itanhenga, Graça, nos disse que um vizinho teria denunciado que seu pai e ela tinham lepra. Perguntado como ela tinha certeza de que o vizinho teria feito tal denúncia, ela narrou:

> Porque quando eu fui para escola, e tinha um riacho, aí quando eu vim da escola eu fui beber água, ele [o vizinho] disse: sai daí, sua leprosa, e nós saímos correndo, meu pai ficou nervoso, aí depois nós não podíamos mais ir na escola.

> Sim, uma mancha que eu tinha aqui em cima, e foi por isso que eles denunciaram, alguém viu e disse que a família toda estava contaminada, e a minha família a maior parte veio para cá ficar observação, para fazer exame (GRAÇA, 5 abr., 2016).

A repugnância que a lepra e o leproso causavam era uma realidade, podendo-se dizer que as medidas tomadas pelo Estado para o combate a lepra, embora tivessem por objetivo o bem-estar social, acabavam fortalecendo a rejeição, o preconceito e o estigma aos doentes com o isolamento compulsório. Assim, eram indesejados por todos, inclusive até por familiares, talvez por conta do pouco que se sabia sobre a doença e por conta do muito que se falava em torno dela. Eles eram facilmente identificados como frágeis e infelizes.

O estigma da doença não afetava unicamente o doente, mas também seus familiares, conforme nos conta Cácia. Segundo ela, seu pai havia contraído lepra e havia sido internado no leprosário. Sua irmã começou a namorar um vizinho. Certo dia, a professora da escola da localidade teria ido à casa do rapaz e teria dito à família: "Vocês deixam ele namorar com essa moça? Ela é filha de leproso, o pai está no hospital". Segundo a entrevistada, "[...] aquilo me doeu muito dela falar. A gente não podia responder, a gente não tinha dom de falar as coisas, eu não tinha coragem de falar. Foi uma humilhação muito grande, eu guardo até hoje". De acordo ainda com ela, o rapaz acabou terminando o namoro. Tal situação nos mostra como o raio de ação da doença extrapolava o doente, pois o estigma e a rejeição acabavam atingindo todos os familiares, que, doentes ou não, eram sempre suspeitos para o resto de suas vidas. Em relação a essa questão, esclarece ainda que, quando seu pai morreu no leprosário, elas, que haviam se mudado da região onde antes moravam, retornaram para a terra antiga. Seus vizinhos ficavam sempre sem jeito "[...] quando a gente ia para o forró, tinha rapaz que não dançava comigo nem com minha irmã. A gente era discriminada. Era mais afastada".

Descobrir-se leproso significava o rompimento com familiares, vizinhos e amigos, em razão de que o doente se tornava um indesejado. Todos queriam fugir e abandonar o leproso, como bem nos apontou o ex-interno Josué, cuja entrevista usamos aqui novamente.

> Pô, pra mim foi o mesmo que ter me matado e ter jogado fora! [porque] na hora que ele falou que eu estava com essa doença, [...] nós trabalhávamos lá em 20 tantas pessoas, aquilo acabou tudo! Não éramos mais amigos, sumiu tudo! Lá em casa eles não deixaram eu nem entrar na porta mais pra apanhar roupa, tive que vir com a roupa que eu estava trabalhando. [...] eu nunca mais voltei lá nem pra ver eles, por que eles estavam com medo de mim né. Aí eu vim pra aqui, mas eu findei bem aqui Graças a Deus (JOSUÉ, 2016).

O estigma em relação à doença dava-se também entre os próprios doentes. Aqueles que ainda não apresentavam sequelas estigmatizavam os sequelados. Referiam-se sempre ao fato de serem "limpinhos"[9], como nos apontaram Joelma e Graça. O medo e a repulsa marcavam aqueles que apresentavam marcas mais profundas da doença, pois eram vistos como "bichos" por aqueles em que a doença não havia se manifestado de forma mais contundente e que chegavam ao leprosário para serem internados. Josefa contou que, ao chegar ao leprosário, deixaram ela em um pavilhão onde teria visto uma interna "sem nariz, zóio arregaçado... ih nossa senhora mãe, aqui é lugar de bicho de mato, eu não vou ficar aqui não, corri deles". A mesma entrevistada falou ainda que, em outro momento, visualizou um interno com a mão e as pernas mutiladas; segundo ela, aquilo lhe dava um desespero total ao ver esse doente e ela correu

9 Nas entrevistas concedidas ao autor, Joelma, no dia 26 de abril de 2016, e Graça, no dia 5 de abril de 2016, fizeram alusão, ambas, a serem "limpinhas". Essa referência significa que elas eram portadoras do mal de Hansen, mas a doença não tinha ainda apresentado qualquer sequela; portanto, a olhos vistos, não havia como saber que eram leprosas.

gritando que "queria ir embora dali". Outro que discorreu sobre a repulsa ao doente de lepra foi Juvenal. Para ele, ver doentes com sequelas graves assustava aos que chegavam ao leprosário; tinham medo de ficarem "daquele jeito, parecendo uns monstros". Na primeira vez que viu um interno sequelado pela lepra, provavelmente com atrofia nas mãos, Joelma disse que "fiquei como medo. ... rs. Meu Deus, onde eu pego, onde eu vou pegar. Dá um choque na gente, tinha muita gente sequelada. Eu pensava, 'eu vou ficar assim'".

A retirada abrupta dos doentes do seio da família era algo muito sofrido a se crer, no que narraram nossos entrevistados. Segundo Raquel, ao serem retirados do seio da família, os que ficaram abraçaram ela e sua mãe e ficaram chorando.

Uma outra característica que marcava muito a vida daqueles que eram diagnosticados com a lepra era o medo e a repulsa que outras pessoas passavam a ter deles. Mais uma vez, recorremos a Raquel, que sendo diagnosticada com lepra, relatou que o médico "bateu o olho em mim e minha mãe e disse: 'Essas daí são doentes'. Aí foi aquela confusão, afastando todo mundo da gente". Segundo ela, o médico teria dito "não encosta nelas que elas são doentes, elas são leprosas" e as pessoas se afastavam delas. O medo e o pavor da lepra era uma realidade, o que fazia com que outras pessoas tivessem medo de se aproximar de alguém que estivesse com esse mal.

A repugnância ao leproso não se dava apenas em relação às pessoas comuns, até mesmo profissionais da saúde demonstravam o medo e repulsa aos doentes, conforme nos assevera Graça. Quando foi fazer uma perícia médica para conseguir sua aposentadoria, o médico que a atendeu demonstrou toda sua contrariedade em atendê-la:

> [Fui fazer] minha perícia no INSS com 15 dias me deram o benefício, me aposentaram com 20 anos [de trabalho], e me aposentaram com 15 dias, o doutor Ribeiro [que a atendeu], nós fomos levar o papel que pegamos no INSS eu e uma colega

> minha, a Dagmar, e estava chovendo e ele mexia com mulheres que tinha criança, quando ele olhou o papel do benefício, ele disse: sai daqui, sua leprosa, o que vocês estão fazendo aqui? E nós ficamos na chuva igual dois pintinhos (GRAÇA, 2016).

Mais uma vez, reportamo-nos a Joelma, que discorreu sobre como o doente causava repulsa aos sãos. Segundo ela, um casal tinha um membro da família com a doença, uma moça. Todos se isolaram dela, o marido a abandonou, ela passou a viver isolada, até a comida era levada até ela.

Essa repulsa e esse medo do morfético aparecem nas falas de ex-internos quando expõem que, ao serem internados no leprosário, ficavam isolados, pouco ou quase nenhum contato passavam a ter com amigos ou familiares. Embora estivessem previstas visitas aos internos do leprosário, na prática só aconteciam raramente. Em primeiro lugar, porque a maioria dos internos era proveniente de regiões interioranas, o que dificultava essas visitas, embora esse não fosse o único fator responsável por essa escassez. O doente causava medo e desconfiança, portanto, todos desejavam se afastar dele, até mesmo os parentes mais próximos. As visitas eram feitas sem contato físico entre internos e os visitantes, que eram separados por uma cerca. Frutas, doces, pães e outros alimentos levados pelos visitantes não podiam ser entregues aos internos, assim como roupas ou mesmo correspondências. Depois de dois anos interna, Joelma relatou que recebeu visita de familiares. A mãe dela e os irmãos foram até o leprosário, achando que poderiam entrar e abraçar os internos. Nada disso era possível, a cena era de cortar o coração. Segundo ela, os visitantes eram afastados dos internos por um vidro enorme. Todos choravam, "tínhamos que ficar do lado de cá e a família do lado de lá". Não se podiam tocar, foi-lhes dito que, se tocassem neles, ficariam morféticos; "sai tudo leproso daqui".

Ter a doença e temer ser estigmatizado acabava levando muitos doentes a buscarem esconder o máximo possível que eram

portadores do que conhecemos atualmente como mal de Hansen. Joelma contou que sua mãe procurou esconder o quanto pôde que seu pai estava acometido pela lepra. Tal atitude se justificava, pois, afinal, quando a doença de seu pai não pôde mais ser escondida, as pessoas se afastaram da família: "todo mundo tinha medo de nós, os vizinhos diziam a partir de então 'vocês não podem ficar aqui não, vocês são morféticos'". Mesmo que o doente de lepra tivesse alta, ou seja, estivesse curado da doença, o estigma não tinha fim. A doença era algo que continuava existindo no imaginário do próprio doente e das demais pessoas, como relatou Baianinho, segundo o qual, ao ter alta, retornou para o lugar onde morava antes de ter sido internado no leprosário, mas tinha vergonha de encontrar as pessoas, talvez temendo ser discriminado.

> Ficar lá eu não quis, porque eu fui mesmo pra matar a saudade, que eu tava com muita saudade deles né. Mas fui assim, já querendo que ninguém do lugar lá me vesse, nem vizinho, nem nada, porque tinha passado muita humilhação né? O lugar a gente passa muita humilhação, tem vez, tem hora, que a gente não quer nem ir lá. Aí eu cheguei ir, mas eu fiquei poucos dias, eu fiquei dois dias só, mas não queria nem que o pessoal do local, conhecido nenhum me visse (BAIANINHO, 2016).

Familiares daqueles que haviam contraído a lepra acabavam sentindo na pele a discriminação, que não era unicamente para o enfermo. Irmãos e filhos também passavam a ser considerados indesejados e separados dos demais, como narrou Luiza: "[...] era na igreja que a gente era separada, tinha um banco separado pra família né", continua ainda, dizendo que também "[...] na escola a gente tinha que sentar separados" (LUIZA, 2016). Familiares também podiam excluir os doentes de lepra do seu convívio, como narrou Ester, ao dizer: "[...] os parentes não aceitavam nem comer por que a gente oferecia um cafezinho eles não aceitavam por que os pais tinha lepra [...]" (ESTER, 2016). Da mesma forma, Solange

(2016) contou que, ao ser descoberta a sua doença, "[...]os parentes se afastaram de mim, meu tio falou, não, você tem que sair daqui, não pode ficar aqui no meio de nós não, entendeu, porque diz que essa doença é muito perigosa". Mesmo irmãos podiam ter repulsa a um outro irmão por causa da doença, como narrou Júlio. Segundo ele, seus pais não o discriminavam, mas seu irmão sim.

A proximidade e a afeição que se podia ter com algum amigo, vizinho e parente, bem como as relações de trabalho poderiam desaparecer ao se constatar que o indivíduo era leproso. Ao narrar que, tão logo seu pai foi descoberto com lepra, Cácia nos informou que a primeira providência tomada pela patroa do seu genitor foi expulsá-los da colônia onde trabalhava como meeiro. Segundo nos foi narrado, o pai e toda família que viviam ali há 27 anos tiveram que sair, a casa onde eles moravam foi derrubada e queimada para que não ficasse nenhuma marca da doença.

Como dissemos, o estigma da doença não era somente em relação ao indivíduo que havia contraído lepra, como narrou Cácia. Segundo ela, estava empregada como doméstica numa casa. Ao verificar o ônibus que ela pegava para ir para casa, constatou que era o ônibus que ia para o bairro onde estava localizado o leprosário, o que a fez supor que ela seria uma leprosa e, portanto, teria que ser demitida. Aqui o estigma extrapolou para não somente as pessoas, mas também ao bairro onde moravam.

> [...] o último emprego que eu tive foi ali em Jardim América, a patroa botou o filho para me vigiar pra ver qual ônibus eu ia tomar. Peguei o de Flexal para vir embora, no outro dia tava lá minhas coisinhas lá no cantinho no chão e ela falou assim vou queimar por que não pode ficar aqui, aí eu falei assim, mas por que não pode? Aí ela disse, porque vocês são leprosos, aí eu fui e cheguei em casa e falei com a minha mãe, aí ela falou: minha filha. Você precisava ganhar um dinheiro. Mas ganhar como se até minha roupa ela queimou? [...] (CÁCIA, 2016).

A doença acabava marcando muito a vida daqueles que descobriam ser portadores. Tudo se transformava rapidamente conforme pontuou Juvenal (2016). Para ele, a doença marcou muito sua vida, fazendo-a tomar novos rumos. Primeiro, a vontade de fugir da discriminação a que era submetido. Segundo, afastar-se ou ver pessoas próximas, vizinhos e parentes se afastarem dele. Outro fator ainda era interromper sonhos projetados. No caso dele, havia feito um curso para seguir a carreira policial, mas não pôde seguir adiante. Para ele, a discriminação era muito grande, os parentes se afastaram e muitos não aguentavam a pressão e a recriminação. As pessoas falavam e julgavam: "uma coisa que a gente não merece". Outro sonho desfeito foi o de Jovelina (2016), que viu seu casamento terminar ao ter o diagnóstico da doença, pois seu marido a abandonou: "[...] ele me largou quando faltavam dezoito dias pra completar um ano de casados". As mulheres também abandonavam seus esposos quando a doença de seu parceiro era diagnosticada, como relatou Lindoso, segundo o qual, ao descobrir a lepra, ele foi levado para o leprosário:

> Tive alta, e voltei. [...] Fui pra casa, mas minha mulher não me quis. Eu fui pra lá, aí pra Vila Velha. Fiquemos junto aí, depois a muié começou a trabaiar fora. Aí, foi me empurrando aos pouquinho, aos pouquinho. A mulher, não queria eu, não queria saber de mim mais, quando ela soube que eu tava doente da doença, ela não queria eu mais [Disse] que não queria viver comigo mais não, se soubesse não tinha casado, se soubesse que eu era doente (LINDOSO, 2016).

Em relação a casamento, gostaríamos de afirmar que a discriminação com aqueles que haviam contraído a lepra ou mesmo filhos de leprosos foi determinante para que leprosos ou seus filhos, mesmo que não tivessem a doença, acabavam casando-se com leprosos, como narrou Alice (2016), ao dizer que acabou casando-se com um rapaz de lá porque todos diziam, ninguém vai querer casar com filha de leproso, a opção que ela teria seria apenas aquela "[...]

e aí eu pensava, só pensava que se eu casasse era melhor, porque a gente era muito humilhado".

O desnorteamento que a descoberta da lepra causava na vida das pessoas pode ser bem exemplificado com o que narrou Isis (2016). Segundo ela, tão logo o médico diagnosticou que ela e sua mãe haviam contraído a doença, ele disse para nós que teríamos que ser internadas. Respondi: "Como vou ser internada? Eu e minha filha? Nós não sabe nada [*sic*]? O médico só disse: 'Vocês tem que resolver esse problema' e indicou que nos apresentássemos no leprosário de Itanhenga". Segundo ela, nunca tinham ouvido falar desse hospital, não sabiam como chegar lá, não conheciam ninguém no Espírito Santo. Em sua narrativa, disse que sua mãe foi para casa, vendeu o que pôde, o que não vendeu, abandonou; pediu a um familiar que tomasse conta de seus poucos bens até elas retornarem. Receberam alguma ajuda financeira de parentes e o médico conseguiu algum recurso financeiro com membros de uma igreja evangélica. No outro dia, viajaram bem cedo, chegando em Vitória às 20 horas. Não conheciam nada, um passageiro com pena delas indicou uma pensão em São Torquato, bairro próximo da estação de ferro. No outro dia, rumaram cedo para o leprosário, onde ficaram internas.

Outro ex-interno apontou como a discriminação operava quando a doença era descoberta. Segundo Joazinho (2017), ele vivia na roça. Quando sua doença apareceu, teve que se mudar para a cidade, mas as pessoas se afastavam dele com medo. Voltou para a roça, mas a discriminação persistia. Depois que a notícia de que era portador da lepra se espalhou, no colégio todos se afastavam dele, mudou de colégio, mas a situação não melhorou. "Sentia que quando eu ia brincar de bola, os outros garotos falavam alto para eu ouvir mesmo: ele é doente, cuidado que essa doença pega e se afastavam e eu saía triste".

Considerações finais

A internação compulsória dos doentes de lepra a partir da década de 1930 no Brasil, seguindo determinação do Governo Federal, foi o coroamento de uma visão segregacionista, sob alegação da necessidade do combate a essa enfermidade. Em verdade, não se pretendeu curar o doente da lepra; seu isolamento objetivava tão somente tentar salvar os sãos.

Internar compulsoriamente significava romper laços amigáveis e familiares; significava interromper sonhos e mudar destinos de vida. O isolamento do doente evidenciou também como a doença era carregada de estigma, que exigia o afastamento do doente, sobretudo pelo medo e pela repugnância que a doença exercia. Afinal, lepra e leproso representavam um perigo constante, representavam o medo de contágio que os sãos tinham. Além da razão objetiva, que era o medo do contágio, podemos dizer ainda que razões subjetivas se faziam presentes, pois a doença era associada ao pecado. O leproso era indesejável, porque era visto como diferente no sentido pejorativo. Ele era impuro e a doença era uma forma de purgar seus pecados.

Descobertos com a doença, era preciso deixar tudo para trás, sendo ou não doente. Separar de tudo e de todos certamente era muito sofrido, mas muito sofrida era a rejeição a que estavam submetidos quando apanhados na descoberta da enfermidade. A rejeição, a repugnância e o estigma a que estavam submetidos não se limitavam apenas a vizinhos e amigos. Parentes e até mesmo profissionais da saúde demonstravam o medo e a reprovação ao doente, como se ele fosse culpado por estar naquela situação e, portanto, precisasse ser penalizado.

Mulheres, crianças, jovens, velhos, todos indistintamente eram rejeitados por ter contraído o terrível mal. Não lhes era dada a possibilidade de uma convivência cotidiana com os sãos. Os enfermos precisavam ser expurgados e a opção oferecida era o isolamento compulsório.

Isolar compulsoriamente os doentes de lepra significava não lhes ser dada a oportunidade de viverem de forma diferente num futuro, caso viessem a se curar da doença. Uma vez leproso, o estigma seria carregado até o fim dos seus dias. O doente de lepra precisava esconder o fato de ter contraído a doença, sob pena de reprovação e exclusão por parte do grupo social com que iria conviver.

Por fim, cabe ainda uma última reflexão. O estigma ao enfermo da lepra não atingia unicamente a ele. Todos que viviam ao seu redor – pai, mãe, irmãos – eram rejeitados e excluídos. É como se o mal que lhes atingia fosse naturalmente transmitido a todos os seus familiares, que, portanto, significavam um perigo.

Fontes

ALMEIDA COUSIN, J. C. O problema da lepra. *Vida Capixaba,* Vitória, p. 49, 1929.

CORRESPONDÊNCIA do Hospital Pedro Fontes. Caixa 1. Correspondência datada de 31 de julho de 1951.

ESPÍRITO SANTO. *Relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Espírito Santo, em sua sessão ordinária de 8 de março de 1881, pelo presidente da província Marcellino de Assis Tostes.* Vitória: Typographia da Gazeta da Victoria,1881.

SOUZA-ARAUJO, H. C. Poderá o carrapato transmitir a lepra? *Mem. Inst. Oswaldo Cruz,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 577-584, 1941. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02761941000400002 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761941000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 maio 2021.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: A "Colonia de Itanhenga" – Leprosário modelo. *Memória Instituto Oswaldo Cruz,* v. 32, n. 4, p. 551-605, 1937.

Fontes orais

ALICE. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 22 mar. 2016.

BAIANINHO. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 1 mar. 2016.

CÁCIA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

DÉBORA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

ESTER. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 23 ago. 2016.

GRAÇA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

ÍSIS. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 22 mar. 2016.

JOAQUIM. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 22 nov. 2016.

JOAZINHO. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 28 mar. 2017.

JOELMA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 26 abr. 2016.

JOELMA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

JOSEFA [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

JOSUÉ. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 1 mar. 2016.

JOVELINA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 23 nov. 2016.

JÚLIO. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 23 fev. 2016.

JUVENAL. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

LINDOSO. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 23 nov. 2016.

LUIZA. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 22 mar. 2016.

RAQUEL. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 23 mar. 2016.

SOLANGE. [Entrevista cedida a] Sebastião Pimentel Franco. 5 abr. 2016.

Referências

BLEY, J. P. Discurso. Pronunciamento ontem, em Cachoeiro do Itapemirim pelo Exmo. Sr. Interventor Federal no banquete que lhe ofereceram seus amigos daquele município. *Diário da Manhã,* n. 2769, 4 ago. 1934. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/572748/40290. Acesso em: 7 maio 2021.

CABRAL, D. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CARVALHO, K. A. *Colônia Santa Izabel:* a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960). 2012. 245 f. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

CONRAD, L. I. *et al. Histoire de la lute contre le malade:* la tradiotion médicale occidentale à la fin du siècle des lumiéres. Cambridge: Cambridge Press, 1999.

COSTA, D. A. C. *Entre ideias e ações:* lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). 2007. Tese (Doutorado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

CUNHA, V. S. *O isolamento compulsório em questão:* políticas de combate à lepra no Brasil (1920 – 1941). 2005. 142 f. Dissertação

(Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CURI, L. M. *"Defender os sãos e consolar os lázaros":* lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976. 2002. 231 f. Dissertação (Mestrado em História), Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

DEMURGER, A. *La croisade au Moyen Age*. Paris: Nathan, 1998.

ELIAS, N. *A sociedade de Corte*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ELIAS, N. *O processo civilizador I*. Tradução de Ruy Jungman. 2. ed. Revisão e apresentação de Renato Janine Ribeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994. V. 1.

FRANCO, S. P.; SILVA, S. S. A. Lepra: uma "breve" história da doença. *In*: MONTEIRO, Y. N. *História da hanseníase no Brasil:* silêncios e segregação. São Paulo: LEER-USO; Fundação Paulista Contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 21-48.

FRANCO, S. P.; SILVA, S. S. A. Os depoimentos e o cotidiano da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo: apontamentos iniciais. *In*: MAGALHÃES, S. M.; SILVA, L. F.; MACIEL, R. M. T. (Org.). *História de doenças:* conhecimentos e práticas. São Paulo: Alameda, 2017. p. 313-348.

FRANÇOIS, E. A fecundidade da história oral. *In*: FERREIRA, M. M.; AMADO, Janaína (Coord.). *Usos e abusos da história oral*. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 3-13.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

HOCHMAN, G. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

LE GOFF, J. *A civilização do Ocidente Medieval*. São Paulo: EDUSC, 2005.

MACIEL, L. R. *"Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade:* uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil" (1941-1962). 2007. 380 f. Tese (Doutorado em História Social), Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

MONTEIRO, Y. N. *Da maldição divina à exclusão social:* um estudo da hanseníase em São Paulo. 1995. Tese (Doutorado em História), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

NERIS, C. S. C. *Estigma e isolamento social:* lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

PORTELLI, A. *História oral como arte da escuta*. Tradução de Ricardo Santiago. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

REVEL, J. Microanálise e construção do social. *In*: REVEL, J. (Org.). *Jogos de escalas:* a experiência da microanálise. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 15-38.

RICOEUR, P. *A memória, a história, o esquecimento*. Porto Alegre/RS, 2007.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos de População,* São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, 2008. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982008000100010.

SANTOS, V. S. M. *Entidades filantrópicas & políticas públicas no combate à lepra:* ministério Gustavo Capanema (1934-1945). 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, V. S. M. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 253-274, dez. 2011.

SCLIAR, M. *Lepra:* a maldição divina. 2019. Disponível em https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/reportagem/lepra-a-maldicao-divina.phtml. Acesso em: 03. maio 2021.

THOMPSON, P. *A voz do passado:* história oral. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

CAPÍTULO XII

Primeira epidemia de calazar reconhecida nas Américas

Ceará, anos 1950

Jaime Larry Benchimol

A palavra calazar tornou-se de uso corrente na língua portuguesa a partir dos anos 1950. Deriva da junção de dois termos que os dicionários associam ao hindi, assamês, urdu e/ou persa – *kálá e ázár* –, que significam, respectivamente, preto e doença, por ser o escurecimento da pele um de seus sinais característicos no subcontinente indiano. Lá foi produzida, em 1827, por William Twining, cirurgião de Calcutá, a primeira descrição clínica da doença. A maioria dos autores viria a considerá-la uma forma grave de malária (LAVERAN, 1917, p. 1).

Os registros sobre o *kala-azar,* doença que afeta os órgãos internos, principalmente baço e fígado, multiplicaram-se a partir de meados do século XIX, à medida que epidemias muito letais despovoavam várias aldeias daquela colônia britânica. O *kala-azar* passou a integrar o complexo das leishmanioses, como leishmaniose visceral, no começo do século XX, ao mesmo tempo que doenças dermatológicas conhecidas em várias partes do mundo por nomes alusivos sobretudo aos lugares onde eram adquiridas: mal de Aleppo, botão de Biskra, botão da

Bahia etc. Nos anos 1870, foi proposta a expressão "botão do Oriente" para facilitar as pesquisas médicas sobre sua natureza.[1]

Até o começo do século XX, nada indicava que houvesse qualquer relação entre a doença dermatológica e o calazar. Vejamos como se deu o entrelaçamento.

David Douglas Cunningham descreveu, em 1885, um microrganismo peculiar nas úlceras conhecidas como *Delhi boil*, quando servia no Indian Medical Service, em Calcutá. Em 1891, Robert Hammil Firth corroborou as observações de Cunningham (FIRTH, 1891, p. 60-62). Examinara este cirurgião britânico grande número de soldados que retornavam com feridas cutâneas do território do atual Paquistão. Sugeriu Firth o nome *Sporozoa furunculos*a para o causador da doença, e, como Cunningham, associou-a ao consumo de águas estagnadas ou poluídas (FIRTH, 1891, p. 61).[2] Em 1898, o médico russo Peter Fokich Borovsky, no Turquestão, publicou minuciosa descrição do agente da "úlcera de Sart" que classificava como protozoário.[3] Muitos tomam como marco nessa virada no entendimento da etiologia do botão do Oriente o trabalho publicado em 1903 por James Homer Wright, patologista do Hospital Geral de Massachusetts, em Boston, nos Estados Unidos, onde atendeu uma menina armênia que havia contraído a moléstia ainda em sua terra natal. Na lesão dessa menina, Wright encontrou um protozoário

1 A esse respeito, ver Jogas Junior (2017, p. 1051-1070) e Benchimol e Jogas Junior (2020).

2 O filo Sporozoa engloba protozoários que não possuem estruturas locomotoras, com ciclos de vida complexos envolvendo estágios em forma de esporos. Um dos mais conhecidos representantes dos esporozoários é o *Plasmodium*, causador de malária no homem.

3 Escrito em russo, seu trabalho permaneceu por bom tempo desconhecido até o protozoologista Cecil Arthur Hoare (1938, p. 67-92) traduzi-lo para o inglês. Para Hoare, cabia ao médico russo a prioridade na descoberta do parasita que viria a ser classificado como *Leishmania*.

que denominou Helcosoma tropicum (WRIGHT, 1903, p. 472-482; WRIGHT, 1904, p. 1-9; WRIGHT, 1904, p. 114-115).

Enquanto isso, as autoridades britânicas, que assumiram formalmente o controle do território indiano em 1858, demonstravam crescente preocupação com as epidemias de febres muito letais, resistentes à quinina, que grassavam, sobretudo, entre os cultivadores de chá na província de Assam e entre os trabalhadores rurais de Bengala, no leste e sul da Índia, respectivamente. De 1891 a 1901, o *kala-azar* matou mais de 30% de sua população (GIBSON, 1983, p. 208).[4] Com sintomas semelhantes aos da malária, caracterizava-se por constantes ataques de febres, aumento do baço, emagrecimento, anemia e escurecimento da pele, sendo este, como vimos, o sinal que dava nome ao mal.

No Royal Victoria Hospital, em Netley, Inglaterra, o major William Boog Leishman tratava de militares que haviam prestado serviços na Índia e que eram repatriados por motivos de saúde. Um soldado que havia servido em Dum-Dum, cidade onde o calazar era endêmico, deu entrada no hospital em 1900 e logo faleceu. Ao autopsiá-lo, Leishman encontrou um parasita desconhecido nos esfregaços feitos com material extraído de seu baço, muito dilatado. Concluiu que a febre de Dum-Dum era causada por um protozoário do gênero *Trypanosoma* em cujo âmbito estava o agente etiológico da doença do sono, o flagelo que representava então, com a malária, o principal obstáculo à colonização da África. Outro protozoário do mesmo gênero seria relacionado em 1909 à tripanossomíase americana, a doença de Chagas.

Leishman (1903, p. 1252-1254) divulgou seus resultados no *British Medical Journal*. Depois de ler o artigo, o capitão-cirurgião Charles Donovan (1903, p. 79), do Indian Medical Service, comunicou ao mesmo periódico ter visto aqueles parasitas em baços

4 Sobre o calazar na Índia ver também Dutta (2009, p. 93-112; 2016, p. 72-76).

aumentados de três pacientes indianos autopsiados por ele. Em 12 de junho de 1903, para obter uma amostra em vida, puncionara o baço de um menino de 12 anos que apresentava febre e aumento notável daquele órgão, sem ter o parasita da malária no sangue. Encontrou corpos idênticos a aqueles descritos por Leishman (GIBSON, 1983, p. 210). Ronald Ross (1903, p. 1261-1262) julgou que se tratava de um novo gênero de protozoário, que denominou *Leishmania*, alojando aí o agente do calazar, *Leishmania donovani*.

Vários nomes foram propostos para o agente causal da doença cutânea, mas prevaleceu aquele dado em 1906 por Max Lühe: *Leishmania tropica*.[5] Cristalizou-se então o grupo de doenças denominado "leishmaniose", termo tão problemático quando usado no singular, pois desafiava o princípio da especificidade etiológica, tão caro à medicina pasteuriana, isto é, a ideia de que a cada doença infecciosa correspondia um microrganismo único e claramente discernível. Tal anomalia é um aspecto essencial do processo subsequente de produção de conhecimentos sobre esse grupo nosológico, que foi se tornando cada vez complexo e diversificado com o passar do tempo. Como microrganismos indiferenciáveis, *com os recursos técnicos então disponíveis*, produziam no hospedeiro humano doenças com características e cursos tão diferentes?

As leishmanioses no Novo Mundo

A partir de 1909, latino-americanos passaram a ter participação importante na rede internacional da medicina tropical com seus trabalhos sobre as singulares manifestações na pele e, também, nas mucosas da doença que, na América Latina, apresentava outra

5 Lühe propôs essa alteração em capítulo sobre protozoários no mais importante tratado de medicina tropical da Alemanha, o *Handbuch* der *Tropenkrankheiten*, editado por Carl Mense (1906, p. 202-205): a parte em que trata das *Leishmania* encontra-se no terceiro volume.

particularidade: era adquirida somente em zonas florestais e não em centros urbanos, como no Velho Mundo. A consagração na década de 1930 do conceito de Leishmaniose Tegumentar Americana indica a projeção conquistada pelos latino-americanos, mas no tocante à leishmaniose visceral a singularidade das Américas parecia residir na ausência dessa forma da doença. Um diagnóstico foi feito pelo médico paraguaio Luis Enrique Migone (1913, p. 118-120) num indivíduo que havia trabalhado na construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. Essa ferrovia, quatro anos antes, fora palco de um surto de "úlcera de Bauru", então reconhecida – pela primeira vez no continente – como leishmaniose cutânea e mucocutânea autóctone.[6] Posteriormente, dois casos foram diagnosticados na Argentina, mas chamaram pouca atenção. Mais tarde, seriam recuperados dois casos suspeitos diagnosticados em 1923 em Recife pelo pediatra Armando Tavares (1935, p. 15-21), que alguns autores consideram o autor da primeira referência à provável presença da leishmaniose visceral no Brasil (PARAHYM, 1961, p. 263). Esses casos foram vistos como eventos isolados, aventando-se inclusive a hipótese de visceralização da doença dermatológica.

Em contraste com centenas de casos de leishmaniose cutânea e mucocutânea, a visceral parecia ser quase inexistente no continente americano. Ela irrompeu como problema de saúde pública somente em 1934. O Serviço de Febre Amarela acabara de criar um laboratório para analisar fragmentos de fígado que centenas de postos de viscerotomia espalhados pelo Brasil retiravam de pessoas falecidas

6 Os trabalhos de Antonio Carini e Ulysses Paranhos (1909, p. 111-116; 1909, p. 255-257), respectivamente diretor e assistente de pesquisa do Instituto Pasteur de São Paulo; e de Adolpho Carlos Lindemberg (1909, p. 116-120; 1909, p. 252-254), responsável pela Seção de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia e pesquisador do Instituto Bacteriológico de São Paulo, são analisados em detalhes em Jogas Junior (2017, p. 1051-1070) e em Benchimol e Jogas Junior (2020).

de febres suspeitas.[7] Em lâminas negativas para febre amarela, Henrique Penna (17 nov. 1934, p. 949-52) identificou *Leishmania*, e assim 41 óbitos foram subitamente relacionados à leishmaniose visceral. A distribuição era: Ceará (15), Bahia (9), Sergipe (5), Alagoas (4), Piauí (3), Pará (3), Pernambuco (1) e Rio Grande do Norte (1). Segundo Penna, esses casos eram a ponta de um iceberg, porque as viscerotomias, feitas em vítimas de febres com até dez dias de duração, tinham por finalidade o diagnóstico retrospectivo de uma doença com progressão mais rápida que o calazar. Portanto, deviam escapar muitos casos desta enfermidade que evoluía mais lentamente no organismo humano.

Carlos Chagas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz, incumbiu seu filho, Evandro Chagas, diretor do hospital que havia na instituição, de investigar o novo problema médico. Chagas (pai) faleceu dias depois (8 nov. 1934), e só em fevereiro de 1936 Evandro pôde viajar para o Nordeste. Munido das fichas dos casos diagnosticados *post-mortem*, logo deparou com o primeiro paciente diagnosticado em vida, em Aracaju. O cientista fez detalhado estudo clínico desse rapaz "pardo" de 16 anos de idade que estava doente havia cerca de ano e meio (CHAGAS, 1936, p. 221-222). Evandro Chagas puncionou o baço de L. F. [Luiz Ferreira] e no sangue e tecido assim extraídos encontrou *Leishmania*. Os demais moradores da casa foram submetidos ao mesmo procedimento invasivo e doloroso. Consta que o médico ofereceu cinquenta mil réis à família para que L. F. fosse levado para o Hospital do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, para ser estudado e tratado.[8]

7 Tal diagnóstico retrospectivo passou a ser usado num momento crítico da campanha contra a febre amarela, em que ideias estabelecidas na virada do século XIX para o XX davam lugar a novo paradigma e a novas formas de ação. A esse respeito ver Benchimol (2011).

8 Lê-se em Deane (1994, p. 155): "ele comprou esse rapaz da família: pagou cinquenta mil-réis e eles permitiram que o rapaz fosse trazido para o Rio". Contudo,

Na nota publicada logo a seguir, apresentou a leishmaniose visceral do Brasil como possivelmente diferente daquela observada no Velho Mundo, não obstante fosse impossível diferenciar a *Leishmania* encontrada por ele, a *L. donovani*, agente do calazar na Índia e em outras partes da Ásia, e a *L. infantum,* o parasita incriminado por Charles Nicolle em 1908 como o causador da leishmaniose visceral infantil na região mediterrânea.

À frente de uma Comissão Encarregada do Estudo da Leishmaniose Visceral (CEELVA) Americana, Evandro Chagas visitou outros lugares no Nordeste, mas logo deslocou sua investigação para o Pará.[9] Faria grandes esforços para demonstrar a teoria quase apriorística da autoctonia da "leishmaniose visceral americana". Procurou repetir o feito dos que haviam logrado estabelecer o conceito da Leishmaniose Tegumentar Americana e também o do pai, o descobridor da afamada tripanossomíase americana. Certamente foi influenciado pela ebulição científica provocada pela descoberta da febre amarela silvestre.

Segundo Evandro Chagas e seus colaboradores, a leishmaniose visceral americana ocorria em indivíduos de diferentes idades (especialmente aqueles casos diagnosticados postumamente por meio de viscerotomias), ao passo que a do Mediterrâneo incidia

não encontramos entre os prontuários do Hospital do Instituto Oswaldo Cruz qualquer vestígio da internação do sergipano. Ver a esse respeito Santos (2019).

9 Da Comissão faziam parte três pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz – Aristides Marques da Cunha, Gustavo de Oliveira Castro, Leoberto de Castro Ferreira – e o argentino Cecílio Romaña. Evandro Chagas teve o apoio financeiro do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Rockefeller e de um empresário brasileiro, Guilherme Guinle. A relação com esses patrocinadores é analisada por Barreto (2012). Em Belém do Pará, outros personagens foram incorporados à equipe de Evandro Chagas: a enfermeira inglesa Agnes Stewart Waddel, que viria a se tornar sua segunda esposa; os paraenses Leônidas e Gladstone Deane, Felipe Nery Guimarães, Maria von Paumgartten, que viria a se casar com Leônidas Deane, e o jovem Reinaldo Mauricio Gobert Damasceno, descoberto por Evandro Chagas no Grande Hotel, ainda adolescente, a vender insetos para turistas.

preferencialmente em crianças. A doença americana ocorria exclusivamente em áreas rurais em estreito contato com matas, diferentemente do calazar, que se manifestava sob a forma de intensas epidemias urbanas na Índia. Cães eram os principais reservatórios do agente da leishmaniose visceral mediterrânea, mas não podiam desempenhar igual papel em doença tão esparsa quanto a americana. Só animais silvestres atuando como reservatórios primários podiam explicar o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral americana.

Ao incriminar uma nova espécie, *Leishmania chagasi*, como seu agente causal, Evandro Chagas seguia o exemplo de Gaspar de Oliveira Vianna (1911, p. 411), patologista do Instituto Oswaldo Cruz que havia descrito a *Leishmania braziliensis*, uma das muitas soluções aventadas para dar sentido às singularidades da leishmaniose tegumentar nas Américas. É preciso lembrar a projeção adquirida por Gaspar Vianna em virtude da descoberta, em 1912, de que o tártaro emético, um antimonial trivalente, era eficaz no tratamento das leishmanioses, apesar de sua toxidez. O medicamento logo foi adotado em vários países e colônias e teve grande impacto nos índices de mortalidade do calazar na Índia.[10]

A teoria de Evandro Chagas sobre a leishmaniose visceral americana deve-se em larga medida ao fato de ter concentrado suas pesquisas na Amazônia, onde esta modalidade da doença teve expressão menor até os anos 1980 em comparação com a leishmaniose cutânea e mucocutânea, intensa desde o começo da economia extrativista da borracha. E a escolha da Amazônia pode ser atribuída ao fato de somente lá terem sido bem-sucedidas as articulações políticas de Evandro Chagas que resultaram na criação, em Belém, do Instituto de Patologia do Norte (Ipen) para abrigar seus estudos.[11]

10 A esse respeito ver o quarto capítulo da tese de doutorado de Jogas Junior (2019, p. 145-175): "Caminhos para o tratamento: os compostos antimoniais e a terapêutica da leishmaniose tegumentar americana".

11 Sobre essa questão ver Deane (1986), Barreto (2012), Gualandi (2013) e Benchimol e Jogas Junior (2020). A partir dos anos 1980, a leishmaniose visceral no Pará "assumiu um perfil novo, reaparecendo com maior frequência nos focos rurais e

Em meados de 1938, ele voltou a atuar no Nordeste, mas teve de se dedicar à gravíssima epidemia de malária que grassava lá em decorrência da importação de um perigoso vetor africano, o *Anopheles gambiae* (ANAYA, 2020; SOPER; WILSON, 2011; BARRETO, 2012).

Em 8 de novembro de 1940, aos 35 anos, Evandro Chagas morreu em um desastre de avião na baía de Guanabara. O instituto criado em Belém recebeu seu nome, mas desaceleraram as investigações sobre a leishmaniose visceral, o que contrasta com o número muito expressivo de trabalhos a respeito da leishmaniose cutânea e mucocutânea, sobretudo depois que teve início, em 1939, o primeiro grande inquérito epidemiológico sobre essa doença no interior de São Paulo por iniciativa foi de Samuel Barnsley Pessôa, chefe do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Com seu assistente Mauro Pereira Barretto, publicaria em 1948 *Leishmaniose tegumentar americana*, ainda hoje obra de referência sobre o assunto.

Leishmanioses e outras endemias no Nordeste

Naqueles anos, o nacionalismo desenvolvimentista era abraçado por muitos professores e investigadores nas escolas médicas tradicionais ou naquelas que eram criadas em diversas partes do Brasil, assim como pelos sanitaristas que encontravam promissoras perspectivas profissionais nos serviços e órgãos de saúde criados nos planos federal, estadual e municipal após a revolução de 1930.

---

em zonas suburbanas e urbanas de cidades de médio porte, como Santarém [...]. Nas duas últimas décadas, o processo de expansão intensificou-se face aos fatores ambiental (desflorestamento), socioeconômico e à ocupação desordenada na periferia das cidades, onde a presença do vetor (*Lutzomyia longipalpis*) no peridomicílio humano, e do cão doméstico altamente suscetível à infecção, facilitaram sua disseminação. Hoje, a leishmaniose visceral americana (LVA) já alcança a Região Metropolitana de Belém (ilha de Cotijuba)" (SILVEIRA *et al.*, 2016, p. 15).

O 2º Congresso Médico do Nordeste Brasileiro, em 1953, e o tema colocado em discussão – endemias rurais – revelam a densidade que vinha adquirindo o campo médico na região, com crescente volume de estudos sobre as doenças aí prevalentes feitos por médicos locais em colaboração cada vez mais frequente com investigadores de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. O ensino médico era outro tema em pauta no Congresso justamente por estar em curso "em todo o país um movimento renovador das antigas faculdades e a fundação de muitas escolas médicas" (ANAIS DO 2º CONGRESSO MÉDICO DO NORDESTE, 1953, p. xi). Zeferino Vaz, reitor daquela recém-criada em Ribeirão Preto, São Paulo, foi convidado a falar sobre o assunto.

> A leishmaniose, quer a tegumentar, quer a visceral, constitui um problema de relevância para o Nordeste, se bem que não seja pelo elevado número de casos, mas pelas consequências danosas para a produção de vez que se trata de moléstias rurais" – declarou Joaquim Eduardo Alencar, o médico incumbido de apresentar o relatório sobre as "Endemias do Nordeste Brasileiro",

justo quando despontavam os primeiros sinais da epidemia de leishmaniose visceral que ia ganhar magnitude inesperada no Ceará.

Alencar foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina desse estado, em 1948, e aí lecionava parasitologia. Mantida por médicos e outros integrantes da elite local, através do Instituto de Ensino Médico, a Faculdade passou a fazer parte da Universidade Federal do Ceará (UFC) quando esta foi criada em 1954.

Para Alencar, as semelhanças de clima, meio biológico e condições sociais e econômicas em grande parte do Nordeste condicionavam "hábitos higiênicos iguais [...] os mesmos vícios e as mesmas doenças" (ANAIS DO 2º CONGRESSO MÉDICO DO NORDESTE, 1953, p. 3). Em seu relatório, dava ênfase às helmintoses, à amebíase, à bouba, ao tracoma, à doença de Chagas e à leishmaniose. Eram quase todas

mal conhecidas ainda, objetos de trabalhos esparsos, com poucos dados sobre poucos lugares. A exceção eram as helmintoses, por terem sido objeto de vasto inquérito epidemiológico que revelou quadro alarmante sobre sua prevalência em todos os estados nordestinos, sobretudo a esquistossomose, que vinha sendo rastreada também por meio dos exames histopatológicos feitos em amostras de fígado colhidas pelos postos de viscerotomia do Serviço Nacional de Febre Amarela. O Inquérito Helmintológico Escolar iniciado em 1947 e parcialmente concluído em 1950 sob a coordenação de Amilcar Barca Pellon, diretor da Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Educação e Saúde, e Isnard Teixeira, sanitarista do mesmo órgão (PELLON; TEIXEIRA, 1950), identificara em 11 estados, a maioria no Nordeste, 44.478 escolares com esquistossomose. Os autores do inquérito estimaram em 2,6 milhões o número total de casos nos estados pesquisados. Foram positivos para ancilostomíase 42,5% dos exames, estimando Pellon e Teixeira que o número de casos pudesse chegar a 22.300.000. Em 1953, estudaram outros cinco estados das regiões Leste, Sul e Centro-Oeste. Os dados dos dois estudos – "a maior investigação desta natureza realizada no mundo", abrangendo 615.000 escolares – indicavam prevalência média da esquistossomose de 7,26% para os 16 estados pesquisados, e de 46,1% para a ancilostomíase.[12]

Muito menos conhecida, a amebíase atingia principalmente os trabalhadores agrícolas das áreas de cultivo da cana-de-açúcar. A distribuição geográfica da bouba no Nordeste vinha sendo mapeada pelas campanhas de combate à doença iniciadas há pouco pela

12 O superlativo entre aspas provém de A Pedido... (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 24 jan. 1954, p. 2). Os resultados do IHE encontram-se em Pellon e Teixeira (1950; 1953). Em 1969, lê-se em Rey (2001, p. 64), os 2,5 milhões de exames feitos pela rede de laboratórios do DNERu em todo o território nacional não encontraram mais que 28,8% de parasitados. Para Rey, os números prováveis de casos de ancilostomíase seriam muito maiores.

Divisão de Organização Sanitária. Entre as 235.770 pessoas examinadas entre 1945 e 1950, havia 19.062 com a doença (8,3%). O tracoma teria sido levado para o Ceará por ciganos, em fins do século XVIII, difundindo-se para os estados vizinhos pelos movimentos migratórios motivados tanto pelas secas como pelas peregrinações à Meca cearense, a cidade de Juazeiro. Incidência elevada vinha sendo detectada por sucessivas investigações, desde aquela feita por Moura Brasil em 1876, quando identificara 80% da população do Cariri com tracoma, até o inquérito de Pio Sampaio em escolas da região em fins dos anos 1940, que dera 83% de incidência (ANAIS DO 2º CONGRESSO MÉDICO DO NORDESTE, 1953, p. 33).

As informações sobre a Doença de Chagas no Nordeste eram ainda fragmentárias e incompletas na avaliação do autor do sub-relatório sobre esta questão, o paraibano Severino Bezerra de Carvalho. Somente nos anos 1940 despertara o interesse dos médicos nordestinos. O total de casos humanos comprovados até 1953 remontava a 90 (30 no Ceará, 37 na Paraíba e 23 em Pernambuco), quase todos na fase crônica. Eram poucos os casos agudos porque somente os clínicos dos grandes centros urbanos começavam a se interessar por aquele mal. Para surpreender pacientes em período agudo era necessário "despertar a atenção do médico rural, sobretudo dos pediatras" (ANAIS DO 2º CONGRESSO MÉDICO DO NORDESTE, 1953, p. 54).[13]

Quanto às leishmanioses, a tegumentar era mais bem documentada. Desde a década de 1910, vinha sendo encontrada em diferentes pontos do território brasileiro em canteiros de obras de ferrovias, em frentes de expansão agrícola e sobretudo por dermatologistas e otorrinolaringologistas que atendiam em hospitais das cidades pacientes vindos de zonas rurais, em geral em estado adiantado da doença. Abundantes descrições clínicas ou parasitológicas foram

13 A maior parte dos trabalhos citados pelo médico paraibano dizia respeito à coleta e classificação de triatomíneos e à identificação de barbeiros infectados em diversas localidades do Nordeste.

coligidas por Samuel Barnsley Pessôa e Mauro Pereira Barretto em *Leishmaniose Tegumentar Americana* (1948). Em *Problemas Brasileiros de Higiene Rural* (1949), Pessôa tratara da distribuição da doença no Nordeste. Esses dois livros eram as principais fontes disponíveis sobre a leishmaniose na região. O problema há décadas identificado no Sudeste por médicos que lá examinavam pacientes oriundos do Nordeste ganhou mais consistência quando estatísticas produzidas pelo Departamento Estadual de Saúde do Ceará indicaram 257 casos de leishmaniose tegumentar no estado entre 1949 e 1953, com maior incidência nos municípios de Pacoti e Maranguape, na Serra de Baturité.[14] Em Palmácia ocorreu um surto em 1948. Somando-se os casos diagnosticados nos postos de higiene estaduais àqueles identificados nos de profilaxia da Divisão de Organização Sanitária (na Serra de Baturité) obtinham-se 678 casos no interior do estado. E outros cinco foram descritos em Fortaleza por Walter de Moura Cantídio (1950, p. 61-64), professor de dermatologia da Faculdade de Medicina do Ceará. Ele havia constatado afluência crescente de pacientes à Santa Casa, à Policlínica Geral, ao Centro de Saúde e a sua clínica particular na capital cearense, a maioria provenientes das zonas serranas. Um surto em Pacoti, com ramificações para os municípios de Baturité, Rendenção e Maranguape, provocara "alarme dos habitantes dessas regiões" – escreveu Cantídio – "e [...] a imprensa e o rádio repetidamente se referiram [...] à 'epidemia de doença exótica', 'doença nova' e até à 'peste bubônica', porque a maioria das formas de leishmaniose que surgiam eram linfagíticas".[15] O professor de dermatologia deu entrevistas à imprensa, fez palestras radiofônicas e procurou sensibilizar deputados da

14 Ver os Anais do 2º congresso Médico do Nordeste (1953, quadro 12, p. 29; quadro 13, p. 32).

15 Essa forma de leishmaniose, pouco frequente e passível de ser confundida com outras patologias, como a esporotricose, fora analisada por Artom, Lacaz e Forattini (1946, p. 313-316). O artigo não é citado por Moura Cantídio.

Assembleia Legislativa Estadual, mas as medidas profiláticas sugeridas por ele não foram adotadas, "e a nosso ver a endemia vai se alastrando, podendo-se provavelmente assegurar que o ataque surdo e progressivo, que vem sofrendo o município de Fortaleza, é já uma das suas consequências" (CANTÍDIO, 1950, p. 63).[16]

Panorama epidemiológico da leishmaniose visceral

Em gritante contraste com esse cenário, os casos de leishmaniose visceral assinalados na literatura médica brasileira eram poucos, e assim se mantinha de pé a noção estabelecida por Evandro Chagas e seus colaboradores de que era doença rara e esporádica. Em quatro décadas, desde o diagnóstico feito por Migone Mieres (1913, p. 118-120), 34 casos tinham sido reconhecidos em pacientes vivos no país, a maior parte no Pará, Bahia e Ceará (67,64%).[17] As pesquisas de Henrique Penna e Madureira Pará, patologistas do Serviço de Febre Amarela, identificaram 332 casos *post-mortem* no período de 1932 a 1957.[18]

16 *Ceará Médico* só voltaria a tratar do assunto com o artigo de Meton Barreto Morais (1953, p. 11-13) sobre a terapêutica da leishmaniose tegumentar. Os casos diagnosticados por ele em Campos Sales provinham de São Paulo, "contraídos por nossos patrícios que lá vão tentar a vida". Lamentava também o autor que no Ceará a leishmaniose tegumentar estivesse "estabelecida e agravada por rápido e inquietante alastramento".

17 Deane e Deane (1955, p. 95-114 [95]) fornecem as referências sobre autores que haviam descrito casos de leishmaniose visceral humana no Brasil no período 1936 a 1951.

18 Deane e Deane (1955, p. 95-114). Alencar (1959, p. 19-44 [22]) menciona 314 diagnósticos *post-mortem* de 1934 até 1950. Deane e Deane (*op. cit.*) informam 270 diagnósticos *post-mortem* de 1934 até 1947, baseando-se em: Madureira Pará, dados em fichas dos casos diagnosticados por viscerotomia e fornecidos ao Dr. O. Mangabeira Filho, 1947. Alencar baseava-se em Penna (1934, p. 949-952) e Pará. Este havia publicado seus dados: Pará (maio/jun. 1955, n. p.). De acordo com Sousa (2009, p. 185), os casos diagnosticados por viscerotomia no Ceará até abril de 1941 somavam 74.

No começo dos anos 1940, 12 doentes foram encontrados em vida em Pernambuco e no Ceará por duas equipes do Serviço de Estudos das Grandes Endemias, criado também por Evandro Chagas. O trabalho da primeira sobre a doença de Chagas e a leishmaniose visceral no vale do Cariri era assinado por Antônio Francisco Rodrigues de Albuquerque, sanitarista da Delegacia Federal de Saúde em Fortaleza; Raimundo Siebra de Brito, clínico do Crato; e Manoel Odorico de Moraes, diretor de leprosários no Ceará e autor de vários trabalhos publicados em *Ceará Médico* (GARCIA, 2016). Albuquerque, Brito e Moraes (janeiro de 1942, p. 61-69) descreveram cinco casos de leishmaniose visceral, três no Ceará e dois em Pernambuco. Na Bahia, no ramal da Estrada de Ferro Leste Brasileiro, que ligava Bonfim a Mundo Novo, outros casos *post-mortem* tinham sido assinalados por viscerotomias, sobretudo no município de Jacobina. Aí houvera oito mortes entre 1932 e 1941. Estiveram em Jacobina Ruy Pondé, Octávio Mangabeira Filho e Geth Jansen (1942, p. 333-352), ex-integrantes da equipe de Evandro Chagas recém-contratados pelo Instituto Oswaldo Cruz. Na região estudada pelos três médicos cearenses e na Bahia encontraram mais seis casos de leishmaniose visceral. A ligação entre os dois empreendimentos fica evidente no fato de que o segundo tem como única referência bibliográfica o primeiro.[19]

O quadro epidemiológico da leishmaniose visceral no continente americano era igualmente incipiente. Até 1954, foram descritos apenas 35 casos. Os dados são de Joaquim Eduardo de Alencar (1959, p. 19-44) e de Leônidas Deane (1956, 1958, p. 431),[20] que se

19 Esses estudos são analisados em detalhes em Benchimol e Jogas Junior (2020).

20 Alencar (1959, p. 19-44) inventariou os dados sobre calazar no continente baseando-se em larga medida em literatura consultada também por Deane (1958, p. 431-444) e mesmo em trabalho deste (DEANE, 1956). Tanto o trabalho de Alencar como o de Deane (1958, p. 431-444) foram apresentados no VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e de Paludismo, em Lisboa (5 a 13 de setembro de 1958). Deane era assistente do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da USP.

Tabela 1. Casos de calazar verificados no Brasil por viscerotomia (1932-1957)

Estados	Anos						Totais
	1932-1935	1936-1940	1941-1945	1946-1950	1951-1955	1956-1957	
Pará	6	8	3	1	-	-	18
Maranhão	-	-	1	-	-	-	1
Piauí	2	-	9	2	-	-	13
Ceará	34	41	39	35	4	1	154
Rio Grande do Norte	1	3	4	2	-	-	10
Paraíba	-	-	2	-	-	-	2
Pernambuco	3	3	3	-	-	-	9
Alagoas	5	-	-	8	-	-	13
Sergipe	11	9	5	1	-	-	26
Bahia	15	8	30	16	11	-	80
Minas Gerais	-	-	1	-	-	1	2
Mato Grosso	-	-	2	1	-	-	3
Goiás	-	-	-	-	-	1	1
Totais	77	72	99	66	15	3	332

Fonte: quadro 2 de Alencar (1959, p. 22), baseado em Penna (1934, p. 949-952) e Pará (maio/jun. 1955, n. p.).

basearam em publicações a que tiveram acesso, porque não havia registros sistematizados em nenhum país americano, nem mesmo no Brasil.

Mas em 1953, no noroeste do Ceará, irrompeu uma epidemia, a primeira documentada nas Américas, que alteraria drasticamente as representações sobre a leishmaniose visceral. Em apenas cinco anos (1953 a 1957), o total de casos *in vivo* no país saltou de 34 para 1.832, 81,38% dos quais no Ceará. No continente americano, o total de casos de calazar saltou para 2.179 (1.840 em vida e 339 *post-mortem*), mas 98,43% desse total (2.145 casos) pertenciam ao Brasil, especialmente ao Nordeste (DEANE, 1958, p. 431-444).

A epidemia de calazar no Nordeste

Em Sobral, os primeiros casos foram diagnosticados por Thomaz Corrêa Aragão, médico cearense que fixara residência lá em meados dos anos 1930.[21] À época, possuía duas farmácias e dois médicos (um obstetra e um cirurgião), ambos ligados à Santa Casa de Misericórdia, fundada em 1925. Depois mudaram-se para Sobral dois outros médicos.[22]

21 Nascido em Ipu, em 16 de agosto de 1910, e falecido em Sobral, em 13 outubro de 1998, ingressou em 1929 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Graduou-se em dezembro de 1935 e permaneceu na capital federal até março do ano seguinte, a realizar um curso de aperfeiçoamento. Ao regressar ao Ceará, ficou poucos meses em sua cidade natal, transferindo-se em junho de 1936 para Sobral. Thomaz Corrêa Aragão receberia mais tarde a Medalha Cultural Gaspar Vianna, conferida pelo Ministério da Saúde em 1962 por ocasião do cinquentenário de descobrimento da cura das leishmanioses pelo patologista paraense do Instituto Oswaldo Cruz. Aragão foi também médico do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), de 1940 até 1962 (SOUSA, 2009, p. 184-187).

22 A Manoel Marinho de Andrade, obstetra, e Ossian Aguiar, cirurgião, vieram se juntar José Arimatéia Monte e Silva e Guarany Mont'Alverne, colegas de turma de Aragão (SOUSA, 2009, p. 184).

A produção de charque fizera desta cidade, conhecida como a "Princesa do Norte", um dos mais importantes núcleos urbanos do Ceará desde fins do século XVIII. Sobral é banhada pelo rio Acaraú, cujo vale é formado por "planícies e chapadões imensos, paisagem esta alterada apenas por serras e serrotas que se erguem aqui e ali e que dão excepcional fertilidade às terras que lhes ficam nas encostas" – lê-se em Uchôa (1954, p. 215).[23] Nas regiões serranas floresceu uma ativa agricultura policultora com estrutura de propriedade fundiária menos concentrada que a do sertão. A prosperidade de Sobral e outros núcleos urbanos deveu-se à criação e comércio do gado e de seus derivados, o couro e especialmente a carne de charque destinada ao consumo local e das regiões mineradoras de Goiás, Bahia e Minas Gerais. A demanda crescente das populações atraídas pela economia mineradora levou à disseminação da produção do charque na região sul do Brasil, que passou a primeiro plano quando uma grande seca nos anos 1790 destruiu os rebanhos bovinos do norte cearense.

Com a guerra de independência dos Estados Unidos (1775-1783), o algodão ganhou relevante papel na economia do Ceará, tornando-se Fortaleza sua principal cidade, não só por ser a sede da capitania separada da de Pernambuco em 1799, como por ser o destino dos produtos agrícolas cultivados no interior, inclusive a cana-de-açúcar, a base da economia no vale do Cariri, a espinha dorsal da zona sul do Ceará, para onde afluíam levas expressivas de escravos africanos.

Sede de bispado a partir de 1916, Sobral era considerada a capital do norte do Ceará (FONTENELE; FONTENELE, 1958, p. 211-212), tendo se firmado como centro comercial ligado à intermediação de produtos agrícolas da Serra da Meruoca e da Serra Grande. Sua prosperidade foi reforçada com a construção da estrada de ferro que

23 Waldery Uchôa deu início à publicação do *Anuário do Ceará* em 1952 e a "empresa" perdurou até 1963. Oliveira (2015, p. 90 e s.) faz boa análise desta importante fonte em sua tese de doutorado.

ligaria Sobral ao porto de Camocim. A ferrovia iniciou suas operações em dezembro de 1882, quando foi inaugurada a estação de Sobral. Em 1910, foi arrendada à South American Railway e, cinco anos depois, passou à administração federal com o nome de Rede de Viação Cearense. Em 1950, foram ligadas as estradas de ferro de Sobral e Baturité. Nesse mesmo ano, a Estrada de Ferro de Itapipoca alcançou Sobral.

Um dos centros abolicionistas do Ceará, a cidade foi palco em 1919 de importante evento científico, a Expedição Britânica do Eclipse Solar que lá confirmou a Teoria da Relatividade de Albert Einstein.

À época do surto de calazar, o município tinha 75.000 habitantes, e a cidade, cerca de 30.000, sendo a segunda do Ceará em população. A primeira era Juazeiro. No *Anuário* publicado por Uchôa (1954, p. 217), lê-se:

> É Sobral uma grande cidade, com bom comércio onde se notam boas firmas; casas bancárias, fábricas de tecidos, óleos vegetais, sabão, guaraná, vidros etc. É sede de uma vasta região à qual estão ligados vários municípios, donde advém ser o centro econômico e financeiro de maior expressão do interior do Estado.

No cerne da caatinga, era importante polo de atração para as populações rurais desalojadas pelo coronelismo e pelos efeitos dramáticos das secas que há séculos ocorriam periodicamente. O segundo governo de Getúlio Vargas (1951-1954) coincidiu com uma de grandes proporções que se prolongou de 1951 a 1953 (na Bahia, até 1956). Mais uma vez colocou em discussão a política federal em relação ao Nordeste. Ao mesmo tempo em que eram feitas graves críticas ao Departamento Nacional de Obras contra as Secas (DNOCS), tomava corpo a tese do desenvolvimento econômico em detrimento da solução hidráulica.[24] Os jornais cearenses deram grande desta-

24 A esse respeito ver Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (s. d.); Pompeu e Tassigny (2006).

que à criação do Banco do Nordeste do Brasil (BNB) em 1952, e da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene) em 1959, a reforçar o complexo de instituições que tinha por objetivo executar políticas de desenvolvimento na região, tendo em mira inclusive a fixação dos nordestinos que emigravam em massa, agora principalmente para os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, em franco crescimento industrial.

Os efeitos das secas são de várias ordens. Cai a níveis baixíssimos o volume d'água ou ela desaparece na maioria das lagoas, açudes, poços ou reservatórios e reduz-se consideravelmente a água armazenada no lençol freático. A terra sem umidade obriga o sertanejo a lançar mão de práticas agrárias ou de pastoreio muitas vezes agressivas ao solo, o que agrava a desertificação e a degradação ambiental das áreas atingidas pelas secas. Falta água para tudo quanto é necessário à vida, inclusive a produção de alimentos, e a população apela ao poder público, que responde com medidas paliativas, pouco ou nada eficazes. Homens, mulheres e crianças depauperados deslocam-se de uma localidade a outra em busca de socorro e de alternativas para a sobrevivência. Sua capacidade de resistir às doenças despenca, e a suas circunstâncias de vida nessas conjunturas de calamidade os expõem a infecções e agravos de toda ordem, inclusive a violência das oligarquias.

Esse quadro emoldura a primeira epidemia de leishmaniose visceral documentada nas Américas. Em matéria publicada em novembro de 1953 em *Imprensa Popular*,[25] Annibal Bonavides rela-

25 O diretor do periódico ligado ao PCB era Pedro Motta Lima. O paraibano Anibal Bonavides integrara em Fortaleza um grupo de estudantes progressistas de que fazia parte, entre outros, Celso Furtado. Formado pela Faculdade de Direito do Ceará, filiou-se ao Partido Comunista. Foi secretário, depois diretor de *O Democrata*, jornal fundado em Fortaleza. Com a legalização do PCB em outubro de 1945, teve início a campanha nacional de mobilização para arrecadar fundos para criar jornais nas principais cidades do país. Graças a esta campanha, denominada *Imprensa Popular*, em 1º de março de 1946 foi impressa a primeira edição

tou uma viagem de Fortaleza a Sobral através de estrada poeirenta, por uma paisagem de desolação, a revelar a "violenta crise que desabou sobre nosso Estado e que já envolve [...] todas as camadas do povo, desde o proletariado até setores da burguesia". Nas proximidades de Sobral, o jornalista deparou com o açude Forquilha, um oásis no deserto, mas não havia irrigação nas terras circunvizinhas: "Assim também acontece nos diversos açudes públicos do Estado, onde há irrigação [...] esta serve apenas a uma minoria de proprietários ou exclusivamente a pessoas do alto mundo governamental, para as quais é carreada a produção de frutas e legumes da bacia de irrigação" (BONNAVIDES, 4 nov. 1953, p. 4).

Os efeitos da seca, inclusive a desigual distribuição daquele bem precioso, a água, redundavam em aumento considerável da população de Sobral. "Centenas de famílias flageladas lutam por fixar-se nos arrabaldes sobralenses, à procura de um teto, de empregos e de um pouco de comida. [...] Alguns conseguem radicar-se, milhares, entretanto [...], aflitos e em andrajos, prosseguem viagem para outras cidades, andando a pé ou nos vagões de gado da R.V.C. Abandonados pelo governo, [...] lá se vão os nossos irmãos flagelados, à procura de salvação em paragens longínquas do Maranhão, da Amazônia, de São Paulo ou do Paraná. [...] Levam os filhos atacados de verminose, de calazar infantil. São legiões de párias, de rostos esqueléticos, cobertos de trapos, de pés no chão. São as vítimas deste regime brutal de exploração do homem pelo homem" (BONNAVIDES, 4 nov. 1953, p. 4).

---

de *O Democrata*, jornal diário dos comunistas, em velho linotipo instalado à Rua Senador Pompeu, 814, no centro de Fortaleza. Segundo Lima Neto (2006, p. 90), as 12 páginas eram produzidas artesanalmente pelo gráfico Leôncio Tabosa, por Stélio Lopes Mendonça (diretor), Annibal Bonavides (secretário de redação) e Elias Trindade (tesoureiro). Bonavides seria um dos deputados estaduais do Ceará cassados logo após o golpe civil-militar de março de 1964.

O desvelamento da doença que parecia rara

O doutor Thomaz Corrêa Aragão observou os primeiros casos de calazar em 1949, entre crianças que apresentavam, entre outros sintomas, "uma notável esplenomegalia" (ARAGÃO *apud* SOUSA, 2009, p. 185). O médico cearense custou a chegar ao diagnóstico de leishmaniose visceral. As primeiras observações feitas por ele diziam respeito a crianças oriundas da extensa faixa de terra no sopé da Serra da Ibiapaba, desde Granja a Crateús, que apresentavam baço dilatado, febre constante, fígado também aumentado, emagrecimento, constipação ou diarreia, gânglios crescidos e anemia. De início, Aragão pensou em impaludismo. Cogitou também em brucelose, esquistossomose ou numa febre do grupo tífico, muito frequente na região. O aumento notável do baço levou Aragão a supor que estivesse diante da misteriosa doença de Banti, síndrome recém-batizada em homenagem ao patologista italiano Guido Banti. Em janeiro de 1953, a filha do farmacêutico Ribeiro Ramos, Evangelina, quintanista de medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, passava férias em Sobral. Com a aquiescência de Aragão, examinou "Valmir, de cinco anos, filho de um agricultor residente na Serra do Rosário". Levou os dados colhidos a um de seus professores, na capital federal, que opinou por impaludismo (RAMOS, KALA-AZAR INFANTIL EM SOBRAL, CORREIO DA SEMANA, 17 jun. 1953, p. 4). Às voltas com essa incerteza, Aragão, sempre que possível, encaminhava pacientes para colegas em Fortaleza, mas voltavam sem diagnóstico. O clínico de Sobral acabou por fixar-se no "kala-azar infantil" (*ibidem*).

No começo de 1953, Pedro Braga, delegado Federal da Criança no Ceará, esteve em Sobral e soube do aumento no número de casos da moléstia. Por volta de maio, Braga visitou o Posto de Puericultura Dr. José Saboia e foi informado pela dirigente da instituição que mantinha o Posto, a Liga de Proteção às Crianças de Sobral,[26] que

26 Também referida como Liga de Proteção à Infância ou Liga Sobralense de Proteção e Assistência à Infância e à Maternidade.

uma menina atacada da moléstia fora operada na Santa Casa. Braga levou para Fortaleza o baço extraído dela para exame anatomopatológico e foi então confirmado em laboratório o diagnóstico de calazar. Em 4 de junho, Pedro Braga e Alísio Mamede, do Departamento Estadual da Criança, estiveram em Sobral para debater com seus profissionais de saúde as providências a tomar. A Liga de Proteção às Crianças assumiu a assistência aos pequenos enfermos, sob a orientação de Aragão, médico da entidade, e cinco crianças começaram a ser tratadas com amostras de Glucantime fornecidas pelo representante da Rhodia em Fortaleza (RAMOS, 17 jun. 1953, p. 4).

Na análise dessa crise sanitária é importante destacar as polias de transmissão que interligavam os médicos do interior àquelas estruturas verticalizadas em operação na área da saúde. O farmacêutico Ribeiro Ramos, que era colaborador do *Correio da Semana*, reproduziu na edição de 17 de junho de 1953 um telegrama enviado do Rio de Janeiro por outro sobralense, o já referido dr. Antonio Rodrigues Albuquerque: "Divisão Organização Sanitária vai mandar fazer inquérito sobre Kala-azar pt." (VEM AÍ UMA COMISSÃO, 17 jun. 1953). E, de fato, em 21 de junho, desembarcou lá a comissão formada por Amilcar Barca Pellon, Alísio Mamede, Humberto Cabral, delegado Federal de Saúde no Ceará, José Gouveia, da Delegacia Federal da Criança e José Borges Sales, que uma fonte identifica como integrante da Delegacia Federal de Saúde e outra, como chefe do Laboratório Central do Departamento Estadual de Saúde (ESTEVE, DOMINGO, EM SOBRAL..., 24 jun. 1953). Encontrei também referência à presença em Sobral de Walter de Moura Cantídio, então diretor deste Departamento (SOUSA, 2009, p. 186).[27]

27 Em outra fonte a indicação dos cargos é diferente: Borges Sales figura como integrante do Departamento Estadual de Saúde e Alisio Mamede, do Departamento Nacional da Criança. Teria viajado para Sobral também Pedro Braga, delegado federal do Departamento Nacional da Criança (ENDEMIA DE KALAZAR INFANTIL, 23 jun. 1953, p. 10).

Os membros da comissão examinaram doze crianças e retiraram delas materiais para exames laboratoriais e anatomopatológicos a serem feitos em Fortaleza (ESTEVE, DOMINGO, EM SOBRAL..., 24 jun. 1953).[28] Dom José Tupinambá da Frota, primeiro bispo de Sobral, doou dez mil cruzeiros à Liga de Proteção às Crianças para ajudar a custear o tratamento das vítimas da leishmaniose visceral (PRIMEIROS RESULTADOS DO INQUÉRITO, 1 jul. 1953). Na mesma edição, o *Correio da Semana* transcrevia telegrama de Humberto Cabral, avisando: "Dr. Borges Sales confirmou presença Leishmania dois casos punção externa, neste momento estou cabografando Departamento Organização Sanitária respeito gravidade situação de saúde" (PRIMEIROS RESULTADOS DO INQUÉRITO, 1 jul. 1953).

Os casos diagnosticados em Sobral somavam 22 em agosto de 1953,[29] e logo apareceram também em Ipu. Em meados de setembro eram já 47 as crianças internadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, vindas das serras da Ibiapaba e do Rosário, de Cariré, Ipu, Freixeirinha e Tianguá.[30]

O Serviço de Febre Amarela iniciou em Sobral a captura de flebótomos (CURA DE "KALAZAR INFANTIL", 15 ago. 1953), pequenos

28 Segundo outra fonte (SOUSA, 2009), Aragão reuniu no Posto de Puericultura onze crianças com diagnóstico de calazar. Em sete, Borges Sales fez um aspirado de medula óssea (mielograma), encontrando *Leishmania* no material colhido em seis crianças, todas tratadas com Glucantime, com bons resultados.

29 "A Delegacia Federal de Saúde tem remetido para o Posto de Puericultura da Liga de Maternidade e Infância de Sobral [...] grande quantidade de medicamentos" – lê-se em matéria do *Unitário*. O tratamento à base de antimônio dava excelentes resultados (CURA DE "KALAZAR INFANTIL", 15 ago. 1953).

30 Mais de 40 casos de "kala-azar" em Sobral (UNITÁRIO, 11 set. 1953, p. 1).; 47 crianças é a cifra dada na matéria publicada na primeira página do mesmo período sob o título "Ameaçado de fechar o ambulatório da Santa Casa" (25 set. 1953). O ambulatório da Santa Casa de Misericórdia de Sobral já não conseguia atender à demanda crescente com os recursos que recebia do governo estadual e assim era iminente seu fechamento, advertia manchete do *Unitário* (AMEAÇADO DE FECHAR O AMBULATÓRIO, 25 set.1953).

dípteros que podiam atravessar as malhas de mosquiteiros à prova de muriçocas e que eram conhecidos localmente como "tatuquiras", "biriguis", "mosquitos de palha" ou "asas de palha". Ao *Unitário*, o doutor Monte e Silva declarou: "Até agora apenas um caso de pessoa da própria cidade foi constatado. Mas dentro da Santa Casa nós encontramos um transmissor da moléstia e, se há transmissor na cidade, a concentração representa perigo" (AMEAÇADO DE FECHAR O AMBULATÓRIO, 25 set. 1953). Muitos moradores de Sobral clamavam pelo DDT, inseticida de ação residual que fora aplicado em 12.000 prédios de Fortaleza até julho de 1951 pelo Serviço Nacional de Malária (UCHÔA, 1954, p. 95-96). "Ao que parece," – lê-se em outra matéria publicada por essa época – "na transmissão do kala-azar para o homem servem como hospedeiros o *Phlebotomus*, o gato e o cão [...] assim será preciso fazer em toda a parte [...] uma desgatização e uma descanisação sistemáticas" (RAMOS, 13 jun. 1953, p. 3).

O farmacêutico de Viçosa do Ceará

Esse é o encadeamento inicial dos fatos que se depreende das fontes escritas, mas outros eventos e personagens tornam mais multifacetadas as origens da primeira epidemia americana documentada de leishmaniose visceral. Investigações epidemiológicas feitas então mostraram que passava despercebida há muito tempo.

"Os habitantes de Pé de Serra das Contendas e outras localidades vizinhas" – escreveram Leônidas e Maria Deane (1955, p. 95-114 [101]) – "referiram-nos uma epidemia que, por volta de 1935, teria dizimado quase toda a população de menos de 5 anos de idade. Depois a moléstia ter-se-ia tornado muito menos frequente para vir a recrudescer novamente nos dois últimos anos. As descrições dos sintomas e da evolução dessa moléstia não deixam dúvidas quanto à sua identidade com a leishmaniose visceral. [...] Os clínicos da região confirmaram as informações dos habitantes leigos: há muitos anos

vinham observando doentes provindos desses mesmos focos e de outros semelhantes, apresentando infecção de natureza então desconhecida e cujo diagnóstico só agora estão capacitados para fazer, retrospectivamente".

O Dr. Arimatéa Monte e Silva, diretor do Posto de Saúde de Sobral, confirma: teria mesmo havido centenas de mortes provocadas por uma moléstia que era tratada com os remédios dados habitualmente a verminoses ou a uma malária mal curada (AMEAÇADO DE FECHAR O AMBULATÓRIO DA SANTA CASA, UNITÁRIO, 25 set. 1953, p. 1).

Tudo indica que o reconhecimento da leishmaniose visceral é anterior aos diagnósticos feitos por Aragão e pelos médicos de Fortaleza e deveu-se a um farmacêutico de outro município do norte cearense: Felizardo de Pinho Pessoa Filho, que acaba de celebrar 103 anos de idade.[31] Nascido em Viçosa do Ceará em 26 de abril de 1918, era o primeiro dos oito filhos do casal Hilda Carvalho de Pinho Pessoa e Felizardo de Pinho Pessoa, major farmacêutico da Guarda Nacional. Este dirigia a firma Pinho & Irmãos, com negócios nas áreas da agricultura, pecuária, comércio e farmácia. A família exerceu forte influência na vida política de Viçosa, como mostram Benchimol e Jogas Junior (2020, p. 440-460; p. 549-555).

31 Entrevistas em 11 de fevereiro de 2019 e 11 de março de 2019 concedidas por Felizardo de Pinho Pessoa Filho a Ana Karine Martins Garcia, do Departamento de História da Universidade Federal do Ceará, e Germana Nayara Lopes Lima, historiadora também. Entrevistas em 3 de junho de 2019 e 2 de setembro de 2019 concedidas a Jaime Larry Benchimol, Ana Karine Martins Garcia e Rosângela Santos Gomes. Participei indiretamente da entrevista de 11 de março de 2019 fornecendo às minhas colegas do Ceará perguntas sobre a leishmaniose visceral. Os trechos citados no presente trabalho foram resultado de edição feita por mim, a partir do material originalmente gravado e transcrito. O doutor Pinho tem uma família amorosa e unida, que nos acolheu de forma extremamente generosa. Os filhos Roberto, Luciana e Cesar de Pinho Pessoa não pouparam esforços para atender a todas as nossas dúvidas e necessidades. Meus sinceros agradecimentos eles e a seus irmãos, Felizardo, Suzana, Silvana e Hilda, com quem tive menos contato.

Felizardo filho foi criado dentro da farmácia onde o pai ficava longas horas a preparar fórmulas e a dar instruções e conselhos ao primogênito. Aos 5 anos, começou a estudar francês com uma prima, e assim, aos 13, já falava e lia o idioma que lhe abriu as portas aos conhecimentos médicos. Nas caixas que chegavam da França com remédios ou substâncias químicas adquiridas pelo pai, os vidros eram acondicionados em meio a revistas médicas que o jovem Felizardo colecionava. "Quando chegavam os caixões com os sais, eu ficava na maior alegria, ia desmachucando, colocando nos locais certos para poder ler" (PESSOA FILHO, ENTREVISTA I, 11 fev. 2019). Traziam essas revistas artigos que empolgavam o menino curioso de tudo o que dizia respeito à medicina e a doenças exóticas, como o calazar da Índia.

Não havia médicos nas cidades e povoados da Serra da Ibiapaba, também conhecida como Serra Grande, entre os estados do Ceará e Piauí. Os doentes em estado grave eram levados para a Santa Casa de Sobral. Viçosa do Ceará era o núcleo urbano mais antigo daquela região montanhosa, em cujos contrafortes e baixios surgiram Tianguá, Ubajara, São Benedito, Ibiapina, Croatá, Guaraciaba do Norte e Ipu. Nessas "terras frescas e ubérrimas" (BARRETO, 2006, p. 27), prosperaram a pecuária e a agricultura, especialmente o cultivo da cana-de-açúcar, associada à produção de aguardente e rapaduras, de arroz, milho, feijão, mandioca e frutas.[32]

Em 1935, o filho primogênito do major Felizardo foi para Fortaleza para cursar o ginasial, e em 1939 inscreveu-se no "pré-médico". Ainda não havia faculdade de medicina no Ceará, e esse curso fora há pouco criado pela escola médica existentes desde 1927 em Recife. Durante as aulas, numa sala do Liceu do Ceará, na atual

32 Hoje Viçosa do Ceará é grande produtora de hortaliças e flores que são exportadas para a Europa e de cana-de-açúcar e derivados (cachaça, rapadura, mel e alfenim), produtos estes distribuídos para toda a região Norte do Ceará e parte do Piauí (SERRA DA IBIAPABA, 24 jul. 2019).

praça Getúlio Vargas. Pinho fez amizade com um rapaz, cujo pai era exportador de produtos agrícolas e tinha um agente comercial em Paris. Conseguiu assim alguns livros de medicina, entre eles um tratado de obstetrícia, que foi de enorme utilidade quando retornou para Viçosa, porque as mulheres que moravam naqueles contrafortes apresentavam com frequência irregularidades no parto. Naquele tempo, "quem nascia de parto com apresentação de espádua era um cadáver, porque não tinha quem fizesse a operação. [...] Então a mulher e a criança morriam" (PESSOA FILHO, 11 fev. 2019).

Pinho queria seguir a carreira médica, mas o pai, que estava doente – faleceria em 22 de janeiro de 1943 –, pediu-lhe que desse continuidade à tradição da família, e assim ele ingressou na Faculdade de Farmácia e Odontologia, onde se graduou em dezembro de 1944, retornando então a Viçosa para assumir a direção da Farmácia Pinho & Irmãos (ROBERTO PINHO PESSOA, ABRIL DE 2018).

Um farmacêutico num lugar como aquele tinha de fazer muito mais do que aviar receitas e vender remédios. Tinha de ser um médico autodidata e criativo para não deixar morrer os pacientes que lhe apareciam às vezes em condições que requeriam intervenções emergenciais, por efeito de acidentes, partos ou complicações decorrentes das mais diversas doenças. Nas entrevistas que nos concedeu, o doutor Pinho relatou várias intervenções desse tipo, algumas espantosas dadas as condições em que foram realizadas.

Um dia, quando examinava papéis guardados pelo pai, deparou com uma carta escrita em 1913 por um tio que indagava: "aquele mal do buchão ainda está matando muita gente no Ubarí?" (PESSOA FILHO, ENTREVISTA 2, 11 mar. 2019). Tempos depois, um cliente na farmácia comentou: "vi no Ubarí que fulano está com mal do buchão". Em 10 de fevereiro de 1946, veio de lá uma senhora com o filho e disse a Pinho: "esse menino, quando completou 1 ano e 4 meses, pegou uma febre que não passou mais. [...] Eu já dei tudo. Comecei a tratar com flor de sabugueiro [excelente antitérmico], e

nada de passar a febre" (ibidem). Pinho descalçou as luvas de lã do menino e viu que estava enrugada a pele das mãozinhas. Quando tirou o gorro, encontrou uma alopecia acentuada. Mexeu nas axilas e as glândulas estavam muito crescidas. Na região cervical e inguinal a mesma coisa. Pinho observou ainda certa hiperpigmentação na pele.

O tártaro emético era o remédio que o pai dava para leishmaniose tegumentar, conhecida na região como "ferida braba". O próprio Pinho, por volta dos 13 anos, pegara uma e fora tratado com a medicação descoberta por Gaspar Vianna, "mas eu já era menino grande". Criança pequena, o pai tratava com tartarato de bismuto, fabricado pelo laboratório Torres (Pessoa Filho, entrevista 2, 11 mar. 2019).[33] Em seu primeiro caso de mal do buchão, Pinho administrou três series de quinze ampolas, com intervalos de 10 dias, mas o resultado não foi bom, o baço não diminuiu e então Pinho recomendou à mãe do menino que o levasse para Fortaleza.

À mesma época começou a tratar outra criança de Ubarí. O terceiro caso foi levado à farmácia em março de 1946. Pinho decidiu então fazer uma investigação naquela localidade rica em minério de onde vinham as crianças doentes.[34] Foi à noite com lanterna e lupa. Quando chegou à primeira casa, "o menino já estava deitado, nu, porque fazia muito calor e eles eram bem probrezinhos, então para evitar de urinar na roupa, dormia nu. Estava deitadinho na rede e nos cantos da parede encontrei uma quantidade razoável de

33 Esse composto, usado também no tratamento da sífilis, vinha em caixas com seis ampolas de 10 cc. Usava-se um par de cada vez, uma ampola escura, com o tartarato, e uma ampola incolor, com um dessensibilizante para evitar a dor.

34 Em 25 de fevereiro de 1888, um decreto concedeu ao barão de Ibiapaba "uma data mineral de 141,750 braças quadradas" (cerca de 686m2) para que lavrasse minas de cobre "no quarteirão do Ubarí, distrito de Tubarão, em terras de sua propriedade, no lugar denominado Pedra Verde, município da Viçosa". Cento e vinte anos depois, a mina de cobre existente naquela localidade, a 15km da cidade de Viçosa, exportava o minério para países como China e Índia (SOUSA; ROCHA, 11 ago. 2008).

flebótomos, e a maior parte cheia de sangue. É pequeno, mas as asas são grandes, assim em formato de leque e os caboclos lá o chamam de asas duras ou arrupiados. Eu tinha mandado buscar um tratado de entomologia e nesse livro passei a estudar os flebótomos" (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Meses depois voltou a Ubarí e disseram-lhe: "ali naquela casa já morreram duas pessoas, e lá, naquela outra, morreu uma pessoa e um adulto, há muito tempo" (ibidem). Seguindo essas informações, Pinho estendeu sua investigação a localidades vizinhas como Passagem da Onça e Lagoa de Barro. Já não tinha dúvida de que se tratava de calazar, até porque no alpendre da primeira casa visitada encontrou um cão com todas as características da doença: "alopecia bastante acentuada, as unhas das patas dianteiras enroladas, como se fossem argolas, o focinho e as pontas das orelhas feridos, o cachorro estava feio e com diarreia. Isso eu vi em dois cachorros, nas três casas em que eu fui" (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Por essa época, o doutor Thomaz Aragão foi a Viçosa para tratar um doente e esteve na farmácia de Pinho:

> mostrei o caso de calazar a ele. Ele se espantou: "o quê? Não existe calazar aqui no Brasil não". Insisti: "existe doutor, eu não tenho dúvida". Ele me disse: "isso aqui é hepatoesplenomegalia resultante de malária". Ele me disse isso claramente, o doutor Thomaz Aragão. Aí foi embora e eu não tive mais contato com ele (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Pinho resolveu tratar seus pacientes com a antiomalina, mas os resultados tampouco foram favoráveis.[35] Ele procurou então um

35 Anthiomaline foi o nome dado por Albert Sezary e seus associados ao antimoniotiomalato de lítio, composto descoberto por volta de 1934 e fabricado pela Merck, pela Rhodia e possivelmente por outros laboratórios. Foi usado a princípio contra um tripanossomo em porquinhos-da-Índia, e os testes clínicos humanos iniciais foram feitos em casos de linfogranuloma venéreo. Artigo publicado em 1944 refere o tratamento de casos de linfogranuloma venéreo, granuloma

colega de Faculdade que era o representante da Rhodia, o laboratório francês que fabricava o produto. "Falei: 'eu não, não quero mais negócio com esse antiomaline, o que vi já é suficiente. Agora se a Rhodia ou outro laboratório lançar outro produto de valência superior, tenho certeza de que diminui a toxidez. Quando foi um belo dia passei no escritório dele e ele me disse que tinha uma boa notícia, havia chegado uma medicação pentavalente, o Glucantime. [...] vou te dar a maior parte das amostras que vieram para distribuir aqui. Deu-me um bocado, que botei no jipe" (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Pinho havia adotado um protocolo mais controlado. Mandara imprimir fichas de cartolina onde registrava os dados dos pacientes e do tratamento de cada um. "Tinha vezes que eu dava antitérmico, todas as vezes tomavam antitóxico e um complexo vitamínico. E muitos deles tinham um catarro danado, uma tosse, e aí tinha que dar um antitussígeno e expectorante" (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019). Por essa época – estamos falando de 1948 – já tinha fichado 18 doentes, 17 de Ubarí, Lagoa de Barro e Passagem, um de Timbaúba.

Na rua José Siqueira, por trás do casarão dos Pinho e do quarteirão com os armazéns da família, o doutor Pinho mandou desocupar, limpar e caiar uma sala espaçosa para alojar esses doentes. Botou a sela no cavalo e foi de casa em casa onde lhe diziam que havia doente para dizer que tinha chegado remédio novo, melhor. "Sabe qual foi a resposta que me deram? 'Doutor Pinho, nóis não pode se separar deles. Só dá certo se nóis for tudo junto'". Então, alugou e mandou limpar também um sobradão e uma casa grande do tempo do império que estavam desocupados na rua Martim Nogueira.

> Tinha gente que vinha com 4, 5 pessoas, e eu sustentando tudo. Era pai, mãe, sogra, tia, tio [...] Pois bem, comecei

inguinal, filariose, esquistossomose, tripanossomíases, tracoma, calazar e leishmaniose cutânea (ANTHIOMALINE, 1944, p. 498). O uso do medicamento contra a leishmaniose é mencionado pelo médico cearense Meton Barreto Morais (1953, p. 11-13).

> a tratar e foi uma alegria quando com 25 a 26 dias já não tinha mais nenhum doente com febre. Tinha ainda com baço grande, mas foi diminuindo e ficaram curados. Inclusive um que pensei que não ia se curar, porque tinha aspecto de velho, esse da Timbaúba, de 16 anos, era tanta ruga no rosto dele, bem ralos os cabelos, carinha de velho que ele tinha. Mas quando ficou bom, era outro tipo de gente (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Desde os primeiros casos levados à sua farmácia, Felizardo de Pinho Pessoa Filho vinha fazendo investigações surpreendentes sobre a doença que diagnosticava como leishmaniose visceral, inclusive sobre animais que pudessem hospedar o parasita.[36] Começaram a vir doentes de várias localidades do Ceará e do Piauí, inclusive um menino de seis anos em estágio muito avançado da doença.

> Quando foi com três meses, o homem veio bater na minha janela: doutor Pinho, vim comunicar que o Francisco morreu. E eu sustentando ele, a esposa e uma sogra, na casa que estávamos alugando. Falei: queria lhe pedir permissão para tirar um pedacinho do baço, porque se eu conseguir isso, vou conseguir acabar com essa doença aqui ou pelo menos diminuir, porque vou conseguir o DDT. Ele disse: não doutor, não posso deixar essa malvadeza não.

O pai de Francisco acabou cedendo à insistência de Pinho, com uma condição: que ele desse ao menino um enterro com banda de música e bonito caixão. Pinho preparou o funeral com pompa e circunstâncias e levou para a igreja vizinha ao cemitério o necessário para retirar fragmentos do baço e do fígado do defunto enquanto era velado.

> Aí saí correndo, nem esperei o enterro, botei uma mesinha no jardim de casa, fiz as lâminas todas, quando estava tudo sequinho, corei e fui para o microscópio, e deu altamente

36 A esse respeito ver Benchimol e Jogas Junior (2020), onde se detalham também as investigações de Pinho com raposas infectadas.

> positivo. Riquíssimo! Escolhi duas lâminas de cada órgão, coloquei num estojo bem bacana, toquei para Fortaleza, para o escritório da NAB,[37] uma companhia que tinha dois aviões de vinte e poucos passageiros, saíam no mesmo horário, um para São Paulo e outro de lá para cá, cruzavam-se no meio do caminho. Aí eu despachei. Porque tinha o professor Evandro, que morreu, e o homem mais evoluído nisso era o Samuel Pessôa. Peguei o endereço dele na Faculdade de Medicina da USP e mandei para ele o material. Quando deu seis dias, estou lá em Viçosa, chega um casal: "o senhor é o doutor Pinho?". "Sou". "Estamos aqui a mando do doutor Samuel, sou assistente dele e a minha esposa é entomologista. O senhor não sabe como ele ficou exaltado com essa sua descoberta. É de uma importância muito grande esse trabalho que você fez". Falou com essas palavras que eu te digo (PESSOA FILHO, 11 mar. 2019).

Agita-se o campo médico no Ceará

O próprio Samuel Pessôa viajou para Fortaleza em setembro de 1953 para participar do 20º aniversário de fundação de seu Centro de Saúde e da 3ª Reunião de Saúde Pública do Ceará. O Departamento Estadual de Saúde chefiado por Walter de Moura Cantídio convidou o professor de parasitologia da USP a ministrar um curso sobre o calazar durante o evento (SURTEM EFEITO AS MEDIDAS, 4 out. 1953, p. 1). Da sessão solene, no Palácio do Comércio, participou Amílcar Barca Pellon, que, vinte anos antes, havia reformado a saúde pública cearense e criado o Centro de Saúde ora celebrado (PELLON, 2013).

Em seu auditório, Samuel Pessôa ministrou o curso sobre a leishmaniose visceral para médicos da capital e do interior,[38] e em

37 NAB - Navegação Aérea Brasileira (1938-1961). Antecessora do Lóide Aéreo Nacional. Adquiridapela Vasp em 1962 (FERREIRA, ago. 2017).

38 Surtem efeito as medidas (4 out. 1953, p. 1); Instalada a reunião (15 set. 1953, p. 1); Hoje, no Centro Médico (18 set. 1953, p. 1).

21 de setembro viajou para Sobral com Joaquim Eduardo de Alencar ("É GRAVE O SURTO..., 23 set. 1953, p. 4; QUE É QUE HÁ?, 21 set. 1953 p. 5). Voaram num teco-teco que aterrissou no campo da Cidao por volta das 10 horas da manhã. Os dois foram levados à casa de Aragão, para um lanche, depois para o Posto de Puericultura onde o professor da USP "examinou os doentinhos de um a um, e colheu material para exame bacteriológico, prescreveu tratamento e bateu diversas chapas dos casos mais agudos; e dali saiu para visitar outros acometidos de Kalazar em suas próprias casas" ("É GRAVE O SURTO..., 23 set. 1953, p. 4).

Naquele mesmo dia, a Câmara Municipal de Sobral prestou a Samuel Pessôa uma homenagem, durante a qual ele fez uma longa exposição sobre o calazar, dando ênfase às investigações pioneiras de Evandro Chagas. Fizera ela um estudo completo sobre a moléstia "que já passou do caráter silvestre e de casos esporádicos de caráter rural e ultimamente já se tornou urbana" (HOMENAGEM DA CÂMARA MUNICIPAL, 23 set. 1953, p. 1).

De volta a Fortaleza, Samuel Pessôa declarou a um jornalista: jamais vi em minha vida tantos casos de kalazar" (NUNCA HOUVE NO BRASIL, 23 set. 1953). A declaração ecoou nos jornais da capital federal e de outras cidades. Quase todos os cinquenta casos examinados por ele e Alencar provinham da zona rural de Sobral e de municípios vizinhos, e um era autóctone da própria cidade. Alencar advertiu: "A epidemia do kalazar ameaça os Estados vizinhos, onde também se encontra o mosquito transmissor".

Em reunião com o governador Raul Barbosa e com Moura Cantídio, Samuel Pessôa opinou que deviam fornecer assistência imediata e urgente aos doentes, mas a magnitude da epidemia ultrapassava as suas possibilidades (SURTEM EFEITO AS MEDIDAS, 4 out. 1953, p. 1). "Trata-se de um problema de âmbito nacional que interessa ao país e transcende os poderes do Estado, que sozinho não pode enfrentá-lo" (NUNCA HOUVE NO BRASIL, 23.9.1953). Barbosa

enviou então um "cabograma" ao ministro da Saúde, Antônio Balbino, ao diretor do Departamento Nacional de Saúde, Arlindo de Assis, e a Amilcar Barca Pellon, diretor da Divisão de Organização Sanitária. Pedia providências urgentes para que fosse organizada uma comissão médica nos moldes daquela que havia enfrentado o *Anopheles gambiae* para o novo flagelo nordestino.[39]

Em cena os especialistas

As primeiras comunicações sobre o surto em Sobral – de Salles (1953, p. 66-68) e Aragão (1953)[40] e Pessôa (1954) – revelaram 48 casos diagnosticados em poucos meses, número bem maior que aquele encontrado *in vivo* nos quarenta anos anteriores, em todo o país. A partir de 1953, a leishmaniose visceral passou a ser observada com maior frequência entre nordestinos que migravam para cidades do Sudeste do Brasil (VERONESI *et al.*, 1954, p. 13-50). Samuel Pessôa, Luis Hildebrando Pereira da Silva e José Figueiredo (1955, p. 245-250) encontraram numerosos casos quando estiveram em Jacobina, na Bahia, em 1954. "Torna-se, pois, cada vez mais evidente" – registraram Leônidas e Maria Deane, em setembro de 1955 (p. 95-114 [96]) – "que a leishmaniose visceral está longe de constituir uma curiosidade médica no Brasil. Temos razões para crer [...] que o pequeno número de diagnósticos feitos anteriormente, ao

39 O texto completo do cabograma encontra-se em Projeto n. 3.674, de 29 de setembro de 1953 (p. 2), em República dos Estados Unidos do Brasil, Câmara dos Deputados (p. 4-5). Este projeto proposto por Valter de Sá Cavalcanti, deputado federal que fazia parte "do grupo renovador do PSD cearense, foi unido ao do deputado cearense Paulo Sarasate, dando origem ao projeto n. 3.665-A-53, aprovado em segunda discussão na Câmara dos Deputados, em 20 de novembro de 1953. Destinava dois milhões de cruzeiros ao combate à epidemia de leishmaniose no Ceará e em estados vizinhos.

40 Trabalho referido por Sousa (2009) e Deane (1955, p. 75-87).

invés de traduzir a raridade da doença, deve ser antes consequência da falta de assistência médica adequada da população rural".

Em São Paulo, ao regressar da viagem ao Ceará, Samuel Pessôa reuniu seus assistentes e disse a Leônidas Deane: "Você agora não vai fazer mais sua tese sobre parasito de mamíferos da Amazônia" (DEANE, DEPOIMENTO COMPLETO, 1987-1988, fita 15, lado A, p. 5). Ele e Maria Paumgartten Deane, que haviam pertencido à equipe de Evandro Chagas, deviam partir o quanto antes para o Ceará. Leônidas fez uma viagem prévia a Sobral, em outubro de 1953. Lá, no dia 1º, tiveram início as atividades do Pavilhão do Calazar na Santa Casa. Os Deane – Lêonidas, Maria e a filha, Luíza – chegaram ao Ceará em dezembro. Residiriam por quase um ano em Sobral. Durante esse fatídico 1954, "passaram mais de 250 casos [...] por aquele pequenino hospital que foi feito na cidade" – relembraria Leônidas (*ibidem*).

Havia muito calazar humano e também centenas de cães com a doença. Já sabiam que ela dava nesses animais e que o transmissor devia ser o *Phlebotomus longipalpis* encontrado pela equipe de Evandro Chagas dentro e à volta das casas no Pará e no Nordeste. E, como vimos, tinham perseguido com tenacidade o animal silvestre naturalmente infectado para explicar o calazar esporádico das zonas de mata e rurais com população esparsa. Pensando nisso, na viagem prévia a Sobral, Leônidas Deane pediu a caboclos da região que capturassem animais silvestres. Quando os Deane chegaram a Sobral, em dezembro, uma raposa tinha sido levada para a casa que ia servir de posto à Campanha contra o Calazar. Os Deane encontraram-na amarrada lá, magra, com aparência ruim.

No dia 23 de dezembro, arrumaram o posto e prepararam um livro para registro dos animais que tencionavam capturar, com colunas indicando nome popular, nome científico, se era adulto ou jovem, macho ou fêmea etc. A raposa foi o animal número um. Quando finalmente a examinaram, viram que estava repleta de *Leishmania*

(DEANE, DEPOIMENTO COMPLETO, 1987-1988, fita 15, lado A, p. 6). Exultantes, passaram a noite a trabalhar na autópsia da raposa, a preparar lâminas, cortes de vísceras em formol, sangue para fazer sorologia. No dia seguinte, véspera de Natal, viajaram para Fortaleza com o material e telegrafaram para Samuel Pessôa, que respondeu com outro telegrama, congratulando-os pela descoberta.

Ela foi o objeto do primeiro artigo do casal (DEANE; DEANE, abr. 1954, p. 419-421). Os Deane imaginaram que tinham sido os primeiros no mundo a encontrar um animal silvestre com calazar, mas logo souberam que, em fins de 1951, três russos tinham verificado no Tadjisquitão, na Ásia Central, que o chacal (*Canis aureus*) era também um reservatório da doença (LATYSHEV; KRYUKOVA; POVALISHINA, 1951, p. 35-62).[41] Apesar disso, aquele achado, o primeiro do continente americano, foi uma tremenda novidade. Os Deane investigaram outros aspectos da doença que grassava em Sobral. Os trabalhos que publicaram, alguns em colaboração com Joaquim Eduardo de Alencar concernentes à epidemiologia e transmissão do calazar, basearam-se em estudos feitos lá até fins de 1954.

Os estudos de Leônidas e Maria Deane

Thomaz Corrêa Aragão poucos trabalhos publicou a esse respeito. Sua memória permanece viva em Sobral, e entre os materiais relativos a este médico muito querido pela população da cidade, conservados no Museu D. José, encontra-se cópia de um álbum de extraordinário interesse, com fotografias e sucintas descrições de 199 casos por ele examinados de setembro de 1953 a novembro de 1954.

41 Resenha escrita pelo parasitologista britânico Cecil Arthur Hoare sobre esse e outros artigos em russo foi publicada em *Tropical Diseases Bulletin* (1954, p. 37-40). Os Deane não fazem qualquer referência às observações não publicadas de Felizardo de Pinho Pessoa Filho com raposas nas imediações de Viçosa do Ceará (BENCHIMOL; JOGAS JUNIOR, 2020).

Na bibliografia da tese de Anastácio de Queiroz Sousa sobre a *Leishmaniose cutânea no Ceará* (2009) e em Deane (1955, p. 75-87 [87]) consta a comunicação apresentado por Aragão à 3ª Reunião de Saúde do Estado do Ceará, realizada em Fortaleza, em 1953, sobre o "Surto de leishmaniose visceral na zona norte do Ceará". E na bibliografia da tese de livre-docência de Alencar (1959) figura um trabalho dele e de Aragão (1957, p. 197) apresentado em 1955 ao XII Congresso Brasileiro de Higiene com o título "Leishmaniose visceral no Ceará. Sintomas observados em 174 casos".

Em 1953, Pinho entregou a Alencar, chefe da campanha constituída por Barca Pellon, todas as fichas que documentavam os casos tratados por ele. Restam poucas evidências palpáveis, em letra de forma, dos feitos aqui narrados do doutor Pinho. Vimos em sua casa um volume da *Parasitologia* de Luis Rey (2008), ex-assistente de Samuel Pessôa, com dedicatória ao "dr. Pinho, homenagem do autor". À página 400 deste livro há uma foto de duas pequenas pacientes de Viçosa, "casos do dr. Felizardo Pinho Pessoa [foto] cedida pelo Prof. L. M. Deane". Outra evidência é "Alguns focos de calazar no Piauí", comunicação datilografada e apresentada ao XIII Congresso Brasileiro de Higiene realizado em Fortaleza, em agosto de 1956. Felizardo Pinho Pessoa Filho figura como terceiro autor, em meio a Alencar, José Oto Diniz, Thomas Correia Aragão e Tomás Araújo Correia (médico de Ipu, parente do Aragão de Sobral).

"Ao iniciarmos a Campanha contra a Leishmaniose Visceral no Ceará" – lê-se nesta comunicação – "começaram a surgir casos vindos do Piauí, de diversos municípios [...] e que foram tratados em Viçosa". Uma tabela traz as iniciais dos nomes dos vinte pacientes, suas idades (de seis meses a 56 anos), sexo, cor e endereços, indicando diversas localidades de municípios piauienses e um município cearense – Ipueiras. Segundo Pinho, esses dados baseavam-se nas fichas que havia produzido. As datas dos exames (1954 a 1956) e a caracterização do ambiente em que viviam os doentes – sete em

boqueirões, seis no pé da serra, seis no sertão e um não informado – sugere que novas visitas possam ter sido feitas a aqueles lugares, talvez com o próprio Pinho. O trabalho trazia outra tabela com dados de mais três pacientes que haviam procurado atendimento médico em Sobral e Ipu.

Os estudos de Leônidas e Maria Deane concentraram-se em quatro municípios cearenses de onde vinha a maioria dos casos de leishmaniose visceral: Sobral, Massapê, Viçosa do Ceará e Tianguá. A área de estudo abrangia duas zonas com características ambientais diversas: o *sertão*, planície quente e seca, com vegetação escassa, chuvas irregulares e sujeitas a secas periódicas; e as *serras*, onde o clima era ameno, a vegetação rica e as chuvas abundantes. Nos municípios de Sobral e Massapê predominava o sertão, mas elevavam-se aí as pequenas serras de Rosário e Meruoca; Viçosa do Ceará e Tianguá situavam-se em grande parte na serra de Ibiapaba. A população dos quatro municípios era, segundo o Censo de 1950, de 150.782 habitantes, dos quais três quartas partes residiam em zona rural, e o restante, em vilas e povoados ou nas sedes municipais. A maior cidade da área de estudo era Sobral, então com cerca de 30.000 habitantes (DEANE; DEANE, 1955, p. 95-114 [96-97]).

As raposas com *Leishmania* corroboravam o reservatório silvestre que Evandro Chagas e sua equipe tinham buscado com tanto empenho, mas sem sucesso, para fundamentar a singularidade e autoctonia da Leishmaniose Visceral Americana e seu agente, a *Leishmania chagasi*, mas as demais observações feitas no Ceará pelos Deane e outros investigadores abalaram seriamente a teoria proposta nos anos 1930. O animal silvestre ganhava posição diferente na cadeia de transmissão de uma doença que independia das matas, podia ocorrer em zonas urbanas e, mesmo nas zonas rurais, onde era predominante, tinha caráter "focal" e não disperso.

Nos três postos instalados pela Campanha Contra a Leishmaniose Visceral no Ceará (Sobral, Viçosa e Ipu) foram atendidos cerca de

300 doentes entre maio de 1953 a agosto de 1954, oriundos de 18 municípios cearenses. Desses doentes, 188 residiam na área escolhida para a investigação, verificando-se que 177 tinham se infectado em zona rural (96%) e 7 (4%) na cidade de Sobral (DEANE; DEANE, set. 1955, p. 96/348). Este número aumentaria para 14 em setembro de 1955. A transmissão urbana foi comprovada por inquérito entre os cães da cidade que revelou muitas infecções autóctones (DEANE; DEANE, 1955, p. 75-87).

A distribuição dos casos rurais, majoritários, não era esparsa, mas com nítida concentração em determinadas áreas que o povo chamava de "boqueirões" e "pés-de-serra", vales estreitos entre ou no sopé de serras. Embora fossem habitados por cerca de 10% da população rural, forneceram 63,5% dos casos. Do sertão, onde viviam cerca de 50% dos habitantes dos quatro municípios selecionados, provieram 21,7% dos casos; e das serras, com 40% dos habitantes, apenas 14,7% dos casos (DEANE; DEANE, 1954, p. 703-707; DEANE; DEANE, set. 1955, p. 95-114 [97-98]).

O calazar instalava-se de modo endêmico nos boqueirões e pés-de-serra mas apresentava "ciclos epidêmicos". Em geral, todos os casos podiam ser relacionados com outros anteriores, ou com a presença de leishmaniose canina na vizinhança. Os Deane sempre obtinham "informações sobre a morte de várias pessoas em cada família, às vezes, de todos os filhos de um casal, atingidos sucessivamente pela mesma doença, nos anos anteriores" (DEANE; DEANE, 1955, p. 95-114 [101]). Era comum encontrarem dois a três doentes na mesma casa. Já nas zonas de sertão e serras, a frequência da infecção era baixa, e os casos, esparsos e esporádicos, sendo quase sempre impossível descobrir a relação entre um caso humano atual e outro, humano ou canino. Verificaram ainda os cientistas paraenses que o grupo etário mais atingido era o de 0 a 9 anos.

Os surtos epidêmicos no Nordeste do Brasil pareciam ter relação com o aumento cíclico no número de suscetíveis, sobretudo

na população infantil; e com as secas periódicas que diminuíam a resistência da população.

Para explicar a epidemiologia da leishmaniose visceral no Ceará, os Deane estudaram os três elementos da cadeia de transmissão: a fonte de parasitas, o transmissor e a população suscetível. Leônidas e Maria Deane não classificavam mais como *Leishmania chagasi* o parasita, ainda que utilizassem vez por outra o conceito de "calazar americano", mas despojado da ideia de uma doença autóctone do continente americano. No começo de 1954, divulgaram a descoberta de seu hospedeiro silvestre, a raposa (*Lycalopex vetulus*) muito comum na área endêmica do Ceará. Apresentava infecção natural por um protozoário que classificavam agora como *L. donovani*. Ao longo daquele ano, encontraram três outras raposas infectadas entre 33 examinadas no município de Sobral (DEANE; DEANE, 1954, p. 419-421; ALENCAR, 1961, p. 175-180). Eram sugadas facilmente pelo inseto transmissor e o infectavam com igual facilidade (DEANE; DEANE, 1954, p. 651-653; DEANE; DEANE, 1955, p. 75-87). A pronunciada ação patogênica da *L. donovani* para a raposa, que podia adoecer gravemente e morrer da infecção, não se coadunava com um parasitismo secular, que teria resultado em relativo equilíbrio entre parasita e hospedeiro. "Sendo assim," – escreveu Leônidas Deane (1958, p. 436) – "não se pode excluir a hipótese de ter sido o calazar americano importado do Velho Mundo por intermédio de cães ou de indivíduos parasitados e tendo secundariamente atingido um canídeo campestre muito suscetível e que frequentemente se aproxima das casas como a raposa".

Cabe dizer que o encontro de raposas infectadas mas saudáveis no Pará (de outra espécie), em fins dos anos 1960, levaria o parasitologista Ralph Lainson e seus colaboradores a conclusão diametralmente oposta, que restauraria, ao menos para os pesquisadores do Instituto Evandro Chagas, a *Leishmania chagasi* como agente da leishmaniose visceral americana (LAINSON; SHAW; LINS, 1969, p. 741-745).

Leônidas e Maria Deane, e antes deles, Pondé, Mangabeira Filho e Jansen (1942, p. 333-352) examinaram muitos outros mamíferos no Nordeste, com resultados negativos. Ainda assim, Leônidas Deane (1958, p. 436-437) não excluía a existência de outros hospedeiros de *L. donovani* no continente americano.[42] A equipe de Evandro Chagas encontrara um gato doméstico infectado no Pará, mas não parecia ser um reservatório habitual pois raramente era sugado pelo inseto vetor, e era difícil sua infecção experimental. No Ceará, Leônidas e Maria Deane tentaram sem sucesso infectar três gatos recém-nascidos, e examinaram 142 exemplares em Sobral, com resultados igualmente negativos (DEANE; DEANE, 1955, p. 61-76). De concreto, então, sabiam que pelo menos três mamíferos – homem, cão e raposa – eram suscetíveis, infectavam-se naturalmente pela *L. donovani* e podiam servir de fonte de infecção para o inseto transmissor.

Evandro Chagas e colaboradores concluíram ser muito provável a transmissão por flebótomos, mas, apesar das experiências feitas com algumas espécies, não incriminaram taxativamente nenhuma. *Phlebotomus longipalpis* [*Lutzomyia longipalpis*] era a espécie mais frequente nas localidades onde havia leishmaniose visceral. A mesma coincidência foi registrada por Ruy Pondé e colaboradores (1942, p. 333-352) no Ceará, em Pernambuco e na Bahia. Capturas feitas durante mais de um ano, com diversas iscas, dentro e fora das casas, numa localidade do município de Russas, no Ceará, onde havia sido encontrado um caso de calazar, forneceram a Octávio Mangabeira Filho (1942, p. 287-295 [287]) apenas *P. longipalpis*. Em laboratório, Leoberto de Castro Ferreira, Leônidas Deane e Mangabeira Filho

42 À época em que escreveu este comentário, ratos-de-espinho (*Proechimyis semispinosus panamensis*) tinham sido identificados no Panamá como portadores de *L. braziliensis*, o agente da leishmaniose tegumentar (HERTIG; FAIRCHILD; JOHNSON, 1956, p. 9-11). E no Quênia, em área endêmica de calazar, tinham conseguido infectar hamster pela inoculação de emulsão do baço de um esquilo (*Xerus rutilus*) com Leishmania que talvez estivesse relacionada à doença humana (Heisch, 1957, p. 183).

(1938, p. 1079-1080), depois Agnes W. Chagas (1940, p. 327-333) conseguiram infectar experimentalmente este díptero, alimentando-o em cães com leishmaniose visceral. Esta última pesquisadora conseguiu idêntico resultado com *P. intermedius* [*Lutzomyia intermedia*], mas considerara que coubesse ao *P. longipalpis* papel mais importante (CHAGAS, 1939, p. 1-2).

Contudo, a literatura internacional continuava a admitir a possível intervenção de outros artrópodes. Alencar (1959, p. 223-229, 261) faz um balanço dessa literatura e menciona medidas profiláticas adotadas em outros países contra carrapatos.

Dezenas de espécies do gênero *Phlebotomus* (na época escrevia-se também *Flebotomus*) tinham sido identificadas nos anos 1940 e 1950 no Nordeste.[43] Mauro Pereira Barretto (1950, p. 211-226) listou 171 espécies americanas, das quais 113 já registradas no Brasil. Leônidas e Maria Deane encontraram o *P. longipalpis* em todas as localidades cearenses em que ocorria a doença. E quantificaram esta coincidência através de engenhosos métodos de pesquisa. Estão documentadas em duas fontes interessantíssimas depositadas no arquivo da Casa de Oswaldo Cruz.

O "Livro de identificação de artrópodes. 1953-1954" registra o levantamento feito entre 22 de dezembro de 1953 e 29 de julho de 1954 em dezenas de localidades da área de estudo, especificando data de exame, número da amostra, local de proveniência, dados de

43 Pessôa e Barreto (1948, p. 166-167) relacionaram no Ceará *P. baduelensis*, *P. brasiliensis*, *P. evandroi*, *P. intermedius*, *P. lenti*, *P. longipalpis*, *P. nordestinus*, *P. oswaldoi*, *P. rickardi*, *P. sallesi* e *P. shannoni;* na Paraíba, *P. longipalpis* e *P. whitmani* e em Pernambuco, *P. longipalpis*, *P. whitmani* e *P. intermedius*. Durval Tavares de Lucena, professor de parasitologia na Faculdade de Medicina do Recife, estudara também a fauna de flebótomos da região e descrevera: no Ceará, *P. whitmani* e *P. squamiventris*; no Rio Grande do Norte, *P. longipalpis*; na Paraíba, *P. squamiventris*, *P. migonei*, *P. intermedius*; em Pernambuco, *P. fischeri*, *P. evandroi*, *P. squamiventris*, *P. migonei* e *P. shannoni*; e em Alagoas, *P. whitmani* (LUCENA, 1949, p. 27-36; 1953, p. 558-562). No Maranhão e Piauí não tinham sido encontrados ainda aqueles insetos.

captura (data, hora e tipo) e o examinador responsável por ela (as iniciais). Uma coluna era reservada ao *Phl. longipalpis*, discriminando-se machos e fêmeas. "Outros artrópodes" eram lançados numa coluna à parte, e aí se verifica que a atenção dos dois cientistas esteve o tempo todo voltada para carrapatos e demais integrantes do grupo *Argas*; mosquitos, especialmente *Culex*; percevejos e outros integrantes do gênero *Cimex*, Psychodinae e os *Triatoma*, os insetos transmissores da doença de Chagas (DEANE; DEANE, 1953-1954).

Mais variados são os registros em "Biologia de Flebotomos" (DEANE; DEANE, ca. 1953-1957), caderno de capa dura com páginas pautadas, manuscritas. A primeira traz uma lista de códigos que designam as várias frentes ou aspectos da investigação sobre os vetores do calazar: a letra "D" designa domesticidade; "K", preferências alimentares; "H" refere-se a frequência horária nas casas; e "F", a altura de pouso; "E" é a letra para frequência por tipo de aposento; e "L", para abrigo extradoméstico; "C" designa variação estacional; "M", distância de voo; "G", permanência nas casas; a letra "N" é usada como código para longevidade; a "O", para criadouros; "B" designa os dados sobre "serra vs. sertão vs. boqueirões e [áreas] sem calazar"; "I" é a letra escolhida para horas em que sugam nas casas, e "J", para horas em que sugam ao exterior. Essas "categorias" estão inscritas em etiquetas que separam seções do caderno e nas tabelas manuscritas em suas páginas, a subsidiar as análises depois publicadas sob a forma de relatórios e artigos.

Nas capturas feitas de 3 a 4 de janeiro, por exemplo, na casa do sr. Domingos, em Fonte Vital, as paredes foram previamente divididas em faixas a partir do chão para se ter uma ideia da distribuição vertical dos flebótomos. Escreve então Deane:

> Durante a captura das 14 às 18 horas, vi como os flebótomos se localizam em grande parte nas frestas e buracos das paredes, às vezes tão insinuados que é necessário arrancar-se porções do barro para a capturá-los e até mesmo para encontrá-los.

> São mais numerosos nos dormitórios e, nestes, nos trechos mais escuros e abrigados do vento. Parecem ficar também de preferência mais perto do chão pois muitos exemplares são capturados a poucos centímetros deste, necessitando que o capturador deite-se no chão para apanhá-los. É necessário [ter] uma ótima visão para divisar os flebótomos nas fendas e buracos das paredes de barro não rebocado desta casa. Os moradores queixam-se [de] que desde o anoitecer são picados, até tarde da noite, mas que nos dias nublados e de chuva, são atacados mesmo de dia.

Nos dias 3 e 4 de junho de 1954, numa casa de Pé de Serra, município de Massapê, os insetos foram apanhados no dormitório, em três salas de estar e na cozinha, tanto nas paredes como nos moradores que serviram de iscas: o pai, a mãe, uma menina de 9 meses, 4 meninos de 9 a 15 anos que fabricavam chapéus de palha e um garoto de 13 anos, que ficou sentado no dormitório, sem "paletó". Cerca de 300 *P. longipalpis* foram coletados nas iscas humanas durante aquele dia chuvoso, sendo mais de 200 no garoto de 13 anos. Ao entardecer as paredes externas da casa começaram a se encher de flebótomos (vazios de sangue) que também se concentravam em grande número em torno das portas e janelas, do lado de dentro. Após cada passagem dos guardas para "limpeza" das paredes, estas logo se enchiam de flebótomos que vinham de cima, pousando a princípio só no alto, depois cada vez mais baixo até chegarem às iscas humanas, o que Deane viu como demonstração do voo curto desses insetos.

Um registro da seção dedicada a "Frequência horária" é ilustrativo do complexo de viventes que uma casa cearense podia abrigar. Trata de capturas feitas das 15 horas de 31 de julho às 15 horas de 1 de agosto de 1955 nas paredes internas de um casebre nos subúrbios da cidade de Russas. Com um dormitório e uma cozinha, chão de terra, paredes de barro não rebocado e teto de telhas, era habitado por Afonso Caminha Monteiro, sua esposa, uma criança e ainda: 3

papagaios, 1 periquito, 1 maracanã, 9 passarinhos, 3 pintos, 1 gato e 3 gatinhos novos, todos dentro da casa. Fora dela havia 1 jumento, 7 porcos, 6 pombos, 5 capotes, 3 paturis, 5 patos e 20 galinhas.

Engenhosas são as investigações sobre "Tempo de permanência nas casas". Usando um "aspersor de barbeiro", Leônidas Deane lançou azul de metileno diluído a 2% em água sobre os flebótomos pousados nas paredes internas do abrigo de jumento de uma casa no Sítio Pé da Serra. 48 horas depois, capturou lá cerca de 300 flebótomos. No laboratório, colocou cada inseto sobre um quadradinho de papel mata borrão, pingando em seguida sobre o mesmo uma gota de álcool para ver se trazia o corante. A experiência foi repetida em outra data no mesmo abrigo, com fucsina a 2%. Todos os flebótomos capturados eram *P. longipalpis*. Deduziu o cientista que parte das fêmeas permanecia na mesma dependência por 48 horas ou mais, ou voltava a ela dentro desse prazo, mas os machos não.

As páginas concernentes a "Abrigos" ou a "Procura de criadouros" descrevem as buscas de larvas e pupas feitas à volta e a certa distância dos domicílios, em ocos de árvore ou em seus troncos e entre suas raízes; sob paus podres, em locas ou furnas de mocós, morcegos, gambás, tamanduás e outros bichos; no solo às margens de açudes ou cacimbas, ao pé de cercas, no chão de casas, de galinheiros, de currais e abrigos de cabras; no limo do batente das portas e janelas; ou em meio a folhas podres nos quintas ou nas matas e capoeiras próximas. Os resultados eram bem mais magros que os das capturas domiciliares e peridomiciliares de insetos adultos.

Leônidas e Maria Deane verificaram que o *P. longipalpis* era muito mais abundante nas zonas de calazar endemo-epidêmico do que naquelas onde era esporádico: as médias horárias desse flebótomo nos "boqueirões" e "pés-de-serra" foram 6 a 8 vezes maiores do que no sertão, e 10 a 66 vezes maiores que nos altos de serras (DEANE; DEANE, 1955, p. 83-95; DEANE; DEANE, 1955, 95-114). 117.981

flebótomos de doze espécies diferentes foram capturados e identificados: o *P. longipalpis* correspondeu a 97% desse total (ibidem). Era com frequência "a única espécie capturada, sendo mesmo, não raro, o único díptero hematófago encontrado no interior das habitações humanas" (DEANE; DEANE, 1955, p. 95-114 [104]). Embora apresentasse relativo antropofilismo, não era estritamente doméstico. Capturas feitas ao ar livre, em animais, rendiam quase sempre número mais elevado do que as domiciliárias, já que se alimentavam em galinhas e outros animais domésticos, especialmente os cães. O *P. longipalpis* sugava também a raposa.

Leônidas e Maria Deane não descartavam a possibilidade de que outras espécies de flebótomos servissem ocasionalmente de vetores da leishmaniose visceral, mas era o *P. longipalpis* o responsável pela manutenção de seu padrão "endemo-epidêmico" (DEANE; DEANE, 1955, p. 95-114 [107]). Uma vez estabelecido o calazar, no ciclo doméstico homem-cão (o reservatório principal), ele podia se manter sem a presença do hospedeiro campestre. Quando um ou mais dos três elementos da cadeia epidemiológica existia em densidade menor que a necessária para manter a transmissão endêmica, tinha-se a ocorrência esporádica da doença. Na zona de sertão, transmissor e população suscetível tinham baixa densidade. Nas serras faltava o flebótomo. A passagem de uma raposa infectada podia explicar o aparecimento de casos de leishmaniose visceral em pontos isolados da área rural, sem ligação aparente com outros casos humanos ou caninos. A raposa podia introduzir a infecção em zona antes livre e onde o transmissor e a população suscetível (humana e canina) existiam nas proporções necessárias para a criação de novo foco endêmico. Na área urbana de Sobral eram abundantes os cães infectados e as pessoas doentes vindas das zonas rurais em busca de tratamento, mas ocorriam menos casos, o que se devia à pequena densidade do transmissor.

Baixo Jaguaribe e Paraíba

A área sob investigação logo foi alargada por médicos ligados à Campanha contra a Leishmaniose Visceral do Ceará. Joaquim Eduardo de Alencar, Daltro Holanda e Cavalcante (1956, p. 33-47) investigaram o calazar numa região com características ambientais diferentes daquela onde atuaram os Deane: o vale do Jaguaribe. Este rio que banha os estados do Ceará e Pernambuco podia transbordar na estação invernosa, quando caíam aguaceiros como o de 1950, com efeitos desastrosos: "As culturas desaparecem na voragem das águas e o povo é obrigado a fugir para pontos mais altos. De um lado, o chapadão do Apodi e do outro, as terras de tabuleiro" (ALENCAR; HOLANDA; CAVALCANTE, 1956, p. 33). Ao findarem as chuvas, as águas baixavam e aqui e ali ficavam poços ligados ao lençol freático assim como extensos e rasos lagos ou poças a evaporar. Foram justamente estes meios propícios à procriação do *Anopheles gambiae* que fizeram do vale do Jaguaribe, em 1939-1942, um dos principais teatros da guerra movida ao vetor da malária importado da África (ANAYA, 2020).

A vegetação às margens do rio, com terras aluvionais férteis e planas, era constituída quase que exclusivamente por carnaubeiras. Floresciam também o velame, arbusto rasteiro, e a oiticica, árvore nativa de grande porte, cujos troncos grossos, as raízes emaranhadas à flor da terra e a ramagem densa "recordam séculos" (ALENCAR; HOLANDA; CAVALCANTE, 1956, p. 33). A água do subsolo, abundante, era extraída com motobombas ou cataventos de talos e troncos de carnaúba para irrigar frondosos pomares de laranjeiras, bananeiras e mangueiras. Mas a produção principal do vale do Jaguaribe era a cera de carnaúba. Retirado o pó usado em sua fabricação, ficava a palha nos quintais das casas a fermentar durante os invernos chuvosos, criando ambiente favorável à reprodução dos flebótomos.

O estudo dos médicos da Campanha Contra a Leishmaniose Visceral do Ceará concentrou-se no baixo Jaguaribe, especificamente nos municípios de Aracati, Jaguaruana, Russas, Limoeiro

do Norte e Morada Nova. Foi motivado por um enigma: desde que começara a Campanha, não tinham sido notificados casos de calazar lá, não obstante as viscerotomias do Serviço Nacional de Febre Amarela houvessem acusado 24 óbitos naqueles municípios no período de 1932 a 1948.

À margem direita do antigo rio dos Jaguares ergue-se a senhorial e heráldica Aracatí... Assim começa o relato de Waldery Uchôa (1954, p. 31) sobre o núcleo urbano fundado no século XVI. Nos anos 1950, ainda exibia os vestígios de uma era suntuosa, como as torres de suas igrejas seculares e seus sobradões de azulejos, com grossas paredes e madeirame lavrado. A pecuária tivera um desenvolvimento espetacular. Tudo passou a ser fabricado de couro e se passou a produzir também a carne salgada em mantas, capaz de suportar longas viagens, a carne-do-Ceará.

Com a construção da estrada de ferro para Baturité e a instalação do porto de Fortaleza, começou o declínio de Aracati. As secas que atingiram a região concorreram para isso. Apesar disso, Uchôa (1954, p. 33) descrevia a cidade em 1953-1954 como "moderna, com ruas calçadas a paralelepípedo, boa luz elétrica, jardins públicos, excelentes colégios, com imprensa semanal, vida intelectual intensa, política agitada, [...] boas firmas comerciais, fábricas [...]. Praça comercial com ramificações econômicas em todo o vasto Jaguaribe, Aracati é alto produtor de sal, cera de carnaúba e algodão". Tinha, em 1958, 10.000 habitantes, e o município, 37.443 (FONTENELE; FONTENELE, 1958, p. 174).

Distante apenas 40km de Aracati, à margem também do Jaguaribe, Jaguaruana ficava num vale fértil onde se produziam cera de carnaúba, cana-de-açúcar, frutas, cereais e gado. E quando o inverno era bom, colhia-se muito algodão. "Houve época em que o ouro branco produzido em Giqui, distrito de Jaguaruana, foi cotado como o melhor do mundo, superior ao produzido no famoso Vale do Nilo" (UCHÔA, 1954, p. 139). Em 1950, a população do município

era de 21.608 habitantes, dos quais 2.349 viviam na cidade de Jaguaruana, 292 na vila de Borges, 573 na vila de Giqui e 1.849 na de Itaiçaba (IBGE, 1959. v. 16, p. 321).

O município de Limoeiro do Norte tinha, em 1950, 37.269 habitantes e cinco aglomerações urbanas: a cidade de Limoeiro do Norte (4.647 hab.) e as vilas de Alto Santo (708 hab.), de Bica, atual Ôlho-d'Água da Bica (208 hab.); de Ibicuipeba, atual Tabuleiro do Norte (949 hab.) e de Jandoim, atual São João do Jaguaribe (700 hab.) A base da economia do município era a cera de carnaúba, mas nos terrenos de aluvião à margem do rio cultivavam-se cereais, cana-de-açúcar e frutas (banana, laranja), algodão herbáceo, mandioca, arroz, milho, feijão e batata doce (UCHÔA, 1954, p. 195-196; IBGE, 1959. v. 16, p. 353-3544).

Morada Nova sediava anualmente tradicionais vaquejadas que atraíam centenas de sertanejos dispostos a demonstrar sua perícia no domínio de bois bravios (UCHÔA, 1954, p. 174-176; FONTENELLE, 1958, p. 200). A população do município era em 1950 de 30.138 habitantes. Possuía cinco aglomerações urbanas: Morada Nova (1.496 há.) e as vilas de Aruaru (165 hab.), Boa Água (43 hab), lbicuitinga (166 hab.) e Uiraponga (160 hab.) (IBGE, 1959. v. 16, p. 401-402).

O município de Russas, com 34.077 habitantes em 1950, era um dos mais prósperos do Ceará graças a seus carnaubais e laranjais, à pecuária e agricultura, principalmente o feijão colhido nas extensas vazantes do Jaguaribe. Havia seis aglomerações urbanas no município: Russas (5.531 hab.) e as vilas de Baixa Branca (11 hab.); Bixopá (84 hab.), Bonhu (197 hab.), Palhano (566 hab.) e Quixeré (1.128 hab.) (IBGE, 1959. v. 16, p. 472-473). "A cidade, propriamente dita," – lê-se no Anuário de 1953-1954 – "após a construção da rodovia transnordestina tomou impressionante surto de progresso, pelo que, atualmente, é uma das principais do Estado, com as suas ruas bem pavimentadas, boa iluminação, algumas residências de melhor porte, colégios, ginásios, hospitais, postos de saúde, bonitas igrejas,

movimentado comércio e vida social intensa" (UCHÔA, 1954, p. 197). Entre as obras há pouco inauguradas, Uchôa destacava o Posto de Saúde e o Hospital de Russas, dirigidos pelo dr. Daltro Holanda (idem, p. 199).

Em novembro de 1954, este encontrou casos clinicamente suspeitos de calazar. Alencar, Holanda e Cavalcante deram início então à investigação epidemiológica na região. Foram dez meses de observações em 24 localidades, sítios, vilas ou sedes dos quatro municípios selecionados no baixo Jaguaribe e seus afluentes. Os pesquisadores cearenses inspecionaram 387 prédios, examinaram 1.889 pessoas, 121 cães, 214 gatos e capturaram 2.122 flebótomos. Encontraram 11 cães com *Leishmania*, nenhum gato infectado e 58 casos humanos (ALENCAR; HOLANDA; CAVALCANTE, 1956, p. 41-42). A base das operações foi o Hospital de Russas, para onde afluíam doentes daquele e de outros municípios jaguaribanos.

Como nos boqueirões e pés-de-serra da área de estudo de Maria e Leônidas Deane, a doença tinha caráter focal e ocorria há bastante tempo no município de Jaguaruana e nos arredores da cidade de Russas. As famílias residentes na região sempre relatavam um ou mais óbitos no passado com sintomatologia sugestiva de calazar (ALENCAR; HOLANDA; CAVALCANTE, 1956, p. 35-36). Nas demais localidades do baixo Jaguaribe foram encontrados casos humanos isolados, mas segundo Alencar, Holanda e Cavalcanti (1956, p. 47), a leishmaniose canina lá era "a de mais elevada incidência no Estado". A maioria dos flebótomos capturados (92%) era formada por *P. longipalpis*.

Em 1962, já como diretor do Instituto de Medicina Preventiva da Universidade Federal do Ceará, Joaquim Eduardo de Alencar publicou os resultados de uma investigação sobre a doença na Paraíba (ALENCAR, 1962, p. 367-369), onde até então haviam sido diagnosticados 7 casos humanos, sendo dois por viscerotomia em 1941 e 1945 (municípios de Ingá e Antenor Navarro).

Os trabalhos de Alencar tiveram início em fevereiro de 1961 num cenário parecido com o do Baixo Jaguaribe: a cidade de Itaporanga e povoados próximos, às margens do Piancó, rio que nasce nos contrafortes das serras que separam Paraíba, Pernambuco e Ceará, juntando-se no sertão paraibano ao rio Piranhas-Açu.[44] De 80 cães examinados, deram positivo para *Leishmania* 11 ou 13,8%, taxa encontrada habitualmente nos focos da doença canina. Nos mesmos locais foram capturados 170 flebótomos, a quase totalidade *P. longipalpis* (168) e a maioria na cidade de Itaporanga. Alencar não encontrou casos humanos ativos de calazar.

O DDT nas leishmanioses

Na campanha contra o *Anopheles gambiae,* no Nordeste, e naquelas desfechadas contra a malária em outras partes do Brasil a arma química usada contra os mosquitos transmissores fora principalmente o Verde-Paris, um arsenical venenoso para larvas de anofelinos. Ao final da Segunda Guerra Mundial, o diclorodifenil-tricloroetano (DDT) era tido como o meio mais eficaz de combater os vetores da malária e de outras doenças. O produto fora sintetizado em 1854, mas só mais tarde sua eficácia foi demonstrada pelo suíço Paul Muller, Prêmio Nobel de Medicina em 1948. No pós-guerra, o uso do DDT disseminou-se na saúde pública, na agricultura e na vida doméstica. Segundo os especialistas, combinava qualidades não encontradas em nenhum outro composto químico usado até então: alta toxidez para os insetos, baixa toxidez para o aplicador, ação prolongada com estabilidade química satisfatória e baixo custo. Os resultados muito positivos levaram autoridades de saúde

44 A investigação de Alencar transcorreu em Pedra do Fumo, Braúna, Junco, Malhada da Areia, Malhada Grande, Pé de Serra, Riachão, Saco do João Pedro e Taboleiro. Um dos principais formadores da bacia Piranhas-Açu, o Piancó deságua hoje no açude Coremas, uma das maiores barragens brasileiras.

internacionais a acreditar que a erradicação da malária seria possível com o DDT (SILVA; HOCHMAN, 2011, p. 519-543).[45]

Em 1945, na cidade de Breves, no Pará, ocorreram as primeiras dedetizações domiciliares no Brasil para combater a malária (DEANE, 1986, p. 57-58). Dois anos depois, teve início a primeira grande campanha com DDT no estado e na cidade do Rio de Janeiro (SILVA; HOCHMAN, 2011, p. 523; HOCHMAN; MELLO; SANTOS, 2002, p. 269).

A Campanha contra a Leishmaniose Visceral no Ceará, instituída como braço da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde, e a partir de 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (Ministério da Saúde), adotou a dedetização domiciliária para combater a epidemia que grassava no estado. Um estudo feito pelos Deane e por Alencar, de abril a agosto de 1954, foi importante para a calibragem do combate ao *Phlebotomus longipalpis*: o DDT devia ser aplicado uma vez por ano nas paredes de dentro e de fora das casas, mas só até 3 metros de altura, na razão de 2 gramas por metro quadrado de superfície (DEANE; DEANE; ALENCAR, 1955, p. 131-141). A aspersão devia ser feita também nos abrigos de animais. O efeito do DDT sobre o principal vetor do calazar foi inicialmente avaliado em quatro áreas rurais comparáveis. Verificaram os autores do estudo que, logo após a dedetização, os flebótomos praticamente desapareciam das casas tratadas e, ao fim de quatro meses, sua densidade mantinha-se muito baixa nelas; nos abrigos de animais domésticos também caía, mas bem menos que dentro das casas, e pelo terceiro mês já não se observava mais nesses abrigos a influência do inseticida. Ao ar livre, a densidade de flebótomos não era afetada (DEANE; DEANE; ALENCAR, 1955, p. 133-141; DEANE, 1958, p. 441).

A transmissão intradomiciliária poderia ser reduzida, fato importante considerando-se que o *P. longipalpis* sugava mais à noite,

45 A ideia do caráter inofensivo do DDT para a saúde humana, que, na África, levou alguns médicos a ingerirem o produto diante dos nativos, para convencê-los de que nada tinham a temer, seria desfeita mais tarde e hoje antigos guardas da SUCAM reclamam tratamento para intoxicação por DDT.

quando a população humana estava recolhida às casas, principalmente aquela parte mais suscetível, as crianças. A transmissão extradomiciliária constituía o calcanhar de Aquiles daquela estratégia profilática. Medidas antilarvárias tão importantes na febre amarela e malária não eram aplicáveis às leishmanioses, já que seus vetores não se reproduziam em meio aquático. Larvas e pupas de *P. longipalpis* tinham sido encontradas na terra ao pé de árvores, em currais de jumentos, em espaços entre ou sob pedras e em outros lugares mais ou menos distantes das habitações humanas (DEANE, 1956). Seus criadouros eram na verdade ainda mal conhecidos (DEANE; DEANE, 1957, p. 225-246; DEANE, 1958, p. 442).

Em edição de *O Jornal,* de junho de 1954, lemos: "Verificada a alta sensibilidade do flebótomo ao DDT, foi entregue ao SNM o expurgo da região, devendo os trabalhos de dedetização dos domicílios da zona epidêmica ser realizado com toda a brevidade, já iniciado que foi nos primeiros dias do mês de maio" (SEM NENHUMA INTERRUPÇÃO, 5 jun. 1954, p. 2).

Segundo Alencar (1959, p. 257), a exiguidade das dotações orçamentárias não permitiu dedetizar todas as áreas com leishmaniose visceral. Foram expurgadas somente aquelas com maior densidade de casos humanos e caninos. Na verdade, o uso do DDT no Ceará continuou a ter caráter experimental até 1960, atuando a Campanha em dois grupos de 14 municípios: em um o inseticida foi aplicado, em outro não.

Tabela 2. Casos de calazar humano em municípios não dedetizados no Ceará

Municípios	1953 a 1956	1957 a 1960
Aracati	10	8
Aracoiaba	2	3
Canindé	6	7

Municípios	1953 a 1956	1957 a 1960
Guaraciaba	4	6
Independência	5	16
Iguatu	5	3
Limoeiro	11	10
Quixeramobim	9	2
Redenção	4	4
Santa Quitéria	9	15
Tamboril	3	4
Tauá	12	5
Uruburetama	4	6
Totais	89	101
% de aumento	-	11,9

Fonte: Alencar (1961, p. 177-178, quadro 11).

Tabela 3. Casos de calazar em municípios dedetizados no Ceará

Municípios	1953 a 1956	1957 a 1960
Cariré	21	1
Coreaú	62	9

Municípios	1953 a 1956	1957 a 1960
Frecheirinha	19	7
Ipu	91	48
Ipueiras	76	25
Jaguaruana	42	23
Maranguape	7	14
Massapê	62	26
Mocambo	33	5
Nova Russas	17	15
Russas	43	43
Sobral	104	34
Tianguá	40	18
Viçosa	148	52
Totais	765	320
% de redução	-	58,2

Fonte: Alencar (1961, p. 177-178, quadro III).

Esses e outros quadros produzidos por Alencar buscavam revelar o peso das ações contra o vetor em comparação a outras medidas direcionadas para os reservatórios humano e canino, uma vez que o DDT era o único fator que variava entre os dois grupos de municípios. Naqueles em que se fez repetidas dedetizações houve redução de 58,2% no número de casos de leishmaniose no segundo quatriênio em relação ao primeiro (e de 36,2% do último biênio sobre o penúltimo). De 271 localidades em que fora assinalado o calazar ao começar a Campanha, apenas 11 apresentavam a doença em 1960. Sua incidência foi zerada em 4 municípios dedetizados 2 a 4 vezes no período de cinco anos. Já nos municípios não dedetizados, houve aumento de 11,9% dos casos no quadriênio 1957-1960 em comparação com os anos 1953-1955. Isso poderia ser atribuído, em parte, à maior eficiência na busca e no diagnóstico de casos. Mas o aumento de 4,2% na comparação dos dois biênios do último quatriênio não deixava dúvida quanto aos efeitos da ausência do inseticida (ALENCAR, jul./ago. 1961, p. 175-180 [175, 177-178]).

As dedetizações feitas pelo Serviço Nacional de Malária ficavam a reboque da profilaxia da malária, o que prejudicou a campanha contra o calazar. As turmas do SNM agiam em função dos hábitos de vida dos *Anopheles*, que não eram os mesmos dos *Phlebotomus*, o que levaria Alencar (jul./ago. 1961, p. 178) a escrever: "a dedetização não foi feita na medida do que era necessária, nem também o foi na época aconselhável, aquela que antecede a queda das chuvas, após as quais a densidade de flebótomos aumenta e com isso o contágio se intensifica". Em consequência disso, em algumas regiões do Ceará diminuiu muito a incidência do calazar, mas em outras, a redução foi pequena por não ter sido aproveitada a época considerada "ótima" de aplicação do inseticida (*idem*, p. 177).

O combate químico ao vetor era apenas uma das frentes da campanha, que envolveu a descoberta e o tratamento dos casos humanos e a descoberta e eliminação dos casos caninos.

Grande ênfase foi dada ao cão como reservatório de *Leishmania* e como alvo das ações profiláticas. Alencar considerava a leishmaniose visceral no Ceará "uma zoonose de canídeos que se transmite eventualmente ao homem (ALENCAR, jul./ago. 1961, p. 175).[46] O parasitismo sanguíneo em ambos mostrava-se escasso, o que representava uma limitação para o diagnóstico da doença e para a infecção do flebótomo. O parasitismo cutâneo fora constatado no Brasil em pacientes humanos não tratados, em lesões ou mesmo na pele aparentemente sã (DEANE, 1958, p. 434-435). A leishmaniose dérmica pós-calazar, que, na Ásia, fazia do homem uma fonte de infecção nos períodos inter-epidêmicos, só fora assinalada aqui uma vez (CALDEIRA; BOGLIOLO, 1957, p. 193-205). Já nos cães doentes, a frequência e intensidade do parasitismo cutâneo foi confirmada por vários estudos. Observações feitas no Ceará por meio de biópsias resultaram no encontro de leishmânias na pele em 16,3% dos doentes humanos e 77,6% dos cães (DEANE, 1956; DEANE; DEANE, 1955, p. 61-76; DEANE; DEANE, 1957, p. 204). A infecção do *Phlebotomus longipalpis* era por isso mais frequente em cães.

Segundo o veterinário Filipe Dantas Torres (29.11.2016), em entrevista que nos concedeu em Recife, somente Brasil e China procederam a matança tão ampla de cães para combater a leishmaniose E, de fato, Alencar tomava como principal referência a experiência chinesa, pois lá a estratégia de luta contra o calazar apoiava-se principalmente na destruição do hospedeiro-reservatório de *Leishmania donovani*.[47] Para o parasitologista cearense, o êxito da campanha no

46 A tese de livre docência de Alencar defendida em 1959 na Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará foi publicada no mesmo ano com o título Calazar canino. Contribuição para o estudo da epidemilogia do calazar no Brasil. O reservatório canino foi objeto de muitos outros estudos referidos em Benchimol e Jogas Junior (2020).

47 Suas fontes eram trabalhos de Chung (1940, p. 501-523), que aconselhava a eliminação dos cães doentes, e de Lu e colaboradores (1955, p. 91-99), sobre as

Nordeste do Brasil dependia da eliminação de todos os cães considerados clinicamente doentes e também dos "vagabundos". Julgava ainda que se devia evitar "o deslocamento do cão através das correntes migratórias internas, por ocasião das crises climáticas", o que remete o autor destas linhas a cenas de *Vidas Secas,* que têm entre seus personagens o cão Baleia, fiel companheiro dos retirantes retratados no livro de Graciliano Ramos (1938) e no filme de Glauber Rocha (1973). Não espanta que essa vertente da campanha contra o calazar tenha esbarrado em certa resistência de parte da população (ALENCAR, 1959, p. 260). À luz dos valores atuais da ética animal, é chocante o número de cães eliminados em sete anos de Campanha (1953-1960): de 279.423 examinados, 78.929 foram abatidos (28,24%), não obstante apenas 3.712 cães (1,32% do total) fossem dados como positivos.

Como eram eliminados os animais? Diversos métodos foram testados. A injeção de éter intrapleural e o uso de armas de fogo provocaram muito sofrimento do cão antes da morte. Adotou-se então o flúor acetado de sódio (1080), droga usada para matar roedores. Foi considerado eficiente, mas perigosa ao manuseio. Testaram-se então a estricnina e o cianeto de potássio, observando-se que o primeiro veneno era "de mais fácil manejo que o cianeto e tem uma acentuada ação no cão, matando em poucos minutos, aplicado numa pequena bola de queijo ou gordura (sebo de gado ou de carneiro)". Mas tanto um como o outro ofereciam perigo aos guardas sanitários que os manipulavam, o que dificultava o andamento da campanha. "Por isso ultimamente tem sido aconselhada em instruções do serviço a eliminação por percussão violenta na região occipital com porrete de madeira; a morte dá-se instantaneamente, sem sofrimento" (ALENCAR, 1959, p. 260-261). Esse método brutal seria

realizações da China no tratamento e prevenção do calazar.

usado por muito tempo, até os movimentos de defesa de animais e os veterinários forçarem a mudança dessa conduta.

Hospedeiro humano: terapêutica e condições de vida

Deane, Alencar, Samuel Pessôa e outros enfatizavam um aspecto da epidemiologia da leishmaniose visceral, as condições socioeconômicas ou o "pauperismo" dos trabalhadores rurais cearenses, razão de ser da "defesa do homem sadio" e da "melhoria das condições de vida das populações atingidas" (ALENCAR, jul./ago. 1961, p. 175-180 [175-176]). As variações da morbidade e mortalidade pela leishmaniose visceral estavam ligadas "aos infortúnios sociais", como havia sido documentado também na Índia por Sen Gupta (1951, p. 266-271, 312-317). Na prática, as ações concernentes às populações humanas no Ceará limitaram-se ao tratamento sistemático com os antimoniais então disponíveis – Glucantime (antimoniato de N-metil-glucamina) ou o gluconato de sódio e antimônio. Há referências também ao uso do Solustibosan (hexonato de antimônio) (ALENCAR, jul./ago. 1961, p. 175-176; DEANE, 1958, p. 441). Nos casos resistentes a esses antimoniais, usavam-se as diamidinas aromáticas, em particular o Lomidine. Esses medicamentos eram fornecidos gratuitamente a hospitais e postos utilizados ou criados pela Campanha.[48]

Os pacientes deviam ser tratados "na instituição mais próxima (Centro de Saúde, Posto de Higiene, Posto de Endemias, hospital, maternidade etc.)" – explicava Alencar (1959, p. 258). Aplicava-se o Glucantime, primeira escolha, à razão de 0,2cc ou 0.07g por quilo de peso (as ampolas de 5cc continham 1,50g do medicamento). Pacientes com 5 quilos recebiam 1cc.; com 10 quilos, 2cc. e daí por diante mantinha-se esta dose, injetada por via intramuscular

48 Não obtivemos dados sobre os laboratórios fabricantes e sobre o sistema de aquisição, armazenamento e distribuição desses medicamentos. Durante o tempo de vigência do DNERu, era o Serviço de Produtos Profiláticos que cuidava disso.

ou endovenosa, diariamente ou em dias alternados, conforme as condições orgânicas e a distância da residência do paciente. Após uma série de 10 injeções, dava-se um intervalo de 20 dias, faziam-se novos exames para ver se houvera a cura clínica. Se isso não acontecesse, nova série de Glucantime era aplicada. O tratamento específico era complementado com "antianêmicos, extrato hepático, vitaminas e proteínas" (ibidem).

A campanha tinha em mira também a "defesa do homem sadio", mas os tempos verbais empregados por Alencar (1959, p. 263-264) indicam que isso esteve mais no plano das intenções do que da prática. Consistia não apenas em evitar as picadas de flebótomos como o contato íntimo com os cães. A telagem das aberturas das casas e o uso de mosquiteiros era uma medida eficiente contra anofelinos e culicínios, mas para flebótomos requeria malhas muito cerradas (0,5 mm). Além dessa dificuldade técnica, que podia tornar o ambiente nordestino muito mais quente do que já era, representava uma "medida cara e de difícil aplicação, pois as regiões afetadas são de população pobre, cujos recursos não permitem a sua utilização" (ibidem). Aos que trabalhavam em regiões endêmicas era recomendado o uso de repelentes de moscas e mosquitos como a essência de eucalipto, o óleo de citronela ou o dimetilftalato.

O raio de voo dos flebotomíneos era pequeno, por isso a derrubada de árvores em torno das casas dava alguma proteção, sugerindo Alencar "120 jardas" (cerca de 110 metros), com base em observações feitas pelos chineses para dípteros que certamente não tinham os mesmos hábitos do *Phlebotomus longipalpis* (SUN; WU, 1937, p. 663-673). Este abrigava-se em lugares escuros e pouco ventilados, por isso boa iluminação e ventilação, pisos, janelas e medidas de saneamento dificultariam sua vida dentro das casas, mas as condições de vida das populações afetadas inviabilizavam essas melhorias.

A educação da população era defendida por Alencar, mas ainda como projeto fundamentado no que autores estrangeiros recomendavam. O hospedeiro animal devia ser o principal alvo das medidas

de propaganda para "prevenir a promiscuidade de animais e do homem em geral e de cães e crianças em particular" (ALENCAR, 1959, p. 264-265).

O Ceará e o cenário atual das leishmanioses

Foi notável o contraste entre a raridade da leishmaniose visceral no Pará e sua abundância no Ceará. Dissemos atrás que, até fins de 1957, tinham sido diagnosticados no continente americano 2.179 casos de calazar (1.840 em vida e 339 *post-mortem*), dos quais 2.145 (98,43%) no Brasil, a esmagadora maioria no Nordeste (DEANE, 1958, p. 431). Os dados mais consistentes eram aqueles produzidos pela Campanha contra a Leishmaniose Visceral no Ceará.

"Dos pacientes observados em vida," – escreveu Deane (1958, p. 431) – "poucos foram encontrados através de inquéritos epidemiológicos, a maioria tendo sido descoberta ao procurarem os doentes ou seus pais, espontaneamente, o tratamento, em poucos postos especializados existentes em alguns estados: em vista dos minguados recursos das populações mais atingidas, julgamos que o número de casos, que procura assistência, representa apenas pequena fração daqueles que realmente ocorrem. A maioria dos médicos do interior não está alertada para a presença dessa doença".

Como vimos, nos três postos instalados pela campanha cearense foram atendidos cerca de 300 doentes de maio de 1953 a agosto de 1954, período em que Leônidas e Maria Deane desenvolviam pesquisas na região. Em 1955, eram já cerca de 600 os casos, segundo conferência proferida por Alencar na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (NOTAS MÉDICAS..., CORREIO DA MANHÃ, 5 abr. 1955, p. 14). O número de casos totalizava 2.096 em dezembro de 1960, sem contar aqueles reconhecidos após a morte pelas viscerotomias do Serviço Nacional de Febre Amarela.[49] Para Alencar, esses núme-

49 Até fins dos anos 1950, 330 casos foram diagnosticados pelo exame de amostras de fígado obtidas *post-mortem* para pesquisa de lesões de febre amarela, entre cerca de 470 mil óbitos (0,07%) (DEANE, 1959, p. 431-432).

ros ascendentes indicavam melhoria da capacidade diagnóstica dos médicos das zonas rurais, e os números descendentes, nos anos 1956 a 1960, comprovavam os efeitos positivos da campanha.

Tabela 4. Casos de leishmaniose visceral diagnosticados no Ceará (1953-1960)

1953	140
1954	356
1955	424
1956	308
1957	263
1958	189
1959	203
1960	204
Total	2.087[50]

Fonte: Alencar (1961, p. 176).

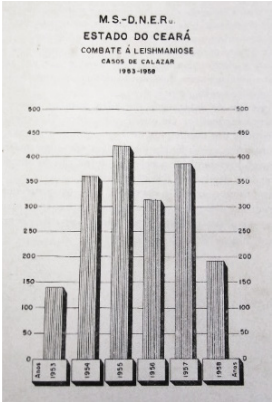

Figura 1. Casos de leishmaniose visceral diagnosticados no Ceará (1953-1960)

Fonte: Alencar (1959, p. 267).

50 Não incluía 9 casos anteriores a 1953, relacionados provavelmente ao inquérito de Albuquerque, Brito e Moraes no Vale do Cariri (1942, p. 61-69).

Em 1958, o ministro de Saúde do governo de Juscelino Kubitschek prometia aniquilar cinco endemias: bouba, doença de Chagas, bócio, tracoma e leishmaniose.[51] Naquele mesmo ano, a 15ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em Porto Rico, aprovava resolução declarando livre do *Aedes aegypti*, o vetor da febre amarela urbana, o Brasil, a zona do Canal do Panamá e outros nove países. Ainda em 1958, o Brasil engajava-se oficialmente na campanha mundial de erradicação da malária. São eventos marcantes daquela era de otimismo sanitário que, uma década depois, começaria a dar lugar às incertezas que vivemos atualmente. Ao mesmo tempo disseminavam-se pelo país as ações contra as endemias rurais.

Em 1962, Joaquim Eduardo Alencar esteve em Santarém, cidade portuária paraense situada na confluência dos rios Tapajós e Amazonas, com Ernesto de Pinho Pessoa, médico epidemiologista do DNERu que era irmão de Felizardo Pinho Pessoa Filho, e Orlando Rodrigues da Costa, professor de parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Pará (ALENCAR; PESSOA; COSTA, 1962, p. 371-377). Era a primeira vez que se diagnosticava o calazar no município de Santarém, o que abria a possibilidade de penetração da doença no estado do Amazonas, onde nunca fora e não foi ainda encontrada a doença humana autóctone. O inquérito mostrava que a emigração de nordestinos para outras regiões do país levava a leishmaniose visceral e poderia estar na origem de novos e insuspeitados focos.

E, de fato, aumentou o número de diagnósticos feitos tanto por médicos interioranos como das grandes cidades, para onde

51 A matéria publicada no *Correio da Manhã* tinha um longo título: "Ministro Mário Pinotti promete ao Brasil doente dias melhores: as novas gerações não mais sofrerão de cinco terríveis flagelos – Evitar que morram 500 mil crianças por ano – Saneamento básico e assistência hospitalar – O combate à tuberculose, lepra, câncer, doenças mentais e melhoria do sanitarista – O programa do novo titular da pasta da Saúde" (MINISTRO MÁRIO PINOTTI..., 8 jul. 1958).

migravam contingentes cada vez maiores de trabalhadores rurais do Nordeste. Aumentou também a consciência de que casos isolados precisavam ser investigados, já que era provável sua ligação com novas áreas endêmicas. Os inquéritos epidemiológicos foram viabilizados pela transformação nos aparatos de saúde pública em níveis federal e estadual e pelo adensamento da malha institucional capaz de abrigar os estudos sobre as leishmanioses e outras endemias rurais. As faculdades de medicina de São Paulo e Ribeirão Preto (criada em 1947) e o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, eram os principais polos dessa rede. Dela faziam parte o Instituto de Medicina Preventiva da Universidade do Ceará, o Instituto Evandro Chagas, em Belém, e três centros de pesquisa criados em fins dos anos 1950 por um braço importante do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), o Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu): o Núcleo de Pesquisas da Bahia, depois chamado Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz; o Centro de Pesquisas de Belo Horizonte, que viria a se chamar Centro de Pesquisas René Rachou; e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em Recife. Os trabalhos realizados nessas instituições, subordinadas em 1970 à Fundação Oswaldo Cruz, tinham em mira principalmente a esquistossomose, a doença de Chagas e a malária, mas a leishmaniose visceral ganhou importância em estudos envolvendo estreita cooperação com as universidades de Pernambuco, Bahia e Minas Gerais. Um marco na consolidação dessa rede de pesquisas foi a Jornada sobre Calazar realizada em Salvador, em 1960 (BENCHIMOL; JOGAS JUNIOR, 2020, p. 613-616). Os especialistas interessados nessa endemia (mas que trabalhavam também com outras) lá se reuniram pela primeira vez, e em 12 de novembro, primeiro dia da Jornada, fundaram a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.

A medicina tropical ganhava renovada importância também no cenário internacional porque as doenças que eram tradicionalmente de sua alçada passaram a ser vistas como importantes obstáculos às

(e subprodutos das) políticas de desenvolvimento que tinham em mira retirar países como o Brasil de sua condição "subdesenvolvida" e, principalmente, evitar que saíssem de suas órbitas no mundo capitalista por força do potencial de rebelião popular propiciado pela conjunção entre pobreza e doenças.

De 1952 até fins de 1958, foram diagnosticados no país, em vida, 2.145 casos, a maioria no Ceará e outras áreas do Nordeste. Em 1973, eram já cerca de 5.000, dos quais 3.831 casos (quase 77%) correspondiam ainda ao Ceará. Os demais provinham principalmente do Piauí, Bahia, Minas Gerais e Rio Grande do Norte onde a doença grassava endemicamente. Pará, Maranhão, Mato Grosso, Espírito Santo e outros estados do Nordeste (Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe) apresentavam casos então considerados esporádicos. Não ocorria ainda nos estados sulinos.[52]

Uma equipe liderada por Alencar, ao cotejar dados fornecidos pela SUCAM com os da campanha que havia liderado no Ceará, constatou aumento da incidência da doença nesse estado nos anos 1970.[53] Com a interrupção da campanha em 1961 e a desativação parcial ou total das medidas de profilaxia nos anos seguintes, o número de casos voltou a aumentar, "de modo que de 1969 para cá a situação se assemelha à que era observada no início da campanha, em 1953, ou mesmo pior" (ALENCAR *et al.*, 1974-1975, p. 27-53 [30]).

52 Só nos anos 1990 seriam diagnosticados o primeiro caso canino (1998) e o primeiro caso humano (1999) no estado de São Paulo, na cidade de Araçatuba (SILVEIRA, 9 ago. 2010).

53 O artigo submetido à publicação em 27.8.1974 (ALENCAR *et al.*, 1974-1975, p. 27-53 [28]) foi produzido no Departamento de Patologia e Medicina Legal do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, com a colaboração da SUCAM. Alencar era professor-adjunto do Departamento; Yacy Mendonça de Almeida, médica do Hospital São José de Doenças Transmissíveis; Zilmar Fontenelle e Silva, professor-assistente do Departamento; Altanir Santos Paiva, médico estagiário lá e Marlene Filgueiras da Fonseca, doutoranda estagiária.

Tabela 5. Calazar no Ceará: casos notificados até 1973

Ano	Nº de casos	Nº de municípios afetados
até 1952	7	4
1953	142	21
1954	356	39
1955	424	46
1956	308	54
1957	263	47
1958	189	54
1959	203	46
1960	204	66
1961	131	51
1962	80	37
1963	72	43
1964	40	4
1965	24	20
1966	81	28
1967	95	22
1968	111	25
1969	166	42
1970	181	38
1971	196	11
1972	227	16
1973 (até nov.)	177	11
TOTAL	3.677	123

Fonte: tabela nº 2 em Alencar *et al.* (1974-1975, p. 27-53 [32]).

Tabela 6. Frequência acumulada de casos por município no Ceará (1939-1973)

Município	Nº de casos
Sobral	473
Ipu	368
Granja	260
Viçosa	212
Novas Russas	168
Ipueiras	125
Crato	114
Canindé	93
Santa Quitéria	103
Massapé	96
Russas	94
Jaguaruana	82
Reriutaba	79
Tianguá	73
Coreaú	72
Crateús	60
Tauá	58
São Benedito	57
Fortaleza	55

Fonte: tabela nº 4 em Alencar *et al.* (1974-1975, p. 27-53 [35]).

O calazar grassava principalmente em zonas rurais, mas ocorria também em bairros e subúrbios de cidades como Sobral, Russas e Fortaleza. A endemia agravava-se em épocas de seca ou inundação e continuava a atingir principalmente crianças de até 10 anos (81,1% do total de casos).

No começo dos anos 1990, a leishmaniose visceral já ocorria em 17 estados nas regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Norte. "A doença está se espalhando para novas localidades nas diferentes regiões endêmicas" – escreveu Mariza Mendes Lacerda (1994, p. 489-495 [489]) da Coordenação de Controle de Zoonoses e Animais Peçonhentos da Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Foram cerca de 15.000 os casos registrados entre 1984 e 1994, informam Arias e colaboradores (1996, p. 5), estando ainda no Nordeste as áreas de maior endemicidade (70% dos casos).

A leishmaniose visceral foi considerada até os anos 1980 uma patologia das áreas rurais, ainda que poucos casos ocorressem em Sobral e outras aglomerações urbanas interioranas. A partir de meados da década de 1970, ela irrompeu na periferia de cidades maiores como Rio de Janeiro, Corumbá (MS), Teresina (PI), Aracaju (SE), Natal (RN), São Luiz (MA) e Fortaleza (CE); e no final da década de 1980 intensificou-se a urbanização da endemia, à medida que se ampliava a crise social decorrente das políticas concentradores de renda e população e a expulsão da população rural para as periferias miseráveis de grandes centros urbanos (MARZOCHI, 1996, p. 49; MARZOCHI *et al.* 1986, p. 139-144, 1986). Nos anos 1990, surtos irromperam em Natal, São Luís e Belo Horizonte, tornando-se a doença endêmica ou epidêmica em várias outras cidades brasileiras de grande e médio porte.

Importantes transformações demográficas e socioeconômicas estavam na base da urbanização das leishmanioses e de outras doenças parasitárias e infecciosas. Em 1950, a população brasileira era de 51.944.397 habitantes, e em 2000, 169.590.693, um crescimento de 226,4%. Ele foi relativamente maior no Centro-Oeste (657,8%) e no Norte (529,3%), regiões que mais receberam migrantes em virtude da expansão da fronteira agropecuária e mineral e dos grandes projetos implementados ou apoiados pela ditadura civil-militar. O fortalecimento da grande lavoura mecanizada de exportação em

detrimento da agricultura familiar e o processo de industrialização ocorrido sobretudo no Sudeste do Brasil a partir da década de 1960 mudou o perfil da população brasileira, que deixou de ser predominantemente rural no período 1960 a 1970, de intenso êxodo rural (GIRARDI, 2008).

De acordo com os censos demográficos do IBGE analisados por este autor, em 1950 a população urbana era de 18.782.891 habitantes, sendo a taxa de urbanização de 36,1%. Em 1970, esta havia subido para 55,9%. Entre 1950 e 2000, a população urbana aumentou 633,4%, alcançando 137.755.550 habitantes, o que corresponde a uma taxa de urbanização de 81,2%. A população urbana aumentou quase três vezes mais do que a população brasileira total nesses cinquenta anos. A população rural brasileira era em 1950 de 33.161.506 habitantes e correspondia a 63,84% da população total. Vinte anos depois, eram 41.037.586 habitantes, apenas 44% da população total. Girardi atribui a inversão ao "agronegócio, beneficiado por incentivos governamentais às grandes propriedades e à produção capitalista, ao avanço da fronteira agropecuária e mineral, às grandes obras de infraestrutura e aos projetos de colonização e ao extremo parcelamento da terra ocupada pelo campesinato do Sul. No Sudeste, a região que mais recebeu migrantes e onde foi mais intensa a urbanização (90,5% em 2000), houve aumento relativo de 510% em sua população urbana no período de 1950 a 2000, em números absolutos: 54.720.782 habitantes, ou 32,26% da população total do país. Nos mesmos cinquenta anos, na região Nordeste, a população urbana passou de 4.744.808 habitantes em 1950 a 32.929.318 em 2000, ao passo que a população rural, que era de 13.228.605 habitantes em 1950, subiu apenas para 14.763.935 habitantes.

De doença própria de áreas de clima seco, ambientes fisiográficos compostos por vales e montanhas, onde se encontram os chamados "boqueirões" e "pés-de-serra", o calazar passou a grassar em periferias de grandes centros urbanos, em áreas de terra firme

nas diferentes regiões e em faixas litorâneas do Nordeste – lê-se no *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral* (2006, p. 13).

Arias e colaboradores (1996, p. 145-146) atribuíram esse fenômeno a condições epidemiológicas favoráveis nos ambientes urbanos, combinadas à redução do espaço ecológico original da zoonose. "Ondas de secas, falta de terras para cultivar e fome têm levado a grande migração de populações para os subúrbios periféricos de grandes cidades, criando favelas densamente povoadas com infraestrutura e saneamento mínimos. A maior parte das famílias que migram são constituídas de agricultores jovens, mal estabelecidos, no auge da idade para procriar; crianças com menos de 15 anos representam larga proporção de toda essa população. Nas comunidades onde se instalam, a doença recém-introduzida (parasita) encontra grande número de hospedeiros não imunes que, devido às precárias condições de vida, são mal-nutridos. A má nutrição é um dos principais fatores de risco para a infecção por *L. chagasi* e leishmaniose visceral. O hábito de manter nos quintais animais domésticos como cães, galinhas e cavalos fornece abundantes refeições de sangue para os flebotomíneos e eleva dramaticamente as densidades das populações do vetor" (ARIAS *et al.*, 1996, p. 145).

Mauro Marzochi (1996, p. 49-51) foi igualmente contundente na análise da urbanização do calazar, vendo-a como consequência de "políticas sociais e econômicas que geraram imensas desigualdades sociais traduzidas pelo elevado grau de pobreza, desemprego e desnutrição das classes menos favorecidas, ao lado da grande mobilidade e fluxo de pessoas, animais e seus respectivos parasitas". O aumento do risco de adoecer por leishmanioses e outras doenças parasitárias e infecciosas teve como contrapartida a diminuição da capacidade dos serviços de saúde de atender à grande massa de pobreza concentrada nas grandes cidades.

No final do século XX, no Brasil e em outros países, todas as formas de leishmaniose que pareciam sob controle emergiram

ou reemergiram em zonas rurais e urbanas devido a mudanças ambientais, migrações humanas, crescimento urbano caótico e outros processos socioeconômicos incidentes sobre largas porções dos territórios desses países. A leishmaniose visceral adquiriu formas graves ao associar-se a infecções concomitantes, como a Aids.

As leishmanioses foram então classificadas como doenças tropicais negligenciadas. Embora sejam de fato negligenciadas pelas políticas públicas e afetem populações negligenciadas, mobilizam uma das mais pujantes comunidades de pesquisa no Brasil. Isso se deve em parte às muitas incertezas pairam ainda sobre os mecanismos de transmissão, as técnicas diagnósticas, o tratamento e o controle desse conjunto tão complexo de doenças.

À mesma época, novos paradigmas mudaram a maneira de vê-las, especialmente a biologia molecular, imunologia e bioquímica, disciplinas em que passaram a ser treinados contingentes cada vez mais numerosos de estudantes dos cursos de pós-graduação que se disseminaram pelo Brasil e outros países.

A crescente especialização dos profissionais que lidam com as leishmanioses e outras doenças negligenciadas parece ter como contrapartida –, com exceções, é claro –, uma inabilidade para perceber o problema holisticamente, como fazia a geração multivalente de P. C. C. Garnham, Samuel Pessôa e Leônidas Deane, bem mais sensível aos determinantes sociais e ambientais das leishmanioses e de outras doenças endêmicas. Por outro lado, mudanças consideráveis ocorreram nas normas éticas da pesquisa científica, e, assim, para as novas gerações de médicos e investigadores tornaram-se impensáveis práticas que eram corriqueiras até o pós-guerra na experimentação com humanos e animais. E isso acontece porque elas são também eventos culturais que dependem de categorias de pensamento e constructos verbais específicos a uma geração, os quais refletem a história do campo médico e da sociedade que o engloba.

Referências

A PEDIDO - Deixa a Divisão de Organização Sanitária do Departamento de Saúde o sanitarista Barca Pellon. Rio de Janeiro, *Diário de Notícias,* Primeira Seção, ano XXIV, n. 9579, p. 2, 24.I.1954.

ALBUQUERQUE, A. F. R.; BRITO, R. S.; MORAES, M. O. Importante foco de mal de chagas e leishmaniose visceral americana no Vale do Cariri (Estados de Ceará e Pernambuco). Rio de Janeiro, *O Hospital,* v. XXI, n. I, p. 61-69, jan. 1942.

ALENCAR, J. E.; ARAGÃO, T. C. Leishmaniose visceral no Ceará: sintomas observados em 174 casos. *XII Congresso Brasileiro e Higiene,* 1955. São Paulo, Publicações Médicas, v. 28, p. 197, 1957 (referência em Alencar, 1959, p. 280).

ALENCAR, J. E. Aspectos clínicos do Calazar Americano. Rio de Janeiro, *Revista de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. II, n. I, p. 19-44, 1959.

ALENCAR, J. E. *Calazar canino:* contribuição para o estudo da epidemiologia do calazar no Brasil. Tese (Concurso de livre docência da cadeira de parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará), Fortaleza, Imprensa Oficial, 1959.

ALENCAR, J. E. Investigações em torno de foco de calazar na Paraíba. Rio de Janeiro, *Revista de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. 14, n. 4, p. 367-369, 1962.

ALENCAR, J. E. Profilaxia do calazar no Ceará. São Paulo, *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo,* v. 3, n. 4, p. 175-180, jul./ago., 1961.

ALENCAR, J. E.; DINIZ, J. O.; PESSOA FILHO, F. P.; ARAGÃO, T. C.; CORREIA, T. A. Alguns focos de calazar no Piauí. *XIII Congresso Brasileiro de Higiene*. Fortaleza, 12 a 16 de agosto de 1956. Departamento Nacional

de Endemias Rurais, Campanha de Leishmaniose. Diretor geral: Dr. Mario Pinotti. Coordenador Dr. Joaquim Eduardo de Alencar, 3 páginas datilografadas.

ALENCAR, J. E.; PESSOA, E. P.; COSTA, O. R. Calazar em Santarém, estado do Pará. Rio de Janeiro, *Revista de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. 14, n. 4, p. 371-377, 1962.

ALENCAR, J. E; HOLANDA, D.; CAVALCANTE, J. D. N. Calazar no Vale do Jaguaribe. Ceará, 1955. Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. 8, n. 1, p. 33-47, 1956.

ALENCAR, J. E.; ALMEIDA, Y. M.; SILVA, Z. F.; PAIVA, A. S.; FONSECA, M. F. Investigação epidemiológica. Aspectos atuais do calazar no Ceará. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. XXVI-XXDVII, p. 27-53, 1974-1975.

AMEAÇADO DE FECHAR O AMBULATÓRIO da Santa Casa. Jornal Fortaleza, *Unitário,* 25 set. 1953, p. 1.

ANAIS DO 2º CONGRESSO MÉDICO DO NORDESTE BRASILEIRO e 7ª Reunião Anual do Centro Médico Cearense. Patrocínio e Organização Centro Médico Cearense. Fortaleza, 2 a 5 de julho de 1953, s. d.

ANAYA, G. L. *O Feroz Mosquito Africano no Brasil:* o *Anopheles gambiae* entre o silêncio e a sua erradicação (1930-1940). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

ANAYA, G. L. *Anopheles gambiae:* do invasor silencioso ao "feroz mosquito africano" no Brasil (1930-1940). Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016.

ANTHIOMALINE. Massachusetts, *The New England Journal of Medicine,* v. 230, n. 16, p. 498-499, Apr. 20, 1944.

ARAGÃO, T. C. *Álbum fotográfico com 199 fichas de casos tratados por ele, com foto e curta descrição de cada caso*. Cópia sob a guarda do Museu Diocesano Dom José, Sobral, s. d.

ARAGÃO, T. C. *Surto de leishmaniose visceral na zona norte do Ceará*. Comunicação feita à 3ª Reunião Saúde Pública do Estado do Ceará, set. 1953.

ARIAS, J.; BELTRAN, F.; DESJEUX, P.; WALTON, B. *Epidemiologia y control de la leishmaniose en las Américas, por país o territorio*. Cuademo Tecnico n. 44. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1996, 52 p.

ARTOM, M.; LACAZ, C. S.; FORATTINI, O. P. "Considerações clínicas sobre um caso de leishmaniose do tipo linfagítico-nodular ascendente, simulando esporotricose". *Revista de Medicina,* Publicação do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina de São Paulo, v. 30, n. 150, p. 313-316, jun., 1946.

BARRETO, D. C. S. *Uma trajetória familiar na ciência:* Evandro Chagas (1905-1940) e o estudo das endemias rurais no Brasil. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

BARRETO, G. *História, fatos e fotos de Viçosa do Ceará*. Fortaleza: Pouchain Ramos, 2006.

BARRETO, M. P. Nova contribuição para o estudo da distribuição geográfica dos flebotomos americanos (*Diptera, Psychodidae*). *Arquivos de Higiene e Saúde Pública,* São Paulo, v. 15, n. 46, p. 211-226, 1950.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.). *Febre amarela:* a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.

BENCHIMOL, J. L.; JOGAS JUNIOR, D. G. *Uma história das leishmanioses no Novo Mundo:* fins do século XIX aos anos 1960. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Fino Traço, Ed. Fiocruz, 2020.

BONNAVIDES, A. Transforma-se em Deserto os Sertões do Ceará. Rio de Janeiro, *Imprensa Popular,* ano VI, n. 164, 4 nov. 1953, p. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral.* 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 3. reimp. [1. impr. em 2003].

CANTÍDIO, W. M. Leishmaniose em Fortaleza. Fortaleza, *Ceará Médico,* v. 29, ns. 10 nov. 2012, p. 61-64, out./dez., 1950.

CARINI, A.; PARANHOS, U. Identificação das úlceras de Bauru ao Botão do Oriente. *Revista Médica de São Paulo,* São Paulo, v. 12, n. 6, p. 111-116, 1909.

CARINI, A.; PARANHOS, U. Identification de l'*Ulcera de Bauru* avec le bouton d'Orient. Paris. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique,* v. 2, n. 5, p. 255-257, 1909.

CASTRO FERREIRA, L., DEANE, L.; MANGABEIRA FILHO, O. Notas sôbre a transmissão da leishmaniose visceral. NOTA n. 2. Sobre a Biologia dos Flebotomos das Zonas de Leishmaniose Visceral ora em estudo no Estado do Pará. Rio de Janeiro, *O Hospital,* v. 14, n. 5, nov. 1938, p. 1079-1080. Parte de FERREIRA, L. C.; DEANE, L.; MANGABEIRA FILHO, O.; CHAGAS, A. W. Notas sôbre a transmissão da leishmaniose visceral. Rio de Janeiro, *O Hospital,* v. 14, n. 5, p. 1077-1087, 1938.

CHAGAS, A. W. Criação de flebótomos e transmissão experimental da Leishmaniose visceral americana. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* Rio de Janeiro, v. 35, fasc. 2, p. 327-333, mais 5 estampas, 1940.

CHAGAS, A. W. Infecção de *Phlebotomus intermedius* pela *Leishmania chagasi*. Rio de Janeiro, *Brasil-Médico,* v. 53, n. 1, p. 1-2, jan. 1939.

CHAGAS, E. Primeira verificação em individuo vivo da leishmaniose visceral no Brasil. (Nota prévia). *Brasil-Médico,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 50, p. 221-222, 14 mar. 1936.

CHUNG, H. L. On the relationship between canine and human kala-azar in Peiping and the identity of *Leishmania donavani* and *Leishmania canis*. Shangai, *The Chinese Medical Journal,* v. 37, n. 6, p. 501-523, jun. 1940.

CUNNINGHAM, D. On the presence of peculiar parasitic organisms in the tissue of a specimen of Delhi boil. *Scientific Memoirs by Medical Officers of the Army of India 1884,* part 1: p. 21-31. Calcutta: Printed by the Superintendent of Government Printing, India, 1885.

CURA DE "KALAZAR INFANTIL" pelos médicos de Sobral. *Unitário,* Fortaleza, p. 1, 15 ago. 1953.

DANTAS-TORRES, F. *Entrevista* concedida a Jaime Larry Benchimol, em 29 nov. 2016, no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Recife). DAD/COC, Fiocruz.

DEANE, L.; DEANE, M. P. Biologia de Flebotomos, ca. 1953-1957. *Fundo Deane, Série produção Intelectual. M.9 - LD/PI/TP/19540102.* Rio de Janeiro, Departamento de Arquivo e Documentação (DAD/COC), Fiocruz.

DEANE, L.; DEANE, M. P. Campanha contra a Leishmaniose Visceral. Laboratório de Sobral, Ceará. Livro de identificação de artrópodes. 1953-1954. *Fundo Deane, Série produção Intelectual. M.5 - LD/PI/TP/19531222.* Rio de Janeiro, Departamento de Arquivo e Documentação (DAD/COC), Fiocruz.

DEANE, L. Depoimento completo concedido à Casa de Oswaldo Cruz, de 2.1.1987 a 16.6.1988, 27 horas. Acervo de história oral da Casa de Oswaldo Cruz. Rio, FIOCRUZ/COC. *Programa de História Oral,* 1991.

DEANE, L. Depoimento. Leônidas Deane: aventuras na pesquisa. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, jul/out. 1994, p. 153-171.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Encontro de cães naturalmente infectados por Leishmania donavani no Ceará. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. XLV, n. 6, p. 703-707, jun., 1954.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Leishmaniose visceral urbana (no cão e no homem) em Sobral, Ceará. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. XLVII, n. 1, p. 75-87, jan. 1955.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Sobre a biologia do *Phlebotomus longipalpis,* transmissor da leishmaniose visceral em uma zona endêmica do estado do Ceará. I. Distribuição predominância e variação estacional. *Revista Paulista Medicina,* São Paulo, v. 15, p. 83-95, 1955.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Observações sôbre abrigos e criadouros de flebótomos no noroeste do estado do Ceará. *Revista Brasileira de Malariologia & Doenças Tropicais,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 225-246, jan. 1957.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Encontro de leishmanias nas vísceras e na pele de uma raposa, em zona endêmica de calazar, nos arredores de Sobral, Ceará. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. XLV, n. 4, p. 419-421, abr. 1954.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P. Observações preliminares sôbre a importância comparativa do homem, do cão e da rapôsa (*Lycalopex vetulus*) como reservatórios da *Leishmania donovani* em área endêmica de calazar no Ceará. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 61-76, jul., 1955.

DEANE, L. M. Epidemiologia e profilaxia do Calazar americano. Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. 10, n. 4, p. 431-444, 1958.

DEANE, L. M. História do Instituto Evandro Chagas. Período 1936-1949 em *Instituto Evandro Chagas; 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical.* Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública, v. 1, p. 53-67, 1986.

DEANE, L. M. *Leishmaniose visceral no Brasil:* estudos sôbre reservatórios e transmissores realizados no estado do Ceará. 162p. Tese (Docência-Livre), Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1956.

DEANE, L. M.; DEANE, M. P.; ALENCAR, J. E. Observações sobre o combate ao *Phlebotomus longipalpis* pela dedetização domiciliária, em área endêmica de calazar no Ceará. *Revista Brasileira de Malariologia & Doenças Tropicais,* Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 131-141, jan. 1955.

DEANE, M. P.; DEANE, L. M. Sôbre o encontro de Leishmânias na pele de doentes de calazar. *Revista Paulista de Medicina,* São Paulo, v. 50, p. 204, 1957.

DEANE, M. P.; DEANE, L. M. Infecção experimental do *Phlebotomus longipalpis* em raposa (*Lycalopex vetulus*) naturalmente parasitada pela *Leishmania donavani*. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 651-653, 1954.

DEANE, M. P.; DEANE, L. M. Observações sobre a transmissão da leishmaniose visceral no Ceará. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. XLVIII, n. 3, p. 95-114, set. 1955.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA AS SECAS (DNOCS). *Verbete,* s.d. CPDOC/FGV Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Disponível em: http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/departamento-nacional-de-obras-contra-as-secas-dnocs. Acesso em: 8 fev. 2019.

DONOVAN, C. On the possibility of the occurrence of trypanosomiasis in India. *British Medical Journal,* London, v. 2219, n. 2, p. 79, 1903.

"É GRAVE O SURTO de kala-azar infantil em Sobral" afirma o dr. Samuel Pessoa que aqui esteve em visita de observação. Sobral, *Correio da Semana,* p. 4, 23 set. 1953.

ENDEMIA DE KALAZAR INFANTIL, EM SOBRAL, NO CEARÁ. Rio de Janeiro, *Correio da Manhã,* 1º caderno, ano LIII, n. 18479, p. 10. 23 jun. 1953.

ESTEVE, DOMINGO, EM SOBRAL, a comissão médica que veio fazer o inquérito do "kala-azar". Sobral, *Correio da Semana,* 24 jun. 1953 (quarta-feira).

FERREIRA, J. C. Um breve histórico da aviação comercial brasileira. XII Congresso Brasileiro de História Econômica, *13ª Conferência Internacional de História de Empresas.* Niteroi, 28, 29 e 30 de agosto de 2017. Associação Brasileira de Pesquisadores em História Econômica, 26 p. Disponível em: http://www.abphe.org.br/uploads/ABPHE%202017/16%20Um%20breve%20hist%C3%B3rico%20da%20avia%C3%A7%C3%A3o%20comercial%20brasileira.pdf.

FIRTH, R. H. Notes on the appearance of certain sporozoöid bodies in the protoplam of an "Oriental sore". *British Medical Journal,* London, v. 1567, n. 1, p. 60-62, jan., 1891.

FONTENELE, A. B.; FONTENELE, L. C. (Dir.) *Almanaque do Ceará.* Fundado por João Câmara em 1895. Fortaleza, Edição de 1958.

GARCIA, A. K. M. (Org.). *Catálogo Revista Ceará Médico.* Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2016.

GIBSON, M. The identification of Kala Azar and the discovery of *Leishmania donovani. Medical History,* Cambridge, v. 27, n. 2, p. 203-213, 1983.

GIRARDI, E. P. *Atlas da questão agrária brasileira, 2008*. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/nera/atlas/caracteristicas_socioeconomicas_b.htm. Acesso em: 26 dez. 2020.

GUALANDI, F. C. *Medicina tropical no Brasil:* Evandro Chagas e os estudos sobre a Leishmaniose visceral americana na década de 1930. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.

HEISCH, R. The isolation of Leishmania from a ground squirrel in Kenya. *East African Medical Journal,* Nairobi, v. 34, p. 183, 1957.

HERTIG, M.; FAIRCHILD, G. B.; JOHNSON, C. M. Leishmaniasis transmission. Reservoir project. *Annual Report of the Gorgas Memorial Laboratory,* Institute of Tropical Medicine, Panamá. Washington D.C., 1956, v. 9, p. 9-11; 1957, p. 7-11; 1958, p. 11-15.

HOARE, C. A. Summary of recent abstracts. *Tropical Diseases Bulletin,* London, v. 51, n. 1, p. 37-40, 1954.

HOARE, C. Early discoveries regarding the parasite of oriental sore (With an English translation of the memoir by P. F. Borovsky: On Sart sore, 1898). *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* London, v. 32, n. 1, p. 67-92, jun., 1938.

HOJE, NO CENTRO MÉDICO, mesa redonda sobre "Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública do Ceará". Fortaleza, *O Nordeste,* p. 1, 18 set. 1953.

HOMENAGEM DA CÂMARA MUNICIPAL e da Associação Comercial ao Dr. Samuel Pessôa. Sobral, *Correio da Semana,* p. 1, 23 set. 1953.

IBGE. *Enciclopédia dos municípios brasileiros.* Rio de Janeiro, IBGE, v. 16, Ceará, 29 maio 1959.

INSTALADA A REUNIÃO de saúde pública. *Unitário,* Fortaleza, p. 1, 15 set. 1953.

JOGAS JUNIOR, D. Trópicos, ciência e leishmanioses: uma análise sobre circulação de saberes e assimetrias. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1051-1070, out. 2017.

JOGAS JUNIOR, D. G. *Leishmaniose Tegumentar Americana em perspectiva histórica e global (1876-1944)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2019.

LACERDA, M. M. The Brazilian Leishmaniasis Control Program. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* v. 89, n. 3, p. 489-495, jul./set., 1994.

LAINSON, R.; SHAW, J. J.; LINS, Z. C. Leishmaniasis in Brazil: IV. The fox, Cerdocyon thous (L) as a reservoir of Leishmania donovani in Pará State, Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* London, v. 63, n. 6, p. 741-745, 1969.

LATYSHEV, N. I.; KRIUKOVA, A. P.; POVALISHINA, T. P. [Essays on the regional parasitology of Middle Asia. I. Leishmaniosis in Tadjikistan. – Materials for the Medical Geography of Tadjik s. s. R (Results of expedition in 1945-1947). *Problems of Regional, General & Experimental Parasitology & Medical Zoology.* Moscow v. 7, p. 35-62, 1951 (em russo). Abstract. *In*: Tropical Diseases Bulletin, v. 51, n. 37, 1954.

LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine*. Paris: Masson et Cie. Éditeurs, 1917.

LEISHMAN, W. B. On the possibility of the occurrence of trypanosomiasis in India. *Britsh Medical Journal,* London, v. 2213, n. 1, p. 1252-1254, 1903.

LIMA NETO, I. R. *Escrita subversiva O Democrata,* 1946-1947. Dissertação (Mestrado em História Social), Universidade Federal do Ceará, Departamento de História. Fortaleza, 2006.

LINDENBERG, A. A úlcera de Bauru e seu micróbio. Comunicação preventiva. *Revista Médica de São Paulo,* São Paulo, v. 12, n. 6, p. 116-120, 1909.

LINDENBERG, A. L'ulcère de Bauru ou le bouton d'Orient au Brésil. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique,* Paris, v. 2, n. 5, p. 252-254, 1909.

LU, C. C.; CHUNG, H. L.; LING, C. C.; WU, C. C.; WANG, C. C.; CHIANG, Y. T.; HSU, W. F. New China's achievements in the treatment and prevention of kala-azar. *Chinese Medical Journal,* Peking, v. 73, n. 2, p. 91-99, mar./abr., 1955.

LUCENA, D. T. Flebótomos de Pernambuco – I. *Flebotomus whitmani* e *F. intermedius* na Zona da Mata e *F. longipalpis* no Agreste do estado de Pernambuco. *Anais da Sociedade de Biologia de Pernambuco,* Recife, v. 9, n. 1, p. 27-36, 1949.

LUCENA, D. T. Flebótomos no Nordeste. II – Morfologia de algumas espécies e sua distribuição geográfica. Belo Horizonte, Anais do X Congresso Brasileiro de Higiene, 19 a 25 de outubro de 1952, *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais,* p. 558-562, 1953.

LÜHE, M. Die im Blute schmarotzenden Protozoen und ihre nächsten Verwandten. *In*: Carl Mense (Ed.) *Handbuch der Tropenkrankheiten,* v. 3. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1906, p. 69-268.

MAIS DE 40 CASOS de "kala-azar" em Sobral. *Unitário,* Fortaleza, p. 1, 11.9.1953.

MANGABEIRA FILHO, O. 11ª Contribuição ao estudo do Flebotomus (Diptera: Psychodidade). *Flebotomus oswaldoi,* Mangbeira, 1942. Rio de Janeiro, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* v. 37, n. 3, p. 287-295, 1942.

MARZOCHI, K. B. F.; CALDERON, J. M. L.; BONFIM, M. L. Calazar no Brasil: problema em ascensão. *Ars Curandi,* São Paulo, v. 19, p. 139-144, 1986.

MARZOCHI, M. C. A urbanização das leishmanioses e seu controle. *In*: Anais de 48ª Reunião Anual da SBPC – 7 a 13 de julho de 1996. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). São Paulo, SP. São Paulo, 1996, p. 49-51. Volumes encadernados por Italo Rodrigues de Araujo Sherlock com cópias de trabalhos diversos sobre leishmanioses e outras doenças parasitárias, depositados na biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães - Fiocruz Pernambuco, Recife: v. 1, *Flebótomos da América Central e do Sul,* trabalho n. 13.

MIGONE, L. E. Un cas de kala-azar a Assunción (Paraguay). Paris, *Bulletin de la Societé de Pathologie Exotique,* v. 6, n. 2, p. 118-120, 1913.

MINISTRO MARIO PINOTTI PROMETE AO BRASIL DOENTE DIAS MELHORES: As novas gerações não mais sofrerão de cinco terríveis flagelos – Evitar que morram 500 mil crianças por ano – Saneamento básico e assistência hospitalar – O combate à tuberculose, lepra, câncer, doenças mentais e melhoria do sanitarista – O programa do novo titular da pasta da Saúde. *Correio da Manhã,* Rio de Janeiro, 8 jul. 1958, ano LVIII, n. 20024, primeira página. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/089842_06/93453.

MORAIS, M. B. Do tártaro emético como específico na leishmaniose tegumentar. *Ceará Medico,* Fortaleza, ano XXX, ns. 1-3, p. 11-13, jan./mar., 1953.

NOTAS MÉDICAS - Leishmaniose Visceral. *Correio da Manhã,* Rio de Janeiro, n. 19025, ano 53, p. 14, abr., 1955.

NUNCA HOUVE NO BRASIL tão grande concentração de doentes numa área restrita. Epidemia de kalazar em Sobral. *Unitário,* Fortaleza, p. 1, set., 1953.

OLIVEIRA, A. A. R. de. *Em busca do Ceará:* a conveniência da cultura popular na figuração da cultura cearense (1948-1983). Tese (Doutorado em História Social), Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de História. Fortaleza, 2015.

PARÁ, M. Viscerotomia hepática. *Argus Medical,* Paris, n. 5-6, maio/jun., 1955 (s. p.).

PARAHYM, O. *Endemias Brasileiras*. Recife: Imprensa Universitária da Universidade do Recife (Coleção Nordestina I), de 1961.

PELLON, A. B.; TEIXEIRA, I. *Distribuição geográfica da esquistossomose mansônica no Brasil*. Trabalho apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Higiene. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Sanitária, 1950.

PELLON, A. B.; TEIXEIRA, I. O Inquérito Helmintológico Escolar em cinco estados das regiões Leste, Sul e Centro-Oeste. Trabalho apresentado ao *XI Congresso Brasileiro de Higiene*. Curitiba, 15-21 de novembro de 1953. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Divisão de Organização Sanitária, 1953.

PELLON, L. H. C. *As representações eugênicas da assistência na revista Ceará Medico (1930-1935)*. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

PENNA, H. A. Leishmaniose visceral no Brasil. *O Brazil-Medico,* Rio de Janeiro, v. 48, n. 46, p. 949-952, nov., 1934.

PESSOA FILHO, F. P. Entrevistas concedidas a Ana Karine Martins Garcia e Germana Nayara Lopes Lia, do Departamento de História da Universidade Federal do Ceará. Entrevista 1: 11.2.2019; entrevista 2: 11.3.2019. Entrevistas concedidas a Jaime Larry Benchimol,

Ana Karine Martins Garcia e Rosângela Santos Gomes. Entrevista 3: 3.6.2019; Entrevista 4: 2.9.2019. Transcrição: Rita Therezinha dos Santos Motta. Departamento de Arquivo e Documentação/COC, Fiocruz. / *Núcleo de Documentação e Cultura (NUDOC)/UFC*.

PESSÔA, S. B.; BARRETTO, M. P. *Leishmaniose Tegumentar Americana*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde, Serviço de Documentação / Imprensa Nacional, 1948.

PESSÔA, S. B. *Parasitologia médica*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1954 (4ª ed.).

PESSÔA, S. B. *Problemas brasileiros de higiene rural*. São Paulo: Indústria Gráfica José Magalhães Ltda., 1949.

PESSÔA, S. B; SILVA, L. H. P.; FIGUEIREDO, J. Calazar endêmico em Jacobina (estado da Bahia). Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais,* v. 7, n. 2, p. 245-250, 1955.

PINHO PESSOA, R. de. *"Felizardo Pinho – Cem anos. Comemoração do Centenário em 26/04/2018"*. Texto mimeografado. Fortaleza, março de 2018. Cópia cedida ao autor.

POMPEU, G.; TASSIGNY, M. (Coord.). *Seca, fornalha e estado de emergência*. Fortaleza, INESP, 2006.

PONDÉ, R.; MANGABEIRA FILHO, O.; JANSEN, G. Alguns dados sobre a leishmaniose visceral americana e a Doença de Chagas no Nordeste brasileiro. (Relatório de uma excursão realizada nos estados do Ceará, Pernambuco e Baía). Rio de Janeiro, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,* t. 37, fasc. 3, p. 333-352, 1942.

PRIMEIROS RESULTADOS DO INQUÉRITO sobre o "kala-azar". Sobral, *Correio da Semana,* 1.7.1953.

RAMOS, B. Kalazar em Sobral. Crônica da Semana. Sobral, *Correio da Semana,* p. 3, 13 jun. 1953.

RAMOS, R. Kala-Azar Infantil em Sobral. Sobral, *Correio da Semana,* p. 4, 17 jun. 1953.

REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL. Câmara dos Deputados. Tramitação dos projetos n. 3.674-53 e 3.665-53, dossiê com 22 p. datilografadas e impressas. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=FE3368D4143E24A6C191FF642FBC163E.proposicoesWebExterno2?codteor=1219161&filename=Dossie+-PL+3674/1953. Acesso em: 25 ago. 2018.

REY, L. *Parasitologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008 (4ª ed.).

REY, L. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. Rio de Janeiro, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,* v. 34, n. 1, p. 61-67, jan./fev. 2001.

ROSS, R. Note on the bodies recently described by Leishman and Donovan. *British Medical Journal, London,* v. 2237, n. 2, p. 1261-1262, 1903.

SALLES, J. B. Contribuição para o estudo do foco de leishmaniose visceral de Sobral, Ceará. Fortaleza, *Anais do Departamento Estadual de Saúde,* v. 1, p. 66-68, 1953.

SANTOS, R. S. C. *O Instituto Oswaldo Cruz e seus hospitais:* médicos, pacientes e suas mazelas rurais e urbanas (1909-1930). Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, 2019.

SEM NENHUMA INTERRUPÇÃO O COMBATE AO SURTO DE LEISHMANIOSE no Ceará – Em funcionamento o Hospital da Santa Casa de Sobral – Esclarecimento do ministro da Saúde. *O Jornal,* Rio de Janeiro, ano XXXV, n. 10349, p. 2, jun., 1954.

SEN GUPTA, P. C. Report on kala-azar in Assam. Calcutta, *The Indian Medical Gazette,* v. 86, n. 6-7, p. 266-271, 312-317, jun./jul., 1951.

SERRA DA IBIAPABA. *Wikipédia, a enciclopédia livre.* Página editada pela última em 24.7.2019. Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Serra_da_Ibiapaba. Acesso em: 14 set. 2019.

SILVA, R. da; HOCHMAN, G. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 519-543, abr./jun., 2011.

SILVEIRA, C. *Leishmaniose visceral se aproxima da capital paulista,* 9 ago. 2010. Disponível em: http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2010/08/leishmaniose-visceral-se-aproxima-da-capital-paulista.html#:~:text=Isso%20acontece%20principalmente%20pelo%20fluxo,em%20humanos%E2%80%9D%2C%20relembra%20Presotto. Acesso em: 24 abr. 2021.

SILVEIRA, F. T.; REGO LIMA, L. V. R.; SANTOS, T. V.; RAMOS, P. K. S.; CAMPOS, M. B. Revendo a trajetória da leishmaniose visceral americana na Amazônia, Brasil: de Evandro Chagas aos dias atuais. Ananindeua – Pará, *Revista Pan-Amazônica de Saúde,* v. 7, número especial, p. 15-22, 2016.

SOUSA, A. Q. *Leishmaniose cutânea no Ceará:* aspectos históricos, clínicos e evolução terapêutica. Tese (Doutorado em Farmacologia), Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Departamento de Fisiologia e Farmacologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2009.

SOUSA, S.; ROCHA, N. US$ 90 mi investidos em exploração de cobre. *Diário do Nordeste,* 11 ago. 2008. Disponível em: https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/negocios/us-90-mi-investidos-em-exploracao-de-cobre-1.279400. Acesso em: 17 set. 2019.

SUN, C. J.; WU, C. C. Notes on the study of kala-azar transmission. II. Further observations on the natural infection of *Phlebotomus chinensis* with *Leishmania donavani*. *The Chinese Medical Journal,* Shangai, v. 52, n. 5, p. 663-673, 1937.

SURTEM EFEITO AS MEDIDAS visando combater o "kalazar" em Sobral. *Unitário,* Fortaleza, p. 1, 4 out.1953.

TAVARES, A. Existe Kala-Azar no Brasil? *Revista Medica de Pernambuco,* Recife, v. 5, n. 1, jan., 1935, p. 15-21.

UCHÔA, W. *Anuário do Ceará:* 1953-1954. Fortaleza: Imprensa Oficial, 1954.

VEM AÍ UMA COMISSÃO, do Rio de Janeiro fazer o inquérito sobre "Kala-azar". Sobral, *Correio da Semana,* 17 jun. 1953.

VERONESI, R.; JAMRA, M.; SOUZA E SILVA, O. R.; CRUZ O.; FIORILLIO, A. Leishmaniose visceral (Kala-Azar). Estudo do quadro clínico, hematológico e electroforético. *Revista do Hospital das Clínicas de São Paulo,* São Paulo, v. 9, n. 1, p. 13-50, 1954.

VERSIANI, O. C.; BOGLIOLO, L. Leishmânides dérmicos na leishmaniose visceral (kala-azar) no Brasil. *O Hospital,* Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 193-205, fev., 1957.

VIANNA, Gaspar. Sobre uma nova espécie de Leishmania (Nota preliminar). Rio de Janeiro, *Brazil Médico,* v. 25, n. 41, p. 411, nov., 1911.

WRIGHT, J. H. Protozoa in a case of tropical ulcer ('Aleppo boil'). *The Journal of Cutaneous Diseases Including Syphilis,* New York, v. 22, n. 1, p. 1-9, 1904.

WRIGHT, J. H. Protozoa in a case of tropical ulcer ('Delhi sore'). *The Journal of Medical Research,* Boston, v. 10, n. 3, p. 472-482 (mais 7 p. com 30 figuras), dez., 1903.

WRIGHT, J. H. Protozoa in a case of tropical ulcer. *Bulletin de l'Institut Pasteur,* Paris, v. 2, p. 114-115, 1904.

Autores

ANDRÉ MOTA é Professor Associado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e Coordenador do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP).
E-mail: a.mota@fm.usp.br

BÁRBARA BARBOSA DOS SANTOS é graduada e Mestre em História pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde-Fiocruz.
E-mail: barbara-ceme@hotmail.com

CARLOS ALBERTO CUNHA MIRANDA é Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco (PPGH/UFPE). Professor do Departamento de História e do PPGH da UFPE e membro da Linha de Pesquisa Relações de Poder, Sociedade e Ambiente. Atualmente, dedica-se ao estudo da Saúde e das Doenças, Eugenia e Saúde Mental. Membro do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM) e do Instituto Histórico de Olinda (IHO).
E-mail: cunhamirandaufpe@gmail.com

CLÁUDIA FREITAS DE OLIVEIRA é graduada em História pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), Mestre e Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do Departamento de História da Universidade Federal do Ceará (UFC) e dos Programas de Pós-graduação em História: Mestrado Profissional em História da Universidade Federal do Ceará (PROFHISTÓRIA/UFC), PPGH da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e PPGH da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do GT História da Saúde e das Doenças (ANPUH/CE).

E-mail: freitaclaudia@gmail.com

CHRISTINE RUFINO DABAT é professora do Departamento de História da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

E-mail: christine.rufino.dabat@gmail.com

GIULIA ENGEL ACCORSI é Doutora em História das Ciências e da Saúde, pela Fiocruz.

JAIME LARRY BENCHIMOL é graduado e Doutor em história pela Universidade Federal Fluminense (UFF), fez mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e trabalha como pesquisador e professor na Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

E-mail: jailabench@gmail.com

JOSÉ ADILSON FILHO possui mestrado em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e doutorado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). É Professor Adjunto no Departamento de História da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB/Campus I) e Coordenador do Núcleo de História e Linguagens Contemporâneas (Nuhlc/UEPB). Atua na área de Teoria da História,

Historiografia brasileira, História e Interdisciplinaridade. E desenvolve estudos sobre famílias políticas, cidade, pobreza e estigma, e o bolsonarismo a partir de um diálogo entre a História e a Psicanálise.
E-mail: adilsonhistory@gmail.com

JOSÉ MARCELO MARQUES FERREIRA FILHO é professor do Departamento de Educação da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE).
E-mail: jmmhistoria@gmail.com

MARIA CRISTINA DA COSTA MARQUES é professora doutora do Departamento de Gestão, Política e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e Coordenadora do Centro de Memória da Faculdade de Saúde Pública da USP.

MIGUEL JOHN ZUMAETA DOHERTY é professor aposentado de Cirurgia Pediátrica da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Livre-Docente pela UFPE. Ex-presidente da Academia Nacional de Cirurgia Pediátrica. Membro Emérito da Academia Pernambucana de Medicina e da Academia Pernambucana de Ciências (APC). Presidente do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM).

NAYANA RODRIGUES CORDEIRO MARIANO é graduada em História pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestra e Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Atua como professora no Departamento de Fundamentação da Educação (DFE/CE/UFPB) e no Mestrado Profissional em Ensino de História (PROFHISTÓRIA/UFPB).
E-mail: nayana.mariano@academico.ufpb.br

PEDRO FELIPE MUÑOZ é professor do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

RENATO DORNELAS CÂMARA NETO é professor aposentado de Cirurgia Abdominal da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre e Doutor em Cirurgia pela UFPE. Pós-graduação na Universidade de Cambridge/R.U. Membro Titular da Academia Pernambucana de Medicina e da Academia Pernambucana de Ciências (APC) e Vice-Presidente do Instituto Pernambucano de História da Medicina (IPHM).
E-mail: rdcamara@hotmail.com

RITA DE CÁSSIA BARBOSA DE ARAÚJO é graduada em Ciências Sociais e mestra em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), é doutora em História Social pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como pesquisadora titular no Centro de Documentação e de Estudos da História Brasileira (Cehibra), da Fundação Joaquim Nabuco (Fundaj).
E-mail: rita.araujo@fundaj.gov.br

SEBASTIÃO PIMENTEL FRANCO é docente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Ciência, Tecnologia e Educação da Faculdade Vale do Cricaré (UNIVC).
E-mail: sp.franco61@gmail.com

SERIOJA RODRIGUES CORDEIRO MARIANO é graduada em História pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestra e Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atua como professora no Departamento de História (DH/UFPB) e no Programa de Pós-Graduação em História (PPGH/UFPB).
E-mail: serioja.mariano@academico.ufpb.br

TÂNIA SALGADO PIMENTA é graduada em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e Mestre e Doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atua como professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (Fiocruz) e pesquisadora do Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz).
E-mail: tania.pimenta@fiocruz.br

Título Saúde e sociedade no Brasil:
uma perspectiva histórica
Organização Carlos Miranda
Serioja Mariano

Formato *E-book* (PDF)
Tipografia Scala Pro (texto) e Scala Sans Pro (títulos)
Desenvolvimento Editora UFPE

Editora UFPE
Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20, Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
editora@ufpe.br | editora.ufpe.br