HISTÓRIA das PRÁTICAS da SAÚDE e das DOENÇAS

artes de curar e assistência à saúde

Ana Karine Martins Garcia
Elane Cristina Rodrigues Gomes
Sara da Silva Suliman
Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior
Bárbara Barbosa dos Santos
Flaviana Moraes Pantoja
(Orgs.)

A pandemia de Covid-19 possibilitou uma maior notoriedade e evidência aos trabalhos de diversos pesquisadores(as) da área da História da Saúde e das Doenças. Esse fato possibilitou a criação e expansão das atividades do Grupo de Estudo e Pesquisa da História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD/UFPA/CNPq). Nossas reuniões passaram a ser um espaço de diálogo e estudo sobre o passado, mas, sobretudo, de reflexão acerca das experiências e incertezas vivenciadas no presente que pairavam sobre o cotidiano da população brasileira e do mundo, marcando um momento de isolamento social, de negacionismo científico de governos extremistas e de milhares de mortes provocadas por uma doença que a princípio não havia uma vacina. A coletânea intitulada História das Práticas da Saúde e das Doenças, cujo nome é o mesmo do grupo de estudo mencionado, tem como objetivo central apresentar os resultados de pesquisas realizadas pelos integrantes do GEPHPSD, a partir de diferentes dossiês temáticos voltados tanto aos leitores acadêmicos como aos demais indivíduos e coletivos sociais. Buscamos, com este projeto, possibilitar que os conhecimentos advindos do campo da história da saúde e das doenças e de seus temas transversais alcancem um maior número de pessoas da sociedade brasileira. Este terceiro dossiê, intitulado *Artes de Curar e Assistência à Saúde*, tem como proposta apresentar diferentes estudos que dialoguem com a historiografia que trata das artes e ofícios de cura realizados por diferentes grupos sociais, bem como das ações sociais e políticas públicas voltadas para a assistência à saúde no Brasil.

Ana Karine Martins Garcia
Elane Cristina Rodrigues Gomes
Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

9 786585 725316

editorafi.org

CC BY SA

HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DA SAÚDE E DAS DOENÇAS

Direção Editorial

Lucas Fontella Margoni
(*in memoriam*)

Comitê Científico

Profª. Drª. Ana Karine Martins Garcia
Biblioteca Pública Estadual do Ceará (BECE)

Profº. Dr. Daniel Alencar de Carvalho
Secretaria da Educação do Estado do Ceará (SEDUC-CE)

Profª. Drª. Danielle Moreira Pereira Brasileiro
Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI)

Prof. Dr. Dhenis Silva Maciel
Secretaria da Educação do Estado do Ceará (SEDUC-CE)

Prof. Dr. Edivando da Silva Costa
Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profª. Drª. Elane Cristina Rodrigues Gomes
Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará (UFPA)

Profª. Drª. Elizabete Maria Espíndola
Laboratório de Estudos de Gênero e História da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Profª. Drª. Fernanda Rodrigues Galve
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Francisco Carlos Jacinto Barbosa
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Gilberto Gilvan Souza Oliveira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Profª. Drª. Jaqueline Hasan Brizola
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (PPGHCS/COC/Fiocruz)

Prof. Drº. José Maria Almeida Neto
Secretaria da Educação do Estado do Ceará (SEDUC-CE)

Prof. Dr. José Romário Rodrigues Bastos
Secretaria da Educação do Estado do Ceará (SEDUC-CE)

Prof. Dr. Leonardo Dallacqua de Carvalho
Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

Profª. Drª. Luiza Helena Miranda Amador
Secretaria de Educação do Estado do Pará (SEDUC-PA)

Profª. Drª. Patrícia Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Profª. Drª. Paula Cristiane de Lyra Santos
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Profª. Drª. Suely Maria Rodrigues
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

Profª. Drª. Thayane Lopes Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

HISTÓRIA DAS PRÁTICAS DA SAÚDE E DAS DOENÇAS

ARTES DE CURAR E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Organizadores
Ana Karine Martins Garcia
Elane Cristina Rodrigues Gomes
Sara da Silva Suliman
Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior
Bárbara Barbosa dos Santos
Flaviana Moraes Pantoja

Diagramação: Marcelo Alves

Capa: Gabrielle do Carmo

Imagem de Capa: BIARD, François Auguste. Opération désagréable. 1862. Gravura em madeira, 10,7 x 16,0 cm em f. 24,0 x 15,0 cm.

A Editora Fi segue orientação da política de distribuição e compartilhamento da Creative Commons Atribuição-Compartilhalgual 4.0 Internacional
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H673 História das práticas da saúde e das doenças: artes de curar e assistência à saúde [recurso eletrônico] / Ana Karine Martins Garcia, Elane Cristina Rodrigues Gomes, Sara da Silva Suliman, Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior... [et al.]. Cachoeirinha : Fi, 2023.

V. 3 ; 331p.

ISBN 978-65-85725-31-6

DOI 10.22350/9786585725316

Disponível em: http://www.editorafi.org

1. Doenças – Saúde – Brasil – História. I. Garcia, Ana Karine Martins. II. Gomes, Elane Cristina Rodrigues. III. Suliman, Sara da Silva. IV. Melo Júnior, Jonas Clevison Pereira de.

CDU 614(81)(09)

Catalogação na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

SUMÁRIO

PREFÁCIO 10

Keith Valéria de Oliveira Barbosa

APRESENTAÇÃO 15

Ana Karine Martins Garcia

Elane Cristina Rodrigues Gomes

Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

CAPÍTULOS

1 25

"NAO' HÁ MOLESTIA POR MAIS COMPLICADA, (...), QUE NAO' ENCONTRE MILHARES DE CURANDEIROS, E CURANDEIRAS PROMETENDO DE AS MEDICAR": O COTIDIANO DAS ARTES DE CURAR NO RECIFE DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX (1831-1845)

Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

2 62

PRÁTICAS DE CURA E CIRCULAÇÃO DE PLANTAS AMAZÔNICAS: O CASO DA FÓRMULA SECRETA DO CURANDEIRO DE SANTARÉM (1858-59)

Ejhon Lucas Dias Costa

3 87

"ESCRAVO BARATO": AFRICANOS LIVRES COMO SUJEITOS PARA UMA HISTÓRIA DA SAÚDE E ESCRAVIDÃO NA BAHIA OITOCENTISTA

Bárbara Barbosa dos Santos

4 106

AMAMENTAÇÃO MATERNA E DISCURSO MÉDICO NO SÉCULO XIX

Cássia Regina da Silva Rodrigues de Souza

5 124

A MEDICINA E AS PRÁTICAS MÉDICAS NO BRASIL OITOCENTISTA

Fernanda Soares Rezende

Henrique Martins da Silva

6 **144**

A DESINFECÇÃO NO BRASIL: ESBOÇO PRELIMINAR DE UMA TRAJETÓRIA (1808-1909)

Sergio De Simone

7 **191**

PRÁTICAS DE REMEDIAR: A CRENÇA NA CURA DA LEPRA EM BELÉM-PARÁ, ENTRE OS SÉCULOS XIX/XX

Elane Cristina Rodrigues Gomes

8 **215**

ENTRE NOTÍCIAS E DENÚNCIAS: A IMPRENSA PARAENSE CONTRA A PAJELANÇA AFRO-INDÍGENA NA AMAZÔNIA (SÉCULOS XIX – XX)

Flaviana Moraes Pantoja

9 **237**

AS AÇÕES ASSISTENCIAIS A PARTIR DA PROFILAXIA E TERAPÊUTICA NO POSTO DE HIGIENE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ (1930-1945)

Rakell Milena Osório Silva

10 **259**

POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO PIAUÍ: SERVIÇOS OFERTADOS NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E NOS POSTOS DE SAÚDE DO INTERIOR (1942-1945)

Francilene Teles da Silva Sousa

11 **281**

A RESPOSTA À AIDS E O PRINCÍPIO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO SUS: REFLEXÕES A PARTIR DO GRUPO PARAVIDDA NOS SEMINÁRIOS MUNICIPAIS EM BELÉM DO PARÁ (1992 – 1993)

Paulo Henrique Souza dos Santos

NOTA DE PESQUISA

12 **309**

DA PROVÍNCIA AO ESTADO DE GOIÁS: AS PERCEPÇÕES DE CAUSAS E CURA DA FEBRE PALUSTRE

Thais Teixeira do Nascimento

ENTREVISTA

13 **319**

ARTES DE CURAR E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: ENTREVISTA COM A HISTORIADORA TÂNIA SALGADO PIMENTA

Bárbara Barbosa dos Santos

Ejhon Lucas Dias Costa

Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

SOBRE OS AUTORES **327**

PREFÁCIO

Keith Valéria de Oliveira Barbosa

Em um período em que a perplexidade e o sofrimento causado pela pandemia de COVID-19 afetaram todo o mundo, os estudos da história da saúde e das doenças ganham cada vez mais visibilidade no Brasil. As reflexões em torno dos desdobramentos e impactos da pandemia têm se inserido de forma relevante nas discussões contemporâneas (SÁ. *et al.* 2020), onde entrecruzam-se nos debates sobre as políticas públicas, sociais e culturais no país, privilegiando no seu escopo analítico a historicidade das crises sanitárias e os processos de saúde e doenças.

Considerando que *saúde* e *doença* pertencem à história e são fenômenos inter-relacionados aos saberes e as práticas sociais e culturais, diversas abordagens de pesquisa nesse campo são percebidas na atualidade como temas candentes nos principais fóruns de discussões, incorporando novas perspectivas de análise aos seus estudos, tais como, o meio ambiente[1], as desigualdades sociais associadas ao racismo[2], questões étnicas[3] e de gênero[4].

---

[1] Ver: PÁDUA, José Augusto. As bases teóricas da história ambiental. **Dossiê teorias socioambientais** • Estud. av. 24 (68) • 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ea/a/Q4JBvrMMzw6gBvWhsshnKXN/?lang=pt . Acesso em 25 de Julho de 2023.

[2] Sobre uma perspectiva que compreende o racismo como determinante no processo de saúde-doença, ver: : SANTANA, Jacimara Souza Santana (Org). **Saúde das populações negras na América e África**. Salvador: EDUNEB, 2021.

[3] Em contexto histórico em que a questão indígena tem sido central nos principais fórum de discussões políticas e sociais, destaco o trabalho pioneiro de: BARRETO, João Paulo. **O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro**. Brasília. Editora Mil Folhas do IEB. 2022.

[4] Ver: MARTINS, Ana Paula Vosne; FREIRE, Maria Martha de Luna. História dos cuidados com a saúde da mulher e da criança. In: TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (org.). **História da saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2018.

Nesse sentido, verifica-se a profusão de temas e objetos do campo da história da saúde e das doenças nas últimas três décadas. Nota-se a confluência entre a história da saúde, das doenças, da medicina e da saúde pública com a ampliação desse campo de investigação. Cabe mencionar ainda que, em meio ao processo da profissionalização da história da saúde que marca o século XXI, torna-se essencial incorporar ao debate novas questões metodológicas e teóricas, considerando novos documentos e fontes diversas (TEIXEIRA. *et al*. 2018, p, 11). Dito de outro modo, é latente que tais perspectivas exigem que sejam mobilizadas novas abordagens e conceitos para o estudo histórico da saúde e das doenças.

No âmbito desses novos desafios e possibilidades de investigação para a construção de interfaces analíticas entre campos de saberes da história e doenças, Diana Maul de Carvalho sugere que, ao refletirmos sobre o estudo histórico das doenças, devemos ir além da descrição das ocorrências de determinadas patologias. Além de ampliar o olhar para a incorporação de novos sujeitos ligados à experiência de saúde e de doenças, é fundamental percorrer novos acervos e examinar as outras evidências disponíveis para o estudo histórico da saúde e das doenças como, por exemplo, os documentos orais, visuais (CARVALHO, 2016).

Nesse sentido, o livro *História das Práticas da Saúde e das Doenças: artes de curar e assistência à saúde* apresenta uma proposta pertinente ao campo da história da saúde e das doenças. Os autores nos brindam com análises instigantes e originais, reunindo trabalhos que revelam multifacetadas experiências relacionadas às artes de curar e a assistência à saúde. São temas de pesquisas e objetos de investigação que incorporam novos sujeitos históricos nas suas análises, novos caminhos teóricos e metodológicos e comprovam a capacidade empírica dessa nova geração de pesquisadores.

É importante destacar que a produção científica recente nos possibilita observar as especificidades do exercício de artes de curar nas mais diversas partes do país e em outros períodos históricos. A partir da produção historiográfica recente, historiadores e outros pesquisadores interessados em examinar as experiências das populações relacionadas à saúde, as doenças e as práticas médicas, podem examinar os entrelaçamentos construídos por apropriações tanto por parte daqueles que exerciam as artes de cura, quanto em relação aos doentes que eram assistidos.

Logo, em contraponto às imagens generalizantes e estereotipadas no que tange às artes de curar no contexto colonial e pós-colonial, diversos trabalhos têm se dedicado a compreender as diversas concepções e procedimentos populares e eruditos de curar e do tratamento das enfermidades. De forma geral, tais abordagens revelam diversas histórias marcadas por resistências, contatos, trocas e conflitos em contextos sociais transformados pelas altas taxas de mortalidade que cresciam decorrentes das epidemias.

Nos contextos escravistas, por exemplo, estratégias de combate às moléstias e práticas de curar eram acionadas por escravizados, africanos, libertos, crioulos e a população livre e pobre em geral. As *artes de curar* ganhavam cada vez mais visibilidade, na maior parte das vezes como primeira alternativa de tratamento. Assim, a saúde dos escravizados e suas práticas de cura, antes vistas pelas "frestas da história", passaram a ser recuperadas em dimensões mais complexas (PORTO, 2006)

O estudo das práticas da saúde e das doenças nos instiga a propor novas pesquisas. Os debates sobre a *saúde* e *doença*, quando inseridos numa perspectiva histórica e cultural, têm se constituído como objeto

de estudos de pesquisadores de diferentes campos de conhecimento, revelando novas perspectivas a respeito de historicidades muito mais complexas do que até então se entendia. A partir da leitura dos textos que compõem essa coletânea, examinando novas e dinâmicas práticas de curas e assistência aos doentes, em diferentes períodos históricos, é possível observar novos sujeitos e descortinar comportamentos, hábitos e a cultura material das populações.

Logo, o que queremos dizer é que a reconstrução dos contextos históricos transformados pelas experiências de adoecimento e múltiplas práticas de combate às enfermidades refletem importantes dimensões da diversidade da sociedade brasileira, dos grupos sociais plurais que acionaram práticas e comportamentos de curas envolventes. Através da abordagem em torno de uma história da saúde e da doença, é possível reconstruir aspectos dos complexos cenários sociais nem sempre acessíveis ao olhar do pesquisador dedicado aos objetos mais clássicos da pesquisa histórica, mas que compõem um campo de investigação de suma importância para a produção de uma história social das populações marginalizadas e que na contemporaneidade foram as maiores vítimas da trágica experiência pandêmica que conhecemos nos últimos três anos.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Diana Maul de. História das doenças e epidemiologia: encontros e desencontros. In: FRANCO, Sebastião Pimentel Franco, NASCIMENTO, Dilene Raimundo do Nascimento; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres Silveira. (Orgs). **Uma história brasileira das doenças, volume 6.** 1 ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016.

PORTO, A. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro,

v.13, n.4, 2006, p.1020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GkKtTp4QKvCrNJnpmzD4H9K/. Acesso em 25 jul. 2023.

SÁ, Dominichi Miranda de [et al.]. (Org.). **Diário da pandemia:** o olhar dos historiadores. São Paulo: Hucitec, 2020.

TEIXEIRA, Luiz; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto. (Org.). **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

APRESENTAÇÃO

Ana Karine Martins Garcia
Elane Cristina Rodrigues Gomes
Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

O Grupo de Estudo e Pesquisa da História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD) foi criado em 01 de abril de 2020 no contexto da pandemia de Covid-19. Neste momento, com a defesa da necessidade de isolamento social no Brasil, um pequeno grupo foi articulado e passamos a nos reunir virtualmente e semanalmente através da plataforma do Google Meet.

A pandemia de Covid-19 possibilitou uma maior notoriedade e evidência aos trabalhos de diversos pesquisadores(as) da área da História da Saúde e das Doenças. Esse fato possibilitou a expansão e desenvolvimento das atividades do grupo e nossas reuniões passaram a ser um espaço de diálogo e estudo sobre o passado, mas, sobretudo, de reflexão acerca das experiências e incertezas vivenciadas no presente que pairavam sobre o cotidiano da população brasileira e do mundo, marcando um momento de isolamento social, de negacionismo científico de governos extremistas e de milhares de mortes provocadas por uma doença que a princípio não havia uma vacina.

O grupo está vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA) e ao Diretório de Grupos de Estudos do CNPq. Atualmente agrega pesquisadores(as) de várias regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) que foram aderindo ao grupo conforme o interesse de suas pesquisas pela temática. Assim, constituímos um coletivo

formado por graduandos(as), graduados(as), mestres(as), doutores(as) e pós doutores(as) de áreas distintas, entre essas: história, arquitetura, biologia, enfermagem, letras, odontologia, psicologia, antropologia, sociologia, geografia, medicina, medicina veterinária e pedagogia.

As reuniões do grupo têm sido um ambiente propulsor de estudos e conexões entre diferentes áreas do conhecimento, tendo como tema central a História da Saúde e Doenças. Desse modo, compreendemos a relevância de trazer à tona concepções sobre a saúde e as doenças construídas por diversos sujeitos históricos a partir de temporalidades e lugares distintos, destacando a temática atrelada aos seus aspectos socioculturais, políticos, ambientais e econômicos.

A coletânea intitulada História das Práticas da Saúde e das Doenças, cujo nome é o mesmo do grupo de estudo mencionado, tem como objetivo central apresentar os resultados de pesquisas realizadas pelos integrantes do GEPHPSD, a partir de diferentes dossiês temáticos voltados tanto aos leitores acadêmicos como aos demais indivíduos e coletivos sociais. Buscamos, com este projeto, possibilitar que os conhecimentos advindos do campo da história da saúde e das doenças e de seus temas transversais alcancem um maior número de pessoas da sociedade brasileira. Este terceiro dossiê, intitulado *Artes de curar e assistência à saúde*, tem como proposta apresentar diferentes estudos que dialoguem com a historiografia que trata das práticas de cura que diferentes grupos sociais desempenharam no cotidiano popular no Brasil.

No primeiro capítulo, intitulado *"Nao' há molestia por mais complicada, (...), que nao' encontre milhares de curandeiros, e curandeiras prometendo de as medicar": o cotidiano das artes de curar no Recife da primeira metade do século XIX (1831-1845)*, o historiador Jonas Clevison

Pereira de Melo Júnior apresenta aspectos da atuação de praticantes da cura e os conflitos decorrentes de suas práticas. Ao analisar o processo de regulamentação das artes de curar no Recife, em um contexto de institucionalização de saber médico, o autor demonstra como médicos e demais praticantes da cura se relacionavam entre si e com os que por eles eram curados.

O segundo capítulo, intitulado *Práticas de cura e circulação de plantas amazônicas: o caso da fórmula secreta do curandeiro de Santarém (1858-59)*, tem como referência documental os escritos do médico Francisco da Silva Castro, na comarca de Santarém/Pará, no século XIX. A partir dessas fontes, o pesquisador Ejhon Costa apresenta as impressões do referido médico em relação às práticas de cura, tidas como não oficiais, destacando o uso de plantas amazônicas, na tentativa de curar pessoas acometidas pela lepra.

A historiadora Bárbara dos Santos traz no terceiro capítulo, intitulado *"Escravo barato": Africanos livres como sujeitos para uma história da saúde e escravidão na Bahia oitocentista*, a relação entre o adoecimento de africanos livres e sua intrínseca correspondência com o passado escravista, pontuando que as moléstias estavam diretamente associadas às suas atividades laborais. Sua análise também pretende expor de que maneira esse adoecimento reverberou entre as autoridades e senhores, que buscaram serviços de cura, na Bahia oitocentista.

Tomando como ponto de partida os debates, entre os médicos, sobre o aleitamento materno no século XIX, a historiadora Cássia Regina de Souza dialoga no quarto capítulo, intitulado *Amamentação materna e discurso médico no século XIX*, com tratados médicos e jornais que abordavam o tema. A autora demonstra, a partir da análise dessas

fontes, as divergências quanto à abrupta condenação em relação à presença das amas de leite ou casos em que propunha uma rígida escolha, tendo em vista a justificativa de transmissão de doenças às crianças.

No capítulo cinco, intitulado *Medicina e as práticas médicas no Brasil oitocentista*, os pesquisadores Fernanda Martins da Silva apresentam um estudo de natureza bibliográfica sobre as práticas de cura no século XIX. Para tanto realizam um levantamento acerca da produção historiográfica acerca da História das doenças e das artes de curar, demonstrando o quanto essas temáticas vem angariando destaque nas últimas décadas, contribuído para compreender os saberes e as práticas de cura, as concepções e representações sociais das enfermidades, as instituições e discursos científicos.

Abordando a saúde pública no Brasil o pesquisador Sergio De Simone expõe no capítulo seis, intitulado *A desinfecção no Brasil: esboço preliminar de uma trajetória (1808-1909)*, as práticas de desinfecção tendo como referência as obras dos doutores Plácido Barbosa e Cássio Barbosa. Seu principal objetivo é tratar sobre a sistematização dos serviços de desinfecção pública no Brasil a partir da chegada da corte portuguesa, a qual favoreceu a organização de uma estrutura administrativa com atenção preliminar direcionada à saúde no território brasileiro.

O capítulo sétimo, intitulado *Práticas de remediar: a crença na cura da Lepra em Belém-Pará, entre os séculos XIX/XX*, aborda os singulares percursos traçados na busca pela cura da lepra na cidade de Belém, no Pará. A historiadora Elane Gomes se debruça sobre as notícias de jornais que traziam à tona propaganda de medicamentos, práticas de pajelança, ou mesmo uma rede de comunicação entre a população, que

representam as estratégias de sobrevivência encontradas quando a doença se mostrava atuante.

A historiadora Flaviana Pantoja apresenta no oitavo capítulo, intitulado *Entre notícias e denúncias: a imprensa paraense contra a pajelança afro-indígena na Amazônia (Século XIX – XX)*, como os periódicos traçaram uma campanha de condenação e perseguição em relação aos curadores que faziam uso de ervas, cipós e banhos atrelados a rituais sagrados para curar pessoas acometidas por moléstias. Nesse sentido, a autora demonstra como os chamados pajés, feiticeiros ou curadores passaram a ser compreendidos como uma ameaça à consolidação da medicina institucional na Amazônia, do final do século XIX.

No capítulo nono, intitulado *As ações assistenciais a partir da profilaxia e terapêutica no Posto de Higiene de São João do Piauí (1930-1945)*, Rakell Silva aborda as medidas de saúde destinadas à população nas primeiras décadas do século XX, destacando a atenção dada à saúde do trabalhador tendo em vista a alta taxa de mortalidade infantil e as enfermidades que assolavam a população no Piauí. Apresenta, desta forma, a construção de uma política federal centralizada que teve na assistência sanitária e nas campanhas sanitaristas seu alicerce no percurso da interiorização da saúde pública.

A autora Francilene da Silva Sousa aborda no décimo capítulo, intitulado *Política de saúde pública no Piauí: serviços ofertados no hospital Getúlio Vargas e nos postos de saúde do interior (1942-1945)*, a assistência à saúde no Piauí durante o período estadonovista, observando as ações do governo estadual direcionadas à saúde pública. Sua análise destaca o Hospital Getúlio Vargas, tido como referência médica especializada e moderna, instituição que juntamente com os postos de saúde foram

fundamentais no combate às epidemias e na efetivação do saneamento da capital no período.

No capítulo onze, intitulado *A resposta à Aids e o princípio de participação social do SUS: Reflexões a partir do grupo Paravidda nos seminários municipais em Belém do Pará (1992 – 1993)*, o pesquisador Paulo Henrique Santos investiga a atuação do Grupo denominado Para Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (Paravidda) em Belém, no Pará. O autor aborda, por meio de jornais e entrevistas, a contribuição desse grupo para a implantação de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em Belém: a participação social.

No capítulo doze, intitulado *Da província ao estado de Goiás: as percepções de causas e cura da febre palustre*, a pesquisadora Thais Teixeira do Nascimento analisa diferentes percepções do que se denominava febre palustre em Goiás. Nesta nota de pesquisa, que apresenta um estudo ainda em desenvolvimento, a autora utiliza o relato de um cronista que passou por esse território no início do século XIX e notícias de periódicos para apresentar as ideias acerca das causas e formas de curar a enfermidade que recebia essa denominação.

Finalizando esse primeiro dossiê, os pesquisadores Bárbara Barbosa da Santos, Ejhon Lucas Dias Costa e Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior, apresentam no capítulo treze a entrevista intitulada *Artes de curar e assistência à saúde no Brasil: entrevista com a historiadora Tânia Salgado Pimenta*. Partindo de uma reflexão sobre o lugar ocupado pelas artes de curar e pela assistência à saúde na historiografia brasileira a entrevistada, a professor Tânia Salgado Pimenta, aborda aspectos como sua formação; as pesquisas sobre a história dessas temáticas; as fontes de pesquisa que podem ser consultadas.

É com grande satisfação que convidamos a todos, todas e todes a se aventurarem pelas páginas deste terceiro dossiê e descobrir a riqueza oferecida por cada uma das pesquisas contidas em suas páginas. Enfatizamos que esse trabalho produzido pelos membros do GEPHPSD é uma significativa contribuição para o campo de estudo da História da Saúde e das Doenças.

CAPÍTULOS

1

"NAO' HÁ MOLESTIA POR MAIS COMPLICADA, (...), QUE NAO' ENCONTRE MILHARES DE CURANDEIROS, E CURANDEIRAS PROMETENDO DE AS MEDICAR": O COTIDIANO DAS ARTES DE CURAR NO RECIFE DA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XIX (1831-1845)

Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

INTRODUÇÃO

> Eu já disse (e he muita verdade) que Medecina, e Pollitica sao' duas sciencias, sobre as quaes todo o mundo dá a sua pensada. (...). Nao' há molestia por mais complicada, e recôndita, que seja, que nao' encontre milhares de curandeiros, e curandeiras prometendo de as medicar da noite para o dia (O CARAPUCEIRO, n. 31, 17 de nov. de 1832, p. 1)[1].

O trecho acima, de autoria do religioso Miguel do Sacramento Lopes Gama, em tom satírico como costumava escrever em seu periódico intitulado O Carapuceiro, que circulou entre os anos de 1832 e 1847, traz como tema principal a medicina. Compondo um texto intitulado "Curandeiros", o autor criticava a vulgarização da medicina, mencionando que o mesmo acontecia com a política, e a atuação de praticantes das artes de curar possivelmente não licenciados pelos órgãos competentes, sobre os quais denunciava que agiam livremente na cidade do Recife.

Demonstrando como o tema da saúde pública ganhou destaque na primeira metade do século XIX, O padre carapuceiro, como também era

[1] Optou-se por manter a escrita original presente na documentação histórica consultada para este capítulo.

conhecido, discutiu em algumas páginas de seu periódico o cotidiano da cura, seus praticantes e aqueles que por eles eram curados, temáticas recorrentes nos periódicos que circularam na capital da província de Pernambuco durante o oitocentos, como será discutido. O período no qual teceu o comentário acima foi marcado por um conjunto de mudanças na cidade do Recife, reflexo da importância que a saúde pública passou a ter no cotidiano desta cidade e do lugar que a "medicina científica" buscou ocupar na resolução dos problemas de insalubridade urbana e na assistência à saúde.

Na historiografia brasileira, as “artes de curar” é temática privilegiada, tanto em produções mais clássicas (FREITAS, 1943; ROCHA, 1962; SANTOS FILHO, 1947), que buscaram analisar o processo de medicalização do Brasil a partir do século XIX, até uma produção acadêmica mais recente (FIGUEIREDO, 2002; PIMENTA, 2003; 2004; SAMPAIO, 2005; XAVIER, 2003), voltada para compreender as diferentes formas e espaços de atuação dos praticantes da cura. Uma definição proposta por Betânia Figueiredo (2002), adotada neste capítulo, demonstra os sentidos atribuídos ao que se compreendia como artes de curar, sendo possível compreender esse conceito:

> (...) como um conjunto de práticas não apenas vinculadas a procedimentos, técnicas e cuidados que buscavam o restabelecimento do corpo doente, mas toda uma diversidade de atenção para com o corpo, que percorreu as práticas daqueles que se dispunham a auxiliar e socorrer para aliviar a dor, os cuidados da saúde no dia-a-dia e assim por diante (p. 23).

Atento às problemáticas presentes nos estudos desenvolvidos sobre essa temática, em especial os que se voltaram para compreender a atuação dos praticantes da cura e os conflitos decorrentes de suas

Práticas, este estudo buscou analisar o cotidiano das artes de curar no Recife. O recorte inicial justifica-se por ser o ano da publicação do Código de Posturas da Câmara Municipal do Recife, documento que estabeleceu um conjunto de medidas sanitárias que incidiram sobre o cotidiano da cidade. Já o recorte final justifica-se por ser o ano em que foi criado o Conselho Geral de Salubridade Pública, do qual fizeram parte os principais médicos que atuaram na Sociedade de Medicina de Pernambuco até a sua extinção no ano de 1844, que ampliou a intervenção médica na saúde pública da província de Pernambuco.

As fontes históricas analisadas consistiram em crônicas de viajantes, periódicos e leis produzidas no período definido para análise. Sobre os relatos de viajantes que estiveram no Brasil ao longo do século XIX, José Barreiro (2002) explica que eles demonstram o confronto de valores que se traduziam na dualidade entre "civilização" e "barbárie", tratando-se da visão de europeus sobre aspectos de uma sociedade diferente da qual provinham. Buscou-se nesses relatos observar indícios das práticas curativas locais.

Sobre as leis consultadas, utilizou-se o estudo de Tânia Pimenta (2004) sobre as mudanças realizadas na legislação sobre o exercício das artes de curar na primeira metade do século XIX. No caso do Recife, as leis analisadas, elaboradas pelos representantes do poder público, permitiram perceber como as artes de curar foram sendo normatizadas de modo a atender as demandas de setores específicos da sociedade, em especial a elite médica e a municipalidade.

No que diz respeito aos periódicos analisados, Diário de Pernambuco e O Carapuceiro, utilizou-se as considerações de Tânia Regina de Luca (2002) sobre a história da imprensa no século XIX, segundo as quais os jornais devem ser compreendidos como

empreendimentos que reúnem projetos coletivos, agregando ideias, crenças e valores de determinados setores da sociedade. Em relação ao periódico médico intitulado Annaes da Medicina Pernambucana, utilizou-se as considerações de Luiz Otávio Ferreira (2003) acerca do papel desempenhado por periódicos científicos no contexto de institucionalização da medicina, considerados por esse autor como importantes meios de comunicação entre os médicos e a sociedade. Neste periódico, observou-se como a temática da saúde se mostrou recorrente na imprensa e os meios pelos quais os praticantes da cura atuavam, utilizando desses canais de comunicação para expor suas ideias e espaços de atuação.

Este trabalho foi possível graças ao cruzamento de fontes e ao diálogo com a bibliografia existente sobre o tema. Buscou-se perceber o que a documentação histórica consultada revela sobre a temática a ser discutida, de modo a possibilitar responder à problemática deste trabalho, especificamente como médicos e demais praticantes da cura se relacionavam entre si e com aqueles que por eles eram curados, diante das transformações vivenciadas no exercício das artes de curar no período definido para análise.

COTIDIANO, DOENÇAS E PRÁTICAS DE CURA

Na primeira metade do século XIX a cidade do Recife constituía-se como um importante centro comercial, em virtude de seu porto marítimo, vivenciando no plano demográfico crescimento populacional e no plano urbanístico aumento da densidade demográfica. O médico britânico George Gardner, que esteve em Pernambuco em 1836, descreveu essa cidade como "pouco recomendável aos que não têm

negócios a tratar". Entre outros aspectos, destacou que as ruas eram estreitas e sujas, pontuando que "na estação das águas, as ruas enchem-se de água e lama; durante a seca, a lama converte-se em nuvens de poeira". Finalizando, o cenário da cidade insalubre mostrou-se surpreendente ao considerar que "as moléstias epidêmicas" não prevaleciam com frequência (GARDNER, p. 1942, p. 65).

O fato é que as primeiras epidemias que se abateram sobre essa cidade no período imperial aconteceram quando esse viajante já havia regressado à Europa. Entre 1849 e 1852, a febre amarela chegou ao Recife causando grande transtorno, voltando a se manifestar novamente, embora nunca tenha deixado de fazer vítimas, entre 1871 e 1873. A cólera, por sua vez, flagelou a população recifense em dois momentos, em 1856 e 1860. Já a varíola, conhecida de longa data pelos pernambucanos, entre 1878 e 1880 mostrou-se presente de modo devastador no cotidiano dessa cidade (CASTRO, 2007).

Compondo o dramático cenário epidêmico da província de Pernambuco ao longo do século XIX, essas epidemias representaram fator de sofrimento para a população e de preocupação para o poder público. Carlos Miranda (2006) pontua que a medicina do período não possuía conhecimentos específicos sobre os agentes etiológicos causadores de boa parte dessas doenças, recorrendo aos fatores ambientais, alimentares e aos hábitos da população para justificar a recorrência dessas enfermidades. Outro aspecto, segundo esse autor, consistia na falta de medicamentos eficientes, o que dificultava o tratamento dessas doenças, contribuindo para que evoluíssem para quadros mais graves.

Diante desse cotidiano insalubre, no qual doenças de natureza variada se propagavam pelos diferentes espaços do Recife, coube à

população recorrer aos serviços de saúde disponíveis. Carlos Miranda (2001) e Tânia Pimenta (2004), ao analisarem as transformações vivenciadas no campo da saúde pública no Brasil na primeira metade do século XIX, apontam que, mesmo diante da criação de novas instituições médicas, mudanças na legislação e maior fiscalização das práticas de cura, a situação sanitária e de assistência à saúde no período imperial se manteve delicada. De modo geral, recorria-se a instituições de saúde, como as Santas Casas de Misericórdia, leprosários, hospitais militares e filantrópicos, enfermarias de ordens religiosas, e aos médicos, cirurgiões e demais praticantes da cura, como barbeiros, sangradores, barbeiros-sangradores, dentistas, boticários, parteiras e curandeiros.

No Recife oitocentista, a população recorria a esses mesmos espaços e praticantes da cura. Os relatos de alguns viajantes que estiveram em Pernambuco atestam experiências de adoecimento e cura vivenciados no cotidiano dessa província na primeira metade do século XIX. O comerciante inglês Henry Koster, por exemplo, que veio a Pernambuco em 1809 para se tratar de tuberculose, escrevendo sobre as boubas que acometiam os escravizados no período em que foi senhor de engenho na ilha de Itamaracá, relatou que:

> Uma creança, pertencente a um dos meus vizinhos, (...), tinha o costume de brincar com outras creanças no canavial. Tivera essa enfermidade e logo apoz, o filho de um trabalhador contraíra o mal, mas nadas me disseram até que um escravo de oito anos de idade veio informar que sofrêra as "bôbas". Logo depois o pai desse menino caiu doente. E, em pouco tempo, não obstante todos os cuidados e precauções, outras pessôas padeceram da mesma molestia. **Um cirurgião foi chamado, prescrevendo mercúrio para todos os pacientes** (KOSTER, 1942, p. 523, grifo nosso).

A bouba[2] representou uma das enfermidades que mais acometeu os escravizados em Pernambuco, chegando a se tornar assunto dos médicos do Recife, que buscaram compreender sua origem, forma de transmissão e motivo de recorrência, tendo em vista o lugar ocupado pela escravidão nas relações sociais e na economia local (SANTOS; MELO JÚNIOR, 2022). No relato desse senhor de engenho, cabe destacar a atuação do cirurgião e a terapêutica que aplicou. Figuras importantes no universo das artes de curar no Brasil desde o período colonial, os cirurgiões poderiam se configurar, de acordo com o regimento da Fisicatura-Mor[3], enquanto cirurgiões aprovados – aqueles que eram formados nos cursos de cirurgia – ou cirurgiões-barbeiros – que eram certificados mediante carta escrita por médicos ou por cirurgiões aprovados (PIMENTA, 2003).

Não sabemos a condição do cirurgião mencionado pelo viajante, apenas que a medicação receitada, na falta de medicamentos específicos, era recomendada para uma variedade de doenças por parte dos diferentes praticantes da cura. Doentes e curadores, sobretudo aqueles cujas concepções de doença e cura dialogavam, estabeleciam estreitas relações sociais diante das experiências de adoecimento. Em anúncios publicados no Diário de Pernambuco, é possível perceber a relação entre os que praticavam a cura e aqueles que por eles eram

[2] A bouba, também denominada pian, é uma doença infecciosa sistêmica não venérea causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, subespécie pertenue. É transmitida pelo contato físico com as lesões da pessoa portadora dessa enfermidade, o que ocasiona lesões cutâneas e no tecido ósseo (BVMS, 2002).

[3] A Fisicatura-Mor, instituição que cuidou da saúde pública no Reino de Portugal e seus territórios coloniais entre 1808 e 1828, era administrada pelo Físico-mor e Cirurgião-mor, que contavam com o apoio de delegados, subdelegados e demais oficiais que fiscalizavam o cumprimento do regulamento dessa instituição. Era de competência dessa instituição aprovar ou não o livre exercício das artes de curar para os mais variados praticantes da cura, mediante exames que eram realizados por médicos, cirurgiões e seus delegados.

curados. No dia 6 de fevereiro de 1830, foi publicado neste periódico o seguinte:

> Virginio Correia, anuncia ao respeitavel Publico, que elle tem discuberto medicamentos proprios para curar toda e qualquer qualidade de gota; quem do seu préstimo precizar anuncie por este Diario, ou dirija-se ao Engenho Jangadinha onde he sua residencia (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 308, 6 de fev. de 1830, p. 1238).

Não foi possível encontrar informações sobre o anunciante, o que podemos supor, entretanto, tendo em vista o anúncio da descoberta de um medicamento para o tratamento da Gota[4], que possivelmente este personagem manipulava medicações e atuava como curador. Oferecendo socorro aos que sofriam desse mal, o anunciante teve retorno em vários anúncios, como por exemplo, em uma publicação do dia 28 de julho de 1830, quando solicitou-se que o personagem acima informasse onde residia, "para tratar o curativo de um doente do dito mal" (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 414, 28 de jun. de 1830, p. 1672-1673).

Avaliando os conflitos entre curandeiros e a elite médica, Carlos Miranda (2001) explica que a população costumava confiar nesses praticantes da cura em virtude da proximidade entre suas crenças e as da população, que valorizavam as concepções místicas atribuídas às doenças. Essa situação foi marcante ao longo da primeira metade do século XIX, mesmo diante das transformações vivenciadas no exercício das artes de curar nas décadas de 1820 e 1830, como será discutido.

[4] A gota, doença reumática causada pelo excesso de ácido úrico no sangue, acomete tecidos conjuntivos como articulações, tendões, ossos e músculos. Acarreta dores nas articulações, sobretudo no dedão do pé. De característica metabólica hereditária, causa casos de artrite aguda, hiperuricemia e cálculos de ácido úrico (BVMS, 2002).

A REGULAMENTAÇÃO DAS ARTES DE CURAR

Na primeira metade do século XIX, as mudanças vivenciadas no universo das artes de curar no Brasil estiveram relacionadas ao processo de regulamentação dos ofícios nele realizados. Tânia Pimenta (2004), analisando essas mudanças, destaca a extinção da Fisicatura-Mor (1828), a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em Faculdades de Medicina e a elaboração de uma legislação que regulamentou o exercício das artes de curar (1832). O período no qual essas mudanças aconteceram foi marcado pela crescente intervenção no espaço público e privado e pela institucionalização do saber médico, com o intuito de promover a consolidação de um mercado de atuação para os profissionais da medicina "científica".

Após a independência do Brasil, os problemas de saúde pública observados na corte, que se estendiam para as demais províncias, tornaram-se uma questão importante para o Estado Imperial Brasileiro. Com o fim da Fisicatura-Mor em 1828, coube às câmaras municipais o papel de cuidar da saúde pública no Brasil, sobretudo no que concerne à criação e execução de uma política sanitária urbana, ficando o exercício das artes de curar sem regulamentação formal até a aprovação da lei de 3 de outubro de 1832 (PIMENTA, 2004).

Nesse contexto de mudanças, da corte às províncias, as câmaras municipais buscaram organizar sua política sanitária de modo a atender as demandas emergentes nos centros urbanos. É o caso da Câmara Municipal do Recife que, no ano de 1831, aprovou um código de posturas contendo 17 títulos. Manuela Santos (2009), analisando o Código de Posturas da Câmara Municipal do Recife, o classificou como um

documento normalizador que dialogava com os preceitos da medicina social preconizada no período. Michel Foucault (2004), analisando a medicina social francesa, explica que seus preceitos estabeleciam o controle das coisas e das pessoas visando combater a insalubridade urbana e o controle social.

Observando as posturas presentes nesse código, percebe-se a instrumentalização dos preceitos da medicina social francesa no projeto higienista proposto para a capital da província de Pernambuco. Os títulos 1º, 3º, 4º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 12º e 13º, por exemplo, referiam-se às medidas que pretendiam higienizar os espaços públicos. Os títulos 11º e 14º, buscando promover a manutenção da ordem social, estabeleciam o controle dos divertimentos públicos e da circulação das pessoas. Já os 2º, 5º e 15º, referentes aos serviços de saúde, buscaram organizar a precária assistência oferecida à população (SANTOS, 2009).

Referente ao exercício das artes de curar, o título 2º, intitulado "Sobre os boticários e droguistas e vendas de remédios relativos", abordando questões referentes à produção e comercialização de medicamentos nas boticas do Recife, tratou em um de seus parágrafos dos demais ofícios de cura. Especificando as categorias cujos ofícios estariam normatizados pelo código de postura, o parágrafo nove deste título estabeleceu que:

> **Nenhum Facultativo, Boticario, Sangrador, Dentista, ou Parteira poderão exercer suas artes dentro do municipio, sem ter appresentado no praso de 2 mezes depois da publicação destas Posturas, suas cartas na Camara** Para o fim de serem registadas salvo, se o ouverem já feito: os infractores sera'õ multados em 10$000, ficando suspeitos ate' que a fação, e na reincidencia pagarão dobrado, e sofrerão penas de prisão de 3, a 8 dias. Os Estrangeiros serão obrigados alem da apresentação do seo Diploma a justificarem a

> identidade da pessoa (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 173, 13 de ago. de 1831, p. 706, grifo nosso).

Definindo em quais condições os que praticavam ofícios de cura poderiam atuar, este parágrafo buscou, entre outros aspectos, limitar a atuação daqueles que não possuíam certificação, abrindo espaço, sobretudo, para a elite médica local. A aplicação de punições aos praticantes da cura que atuavam de modo divergente ao que preconizava a lei encontrou ainda mais respaldo a partir da aprovação da lei de 3 de outubro de 1832.

Essa lei, que promoveu a transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, estabeleceu um conjunto de determinações acerca do exercício das artes de curar no Brasil. Em seus artigos 11, 12, 13 e 14, ficou estabelecido, respectivamente, que caberia às faculdades de medicina conferir os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira, excluindo os sangradores; que os médicos certificados poderiam exercer todos os ramos da medicina; que todos aqueles que não possuíssem certificação estariam impedidos de atuar; e que aqueles que obtivessem certificação em instituições estrangeiras só poderiam atuar mediante validação de seus títulos a partir de exames a serem realizados pelos órgãos competentes (CLIB, 1832).

Mesmo diante dessa lei, competia às Câmaras Municipais, por meio de exames realizados por médicos ou cirurgiões das faculdades de medicina, a decisão de conceder licenças para exercer ofícios de cura. Essa situação motivou, ao longo da primeira metade do século XIX, diante da aprovação ou renovação de licenças de curadores que não

possuíam certificação, inúmeros conflitos entre médicos e vereadores (PIMENTA, 2004).

No Recife, que nesse período não possuía uma faculdade de medicina, a Câmara Municipal indicava médicos ou cirurgiões para a realização desses exames. Essa instituição ainda contava com o apoio de uma rede de funcionários, como os fiscais de freguesia e o corpo de polícia, que fiscalizavam o cumprimento das posturas municipais, os serviços ofertados nos espaços de assistência à saúde e a legalidade das práticas de cura exercidas nesta cidade.

Mesmo diante das mudanças na legislação, que preconizavam o monopólio dos serviços de cura nas mãos da classe médica, houve aqueles que continuaram agindo na ilegalidade. É o que demonstram Gabriela Sampaio (2001) e Tânia Pimenta (2004) ao analisarem o contexto da corte imperial, no qual um conjunto de conflitos surgiu no universo das artes de curar, evidenciando a sensível relação entre os práticos da cura e os médicos[5]. Um aspecto também analisado por essas autoras refere-se aos conflitos decorrentes dos interesses particulares dos membros da classe médica que resultaram em divergências entre os próprios representantes da medicina, como será analisado no caso do Recife.

UMA ELITE MÉDICA À SERVIÇO DA SAÚDE PÚBLICA

Na primeira metade do século XIX, os médicos que atuavam no Recife, buscando institucionalizar seu campo de atuação, fundaram, no

[5] Cabe destacar que os conhecimentos existentes no universo das artes de curar dialogavam entre si, na medida em que os médicos possuíam um conhecimento mais teórico, enquanto os demais praticantes da cura um conhecimento mais prático, fator que contribuiu para que fossem reunidos na alcunha de "práticos", excetuando-se desse grupo os cirurgiões, como tem apontado a historiografia sobre o assunto (SAMPAIO, 2001; PIMENTA, 2004).

ano de 1841, a Sociedade de Medicina de Pernambuco. De natureza consultiva, tendo funcionado até o ano de 1844 em virtude de divergências entre seus membros, reuniu médicos cirurgiões e farmacêuticos, que, de acordo com William Souza (2018), além de representar os principais nomes da medicina pernambucana do período, ocuparam cargos na Câmara Municipal intervindo na criação de leis no âmbito da saúde pública. Manuela dos Santos (2009), realizando um levantamento dos médicos que atuaram em Pernambuco na primeira metade do século XIX, apontou um quantitativo de dezenove, todos com formação majoritariamente europeia e tendo atuado nas principais instituições de saúde de Pernambuco.

No discurso de comemoração de um ano da formação dessa instituição publicado no periódico intitulado Annaes da Medicina Pernambucana, que circulou entre 1842 e 1844, o Dr. José Eustáquio Gomes abriu a cerimônia pontuando que era "melhor prevenir os males do que curá-los, que a higiene tem bases mais seguras do que a Terapêutica" (ANNAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA, ano I, n. II, p. 59, 1842, grifos nossos). Consistindo no canal de comunicação entre essa instituição e a sociedade, nesse periódico foram publicados um conjunto de relatórios que demonstram o pensamento médico do período, apresentando aspectos da insalubridade urbana e das ações que deveriam ser adotadas pelo poder público na resolução dos problemas observados na província de Pernambuco (SOUZA, 2018).

No discurso acima, percebem-se os preceitos que norteavam a atuação dessa instituição. Ao afirmar que a Higiene, de caráter científico, representando um importante ramo da medicina, possuía conhecimentos mais seguros do que a Terapêutica, de caráter popular, mobilizada pelos mais diversos praticantes da cura, demonstra a

posição dessa sociedade em relação aos saberes e práticas dos curadores não certificados. A partir dessa concepção, seus integrantes buscaram, por meio da divulgação de seus serviços, angariar prestígio e confiança da sociedade, como pode ser observado em um conjunto de publicações presentes no Diário de Pernambuco.

Em uma correspondência intitulada "Breve relatório do estado do Tenente Coronel Carapeba", publicada em 2 de maio de 1833, informou-se que no dia 20 de abril o Tenente Coronel Joze Francisco Vaz de Pinho Carapeba, que se encontrava enfermo, havia chegado à capital da província de Pernambuco (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 97, 2 de maio de 1833, p. 389-390). No mesmo dia da chegada do Comandante Carapeba ao Recife, a correspondência informa que se reuniram na casa do enfermo os médicos Jose Eustaquio Gomes, Antônio Peregrino Maciel Monteiro e Simplício Antônio Mavignier, acompanhados dos cirurgiões Manoel Pereira Teixeira, João Baptista Monteiro, José Francisco Pinto Guimarães e Manoel Bernardino Monteiro, com o intuito de dar assistência ao enfermo. A publicação, descrevendo a atuação desses profissionais, relata que:

> O Snr. Doutor Mavignier, (...) fez a história da jornada do Altinho para a Capital, e os motivos que o levarão para persuadir ao Snr. Commandante Geral que regressasse á Capital: (...) expos o tratamento que empregou (...). O professor assistente antes de terminar declarou que havião varias proções de ossos (esquirolas) pois que a fractura era com minutiva assim como tal vez outros corpos extranhos, que até então ainda não havia podido ser extrahidos, que só uma balla no [?] dia do ferimento fora extrahida da região das nadegas, não julgando haver por ora necessidade de fazer a amputação da coxa, mas que era mister talvez de fazer insisões, e seguir um tratamento, brando, para o que consultava a seus colegas, á quem pedia os socorros de mas luzes e conhecimentos. O Snr. Doutor Mavignier da parte do doente requereo que todos os Snrs. Professores não explorassem a

> ferida, e que um só fosse encarregado deste exame. O Snr. Teixeira senho o escolhido, fez as indagações convenientes, declarou achar grandes estragos (que já havia sido dito); em consequencia do que os professores unanimemente decidirão que a ferida fosse bem dilatada, e que se praticasse uma e outra abertura; passando-se entre ambas uma fita de sedenho. O Sr. Doutor Mavignier offereceo o bisturil por haver sido o explorador, ao Snr. Teixeira que o aceitou e fez duas dilatações na mesma ferida uma para a parte superior outra para a inferior, depois do que verificou-se com a maior evidencia o que já se havia dito sobre os estragos do osso: tractou-se a ferida. No dia seguinte fez-se novo ajuntamento dos professores, e a contra abertura foi praticada: varios pedacos de ossos de diversas grandezas forão extraídos, e, mais uma pequena balla ou planqueta que havia entrado pelo mesmo orificio, passou-se a fita do sedenho, e as feridas forão curadas (por decisão da conferencia) com fios insopados em ceroto simples. Dezoito sangue-xugas forão aplicadas em torno da ferida anterior, e uma larga cataplasma. O doente foi posto á uma dieta rigorosa, e tratamento antiphlogístico (como d´antes). (...) O mesmo tratamento tem sido continuado sem interrupção. Todos os dias são extraidos ossos de maior ou menor grandeza, a ferida está rubra, apresenta boa face, e uma suparação franca. O doente tem tido febre que tem seo acesso depois do curativo, porem esta já não offerece a mesma intensidade. Alguns [?] esmolientes e ligeiramente laxantes tem combatido alguma rebeldia do ventre: e a tridacia aplicada, em dose conveniente, tem acalmado as dores (quando aparece alguma insânia) procurando um [?] tranquilo e descancando. No dia 30 foi dilatada-a abertura por onde se extraira a balla (...) (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 97, 2 de maio de 1833, p. 389-390).

Alguns dias depois da publicação do Relatório acima, especificamente no dia 18 de maio de 1833, foi publicada uma segunda correspondência em uma seção do mesmo periódico intitulado “Boletim”, com informações acerca do estado de saúde do comandante Carapeba. Nessa segunda publicação, foi relatado que:

> O Tenente Coronel tem apresentado, desde então, alternativas de melhoras e peioras, para ellas muito tem contribuido (como se sabe) as variações e vicicitudes athmosphericas; o tratamento há tambem sido modificado em consequencia ora deluente, ora um pouco mais tonico a fim de levantar as forças do enfermo que parecião abater-se. Quase todas as esquirulas forão extraídas, apezar de ainda existirem algumas, a reducção da fractura foi tentada pois aquellas já não offerecião obstáculo á reducção; tudo por voto dos professores tanto assistentes como consultantes, cujas reuniões tem sido frequentes. Mas no dia seguinte (13) o doente peiorou consideravelmente: symptomas nervosos e crebraes aparecerão; lypotimias e delirios, com aumento dos accessos febris: o que de algum modo acalmou-me com uma pequena sangria. Os professores passarão á um tratamento antiflogístico não tão rigoroso como em principio da molestia, sangue xugas forão ordenadas para serem aplicadas na baze do craneo e trajecto dos jugulares, e em todo lugar onde a aplicação destes animaes podesse ser reclamada. Esse tratamento foi posto em execução. No dia 15 o doente apresentou melhor face, e com mais alguma animação: os delirios cessarão, e o acesso, da febre foi menor: Nesse mesmo dia trez ou quatro pequenos pedaços de ossos forão extraidos e a perna permenecendo na posição em que estava. (...) (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 109, 18 de maio de 1833, p. 437).

Na terceira correspondência publicada, datada de 24 de maio de 1833, é apresentado o desfecho da história. Descrevendo as questões que levaram ao falecimento do enfermo no dia 22 deste mês e a avaliação final de sua morte por meio de uma necropsia, relatou-se:

> Relatorio: (...) Desde o dia 18 principiou o doente a soffrer grandes modificações no seu mal, e todos os symptomas se aggravarão: o pulso conservou-se frequente; as faculdades intellectuaes profundamente affectadas, apenas em alguns curtos momentos parecião em sua natural integridade; a sensibilidade geral deminuio notavelmente, e o habito exterior indicava o estado adiantado do mal. Entre tanto a ferida conservava-se com sofrível aspecto, e a suppuração como antecedentemente; parecendo com tudo mais evidente a lezão e estrago do grande trocanter. Do dia 19 a 20 huma formidavel diarrhea sucedeu á

> rebeldia do ventre, e veio ajuntar-se aos outros symptomas, que tomarão hum caracter de gravidade summamente assustador; accrescendo á isto o estado de consideravel meteorismo de todo o ventre. Hum grande abatimento de forças seguio-se á este estado morbido, e apesar do ventre ter deminuido de volume e de elevação, nem por isso a diarrhea perdeu sua copiosidade e violencia. Neste periodo já o estado do doente parecia mortal: a ferida tornou-se pálida, e insensível; o ventre baixo, mas impassivel: o pulso pequeno, e já mui delgado; a face decomposta, e hyppocratica; a sensibilidade quase anihilada; a respiração sem força, mas algum tanto acelerada; finalmente o aspectoda morte pintado em todo o seu corpo: assim existio todo o dia 21, e assim continuou o enfermo até às 5 horas do dia 22, momento em que, (...) exalou o ultimo suspiro... (...).
>
> Necroscopia. Cadaver extremamente descarnado, de cor terrena e pálida; face hypocratica: ventre depremido; thorax elevado. As feridas, anterior e posterior denegridas, contendo puz ensanguentando. O fêmur facturado, a extremidade superior da porção inferior offerecia algumas pequenas pontas, e principio de necrose: a porção superior , deixou destacar com facilidade o pequeno trocanter extraio-se, sem custo, outra porção mui grande de osso; a face externa e a extremidade superior deste trocanter estavão destruidos com desigualdades; a origem do collo do fêmur estava esfoliada; o ligamento capsular inflamado, mas o interarticular no estado normal; o rebordo da cavidade cotilodeca levemente destruida (uma pequena caria); o interior da articulação continha uam serosidade purulentas. Na parte superior, e inferior das feridas havião dous focos purulentos denegridos. Aqui se terminou o exame cadaverico que sobejamente explica a cauza morte. contra a qual não era mais possível opôr obstáculos (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 114, 24 de maio de 1833, p. 457).

A exposição do caso do Tenente Coronel José Francisco Vaz de Pinho Carapeba, uma autoridade política e militar, e do auxílio prestado pelos esculápios da medicina, que reclamavam o monopólio da cura, em um periódico de tiragem diária e de grande circulação, demonstra aspectos da atuação da classe médica no cotidiano do Recife. Este personagem, que recebeu notoriedade ao comandar as tropas que foram

enviadas pelo governo da província de Pernambuco para conter as agitações decorrentes do processo conhecido como Guerra dos Cabanos[6], foi ferido em 2 de abril durante uma investida dos revoltosos ao quartel existente na povoação de Altinho, em Pernambuco. Sem condições de prosseguir em suas funções, regressou ao Recife, sendo de imediato assistido pelos profissionais acima citados.

No caso exposto, enquanto o médico Simplício Antônio Mavignier ficou responsável por traçar o quadro clínico do paciente, coube ao cirurgião Teixeira realizar os procedimentos cirúrgicos necessários para restabelecer a saúde do enfermo. Embora pareça uma escolha sem motivos definidos, é importante observar que está relacionada ao perfil profissional dessas duas categorias da medicina oficial.

Os cirurgiões possuíam uma formação mais "mecânica", voltada para a realização de procedimentos cirúrgicos mais incisivos, prescrever os meios de se conservar a saúde, diagnosticar o quadro clínico dos pacientes e receitar os medicamentos mais adequados, atuando diretamente no socorro aos enfermos. Já os médicos, possuidores de uma formação mais "intelectual", auxiliavam na elaboração de projetos que envolviam a questão da salubridade urbana e a elaboração de relatórios sobre a saúde pública dos territórios nos quais as instituições que atuavam se encontravam situadas, embora a prática cirúrgica fosse indispensável em sua formação.

A partir das mudanças vivenciadas pela medicina na Europa na segunda metade do século XVIII, o exercício prático cirúrgico foi sendo incorporado à formação médica e as teorias médicas sobre o corpo

[6] A Guerra dos Cabanos (1832-1834), também chamada de Cabanada, consistiu em um conflito político e militar resultante da insatisfação de políticos conservadores, que foram exonerados de cargos no aparelho administrativo do Império após a saída de D. Pedro I, em um contexto de ascensão política dos liberais, ocorrido em áreas das províncias de Pernambuco e Alagoas (CARVALHO, 2009).

foram sendo incorporadas à formação dos cirurgiões, influenciando o modelo de formação médica que seria adotado no Brasil ao longo do oitocentos. No caso dos médicos atuantes em Recife na primeira metade do século XIX, formados em universidades europeias sob influência dos novos preceitos da medicina iluminista, todos estiveram vinculados a instituições médicas de prestígio, prestando auxílio na elaboração e execução das reformas urbanas às quais essa cidade foi submetida, embora tenham atuado em alguns momentos no exercício prático da cirurgia. Coube aos cirurgiões, mas também aos sangradores e demais práticos, de modo geral, prestar assistência à população em seu cotidiano, situação semelhante ao contexto da corte imperial.

Cabe ainda mencionar os pormenores da prática médica durante o diagnóstico, tratamento e a necropsia realizada no enfermo em questão. O diagnóstico realizado pelo médico Antônio Simplício Mavignier, confirmado pelos demais colegas de ofício, apontou que o enfermo sofria de inflamação na região de uma das nádegas e parte da coxa causada por fratura em alguns ossos proveniente de uma perfuração por bala, que resultou em excesso de febre, delírios e problemas intestinais. Já o tratamento, administrado ao longo do período em que prestou-se assistência ao enfermo, consistiu na extração de fragmentos de ossos localizados nas áreas lesionadas, bem como na utilização de sangrias com sanguessugas, dieta rigorosa, aplicação de medicações como emolientes e laxantes, métodos recorrentes no período.

A novidade apresentada pelo caso em questão está na descrição detalhada da necropsia realizada no enfermo, apresentada abertamente em um periódico. Segundo Alisson Eugênio (2008), até meados do século XVII, a prática de dissecar cadáveres era restrita em virtude do controle realizado pela Igreja Católica na produção científica, processo que se

alterou a partir do século XVIII, quando estudos acerca da anatomia humana ganharam destaque, possibilitando um maior conhecimento acerca do corpo humano e da natureza das doenças. Os médicos do Recife, por meio da descrição detalhada da anatomia do enfermo, buscaram evidenciar serem detentores de um conhecimento científico, para que não houvesse mais dúvidas acerca do quadro clínico do paciente apresentado desde o momento em que começou a ser tratado até o de seu falecimento.

Se os "esculápios do progresso" buscaram demonstrar sua prática, também houve momentos nos quais buscavam dar explicações à sociedade sobre os conflitos no universo das artes de curar nos quais estiveram envolvidos. Percebe-se tal questão em uma publicação datada de 24 de julho de 1833, que trazia uma série de correspondências de dias anteriores à morte do boticário João Luiz Victor Lieutier, que aconteceu no dia 11 deste mesmo mês. A primeira correspondência, direcionada ao médico José Eustáquio Gomes, foi encaminhada em 20 de julho de 1833 pelo boticário A. Saisset, expondo a seguinte mensagem:

> (...) Illm. Snr. Doutor Gomes (...) – Fulminado pela calumniosa imputação de haver contribuido por meios tóxicos á morte (por mim bem lamentada) do meu infeliz e defunto amigo M. Leuetier julguei eu ao principio nada dever produzir em minha defesa, esperando, que a simples consideração de não ter eu precisão de commetter huma acção tão atroz, hum assassinato, que quando mesmo tivesse as vistas de interesse, que malignamente se me tem emprestado, e principalmente o conhecimento inteiro da minha conducta nesta paiz, bastarião para desvanecer tão pérfida ensinuação. Como porem não tenha sido sucedido inteiramente, e seja do meu rigoroso dever, destruir ainda mais pequeno resto de prevenção, que possa manchar a minha reputação, e credito; tomo a liberdade de vos endereçar estas linhas com o fim de pedir-vos, me declareis ao pé desta se entre os symptomas que observastes na enfermidade de meu desgraçado amigo, algum descobriste,

> que vos fizesse dispertar a ideia de um envenenamento; se as molestias, a que ele sucumbio, vos parecerão efeito de alguma substencia venenosa, e finalmente se a gravidade ao mal em si mesmo, não vos parece sufficiente para esplicar a terrível morte do infermo. Ferido atrozmente na minha honra, e delicadeza, eu espero, que me não denegueis este testemunho da vossa imparcialidade e intereza. Com ele poderei eu a menos fazer calar meus inimigos e detractores, e convencer ao publico imparcial de que a amizade e gratidão, que sempre consagrei ao meu defunto amigo, nunca por mim foi desmentida, e que se durante a sua vida ella arrastou-me a concorrer com ele em actos que meu caracter reprovava, ainda depois de sua morte conservo as suas sinzas a mesma intensida e pureza. E o que não faz ella em uma alma sincera e grata!... (...) (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 159, 24 de jul. de 1833, p. 639-640).

Respondendo ao questionamento do boticário, na segunda correspondência datada do dia 21 de julho, José Eustáquio Gomes explicava:

> (...) Fui chamado no dia 8 do corrente mez para prestar socorros medicos a M. Leuetier: achei-o com os symptomas seguintes: face rubra; lingoa seca no meio, e bastante saburrosa nos lados; respiração fatigada, pulso mui frequente,e pequeno; ventre elevado; hum largo tumor fleugmonoso no quadril direito, que parecia ter flactuarão de liquido abscura; o joelho esquerdo tãobem se achava um pouco inflamado. O doente queixava-se de grande oppresão na respiração, e dor do lado direito do peito; ansiedade, e grande dor, e calor no tumor do quadril. Apalpando-lhe eu o ventre achei-o timpanitico, e o doente acusou sofrer dor em toda a parte que se apalpava, com particularidade sobre o fígado, e estomago. A diagnose que tirei foi que o doente sofria inflamação aguda em quasi todas as visuras do baixo ventre, principalmente no estomago, fígado, e peretureco, e que os orgãos da respiração, com particularidade a pleura tãobem sofria inflamações. Esta molestia segundo a historia da pelo mesmo doente, e depois pelo professor assistente, não foi mais do que a exaltação de inflamações crônicas, que o doente padecia de data mui remota, contraida na costa d'Africa, (...) e mesmo quando foi acometido deste fatal ataque se achava convalescendo de

> huma violenta ophetolonia, que para ser debelada foi necessário sofrer largas sangrias, tanto tópicas como geraes, e estando ainda bastante débil foi expor-se a golpes de calor, e de vento na sua fabrica de destilação, donde foi acometido de supressão de urinas; daqui se desenvolveu a molestia que acabo de expor, a qual engravessendo cada vez mais terminou a vida do paciente no dia 11 deste mez. Pela exposição que acabo de fazer, conhecerá Mr. Saisset que eu atribuo a molestia as causaes tanto próximas como remotas que concluo de lhe expor, e não a veneno; e que a violência da inflamação extendida a tantos órgãos, e tão essenciaes a vida foi motivo mais que sufficiente para aniquilar a vida de seu amigo. (...) – Doutor Joze Eustaquio Gomes. – Recife 21 de Julho de 1833.

Na terceira correspondência, datada de 24 de julho, o médico Antônio Peregrino Maciel Monteiro, respondendo uma carta que havia sido enviada por Saisset, explicou:

> (...) havendo observado o seu defunto amigo o Snr. Leuctier duas vezes, huma em conferencia com o seu assistente o Snr. Doutor Benit. e outra com este Medico, e o Snr. Doutor Gomes, em ambas as occasiões estabeleci ser victima o indicado Snr. Leuetier de huma inflamação do estomago, fígado, e intestinhos, e bem assim de hum tumor phlegmonozo que ocupava a parte externa e superio da côxa direita, e tendia a derramar-se pelo flanco do mesmo lado, o qual segundo as informações, que pude colher, havia sido precedido de dores em as articulações dos membros inferiores, parecendo-me serem taes sofrimentos o inevitavel resultado de afecções intestinaes chronicas adqueridas na latitude da Africa, onde o paciente havia por muito tempo habitado: que quanto a gravidade do mal, ella foi sempre por mim reconhecida, attento o grande numero de órgão lesados, e a sua natural intensidade, sendo taes circunstancias mais que sufficientes para explicar a lethabilidade dos symptomas, e consequente morte do infermo: que finalmente quanto á imputação, que V. S. diz fazerem-lhe alguns de envenenamento, nada me aprece mais improvavel, e mais inconcebivel, visto que por hum acaso assaz singular, nem mesmo hum sintoma houve, que analogia tivesse com aquelles que são produzidos pelos toxicos corrosivos, narcoticos, ou mixtos; o que na verdade me parece singular

> (como já disse) porque sendo o mal no estomago e mais entranhas abdominaes, nem mesmo vomitos houve. He o que tenho a honra de responder a V. S. de quem sou – Attento venerador e creado – Doutor Antonio Peregrino Maciel Monteiro – S. C. 23 de Julho de 1833 (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 159, 24 de jul. de 1833, p. 639-640).

No caso exposto, é possível observar a conflituosa relação entre os que exerciam ofícios de cura. De acordo com a publicação, o boticário A. Saisset, que mantinha negócios com João Luiz Victor Lieutier, foi acusado por José Eustáquio Gomes de ministrar medicamentos de modo indevido, contribuindo para o envenenamento e consequente morte do citado defunto. Recorrendo à sua excelente imagem e conduta perante a sociedade, Saisset solicitava maiores informações sobre o que observou José Eustáquio Gomes, para que pudesse "convencer o público imparcial" de sua inocência. Defender-se publicamente era importante, tendo em vista o prestígio que os boticários possuíam nesse período, atuando prescrevendo receitas para médicos e demais práticos da cura (FIGUEIREDO, 2004).

Em sua resposta, José Eustáquio Gomes, de sua posição de autoridade médica da província de Pernambuco, utilizou de seu conhecimento para descrever o quadro clínico do defunto, apontando os principais sintomas que observou quando o examinou. Chegou então à conclusão de que o defunto sofria de inflamações em órgãos como fígado, estômago e do sistema respiratório, que datavam de período muito remoto e que haviam sido contraídas quando esse ainda vivia na África. O médico ainda menciona que o paciente havia sido tratado sobretudo com sangrias, demonstrando a recorrência dessa prática terapêutica nesse período.

O médico Antônio Peregrino Maciel Monteiro, saindo em defesa de seu colega de profissão, confirmou como causa morte as inflamações de alguns órgãos que o defunto apresentou. Entretanto, cabe mencionar que, embora tenha reforçado o diagnóstico feito por José Eustáquio Gomes, apresentou outros sintomas e causas que teriam contribuído para o falecimento do enfermo, demonstrando, por vezes, as aproximações e divergências vivenciadas no âmbito do próprio saber médico.

Mesmo diante de um conjunto de determinações que cerceavam o livre exercício das artes de curar e da incansável atuação médica, que se projetava como o caminho para resolver os problemas de saúde pública, os médicos foram confrontados diariamente pela permanência de práticas populares de cura. Isso foi observado em publicações dos periódicos Diário de Pernambuco e O Carapuceiro, como será discutido.

A PERMANÊNCIA DE ALGUMAS PRÁTICAS DE CURA

No contexto do Recife, o deficitário quadro de assistência médica e a já mencionada relação de confiança que a população possuía para com os práticos da cura, como analisou Carlos Miranda (2001), favoreceram a permanência da atuação desses curadores, fossem legalizados ou não. É o que se percebe em um trecho da publicação intitulada "Curandeiros" presente no O Carapuceiro, já mencionada na introdução deste capítulo, na qual foram feitas as seguintes considerações sobre os ofícios de cura realizados na capital pernambucana:

> Se me queixo de huma dor de cabeça, surge d'ali huma velha, que muitas vezes tao' bem serve de parteira, e logo me repeta huma ladainha de mezinhas para dor de cabeça, todas prodigiosas, e quer aplicar-me clisteis de quanta erva contem o infinito reino vegetal. Os [?] mais drásticos, remédio, que atemoriza os Professores mais hábeis, que só os receitao' em

> poucos casos, e extremos, sao' predigatisados pelos curandeiros com huma sem ceremonia, verdadeiramente espantosa. (...) A gente do Povo, que acredita em duendes, e lubishomens, como nao' acreditará em mezinheiros? De balde alguma pessoa sensata lhe diz, que he imprudência, e temeridade confiar a saúde, e o bem mais precioso, que he a vida, de maos inteiramente inábeis, e de pessoas estupidas, quando aquelles mesmos, que tem consumido anos, e anos no estudo da Anatomia, Fizilogia, Patologia, etc. etc., estao' errando a [?] passo; por que as moléstias, e suas causas sao' infinitas, e o uso clinico pôe muitas vezes em embaraços inextrincáveis as mais bem concebidas teorias (...). Por essas alturas todo o mundo he Medico, e Cirurgião, e tão avezada está essa gente a morrerem huns pelas mãos dos outros (...) (O CARAPUCEIRO, n. 31, 17 de novembro de 1832, p. 1).

O texto em questão, publicado quando a legislação anteriormente citada já se encontrava em vigor, demonstra a permanência de práticas de cura divergentes do que era permitido por lei. Descrevendo a atuação do que chamou de "curandeiros" e "curandeiras", destaca a forma como esses praticantes da cura agiam contra as mais variadas doenças existentes. É mencionada ainda a atuação de outros práticos, como as parteiras, mezinheiros e boticários, cuja prática foi apontada como nociva, em virtude das terapêuticas de caráter duvidoso que empregavam no tratamento de enfermos. Embora se posicionando contra os práticos da cura e contra a vulgarização das artes de curar, ao mencionar que todo mundo tendia a ser médico ou cirurgião, o autor ainda pontuou haver aqueles que, mesmo estudando "Anatomia", "Fisiologia" e "Patologia", cometiam erros, em alusão a essas duas categorias

Em outra correspondência, intitulada "Aviso às pessoas que a si mesmas se curam", publicada no Diário de Pernambuco do dia 17 de janeiro de 1834, denunciava-se:

> Tão grande he o poder da medicina preventiva, quanto duvidoso o da medicina curativa. Como não faz o amor da propria vida tremer o [?] descuido de quem se atreve a correr o risco de se curar a si mesmo ou de consultar charlatães, e comadres?! Como não faz calar a consciencia aquelles, que [?] que a molestia lança em um leito de dor, lhe aconselhão um remédio, que a outro curou, sem atender ao caracter, e natureza da molestia, e ao temperamento do individuo?! Dirse-hia, que a vida he uma ninharia, e que para a morte não há apelação. Hum especulador celebrou as virtudes do gão da mostarda branca [?] huma pessoa, e achou [?] bem: vai conta ao seu porteiro que tãobem estava doente; tomou tãobem este e d´ahi a 24 horas *estava morto*. Quantas pessoas há, que para dissipar huma pequena indisposição se sangrão, ou purgão ao acaso. Os que assim o fasem parecem ignorar, que há huma escolha a fazer entre os medicamentos; pouco lhes importa não terem estudado a matéria medical; e sem conhecerem as propriedades particulares das substancias, tomão as primeiras drogas, que achão. Dir-se-hia, que lhes importa pouco o resultado; e quantas vezes he ele funesto! He assim, que muitas veses vemos [?] a escamoneação jalapa, a coloquimina e muitas outras drogas d'um emprego tão delicado e tão frequentemente pernicioso. [?] (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 296, 17 de jan. de 1834, p. 1183).

A publicação de um aviso como esse, em um periódico de grande circulação e de tiragem quase diária, reforça a afirmação de que os acometidos por enfermidades buscavam recorrer a todos os meios de que dispunham, sobretudo medicamentos produzidos com variadas substâncias, sangrias e purgativos. Esses recursos, em um contexto no qual o conhecimento médico e o saber dos práticos não possuíam definições mais precisas acerca da etiologia das doenças, representavam o caminho possível para responder ao flagelo causado pelas moléstias às quais a população encontrava-se suscetível nesse período (MIRANDA, 2006).

Sobre a diferença feita entre "medicina preventiva" e "medicina curativa", durante o período colonial a medicina possuía natureza mais curativa, a partir da qual buscava-se agir sobre o doente e a causa de seu adoecimento - a doença -, buscando por meio da prática médica tratar os sintomas que apareceriam com o intuito de restabelecer a saúde do enfermo (VIOTTI, 2017). A partir do século XIX, com a maior necessidade de se promover os meios para conter o aparecimento e propagação de doenças, surge também uma medicina de natureza preventiva, a partir da qual a elite médica buscou atuar no espaço público e privado, visando o processo de medicalização da sociedade (EUGÊNIO, 2008). Isso não significa dizer que a medicina de natureza curativa deixou de existir, mas buscava-se primeiro promover os meios de prevenir as doenças, para em último caso agir sobre aqueles que por elas eram acometidos, curando-os.

Outro ponto que cabe destacar refere-se aos riscos de se recorrer àqueles que a publicação classificou como "charlatães". Essa categoria, segundo Gabriela Sampaio (2001), foi criada para se referir aos praticantes da cura que não possuíam formação médica, como forma de deslegitimar seus saberes, considerados divergentes dos daqueles que eram os "portadores da ciência", cujo perfil profissional foi sendo moldado em oposição à categoria que criaram. Buscou-se, a partir desse processo, consolidar o lugar de atuação da elite médica, o que não ocorreu livre de conflitos ao longo do século XIX.

É importante ainda destacar que as críticas feitas dizem respeito à utilização indevida e exagerada dessas terapêuticas pela população, que desconhecia a "matéria médica" e ignorava que devia ser feita uma escolha com propriedade de assunto sobre o melhor medicamento a ser utilizado para cada doença. Essas críticas, inclusive, podem ter partido

de algum segmento que confiava na atuação dos médicos, se não pela própria classe dos "esculápios", tendo em vista que ao longo do século XIX o principal recurso utilizado por essa classe consistiu em demonstrar sua atuação nas páginas dos periódicos (SAMPAIO, 2001).

É nesse contexto de forte atuação de práticos da cura não licenciados, mesmo diante dos mecanismos de repressão disponíveis e da constante fiscalização realizada pela elite médica, que no dia 3 de janeiro de 1835 foi publicada a seguinte correspondência:

> Offerece-se uma boa paga, a qualquer pessoa curadeira, ou curiosa que tenha tido pratica, que se proponha a curar um doente que padece de uma dor no estomago a mais de dez anos, cujo doente tem sido tractado desde o principio da molestia com os milhores Facultativos que há nesta praça, e nem por isso tem alcançado milhoras, antes lhe tem sido atrasada a molestia por ter experimentado diversidades de remedios, e o doente está agora capacitado de que a dor que padece, he procedida d´ar que se encauzou naquelle lugar, com milhor explicará a quem se propor curallo (...) (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 572, p. 3 de jan. de 1835, p. 2388).

O aviso acima, semelhante a outros observados nesse periódico, demonstra a recorrência com que curandeiros eram procurados e o espaço que possuíam no universo das artes de curar. Destaca-se, entretanto, a oposição feita entre esse grupo e os chamados "facultativos", denominação atribuída aos médicos, tendo em vista que a demarcação de fronteiras entre os saberes e práticas dessas duas categorias do universo das artes de curar foi sendo definida ao longo do século XIX (SAMPAIO, 2001). Cabe ainda mencionar a ineficácia da atuação médica relatada pela publicação, o que fazia com que a população recorresse a curandeiros e demais práticos, colocando em descrédito o conhecimento dos médicos.

A questão da ineficácia de tratamentos ministrados pelos profissionais habilitados nos termos da lei aparece não apenas como marca da atuação dos médicos, mas também dos cirurgiões. Em 21 de agosto de 1835, publicou-se a seguinte correspondência:

> Snrs. Redactores – Como no seu periodico tem cabimento correspondencias d'interesse publico sirva-se a bem da humanidade inserir as seguintes linhas. >> Um Sirurgião que mata de fome, querendo curar queimadura, e depois exije paga de mãos cheios: que véda a aplicação de sal-amoniaco a um attacado de *epilepsia*: que encana um dedo descolado: que encana um dedo deslocado: que manda para a eternidade uma mulher pejada, curando-a *d'idropsia* no peito (ou como quer que lhe chamem em Sirurgia): que quer curar um bobão, aplicando-lhe os medicamentos proprios para intermitentes, que como tal caracteriza a enfermidade; deve continuar a curar; digo, a matar e aleijar? Todos dirão que não, mas não o pensa assim o. Armusque (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, n. 154, 21 de ago. de 1835, p. 3).

Ao criticar a atuação de um cirurgião, o assinante demonstra que, embora a prática destes estivesse na maioria dos casos mais alinhada à dos demais práticos da cura, com o tempo esses profissionais foram sendo associados à figura do médico, com o qual trabalhavam em parceria e cuja prática era vista com desconfiança por parte da população (SAMPAIO, 2001). Nesse contexto, os próprios cirurgiões foram encontrando dificuldades em exercer sua prática para um público mais amplo.

Um personagem já citado, o médico George Gardner, durante sua estadia na Ilha de Itamaracá em 1836, relatou que não havia médicos naquela localidade, o que contribuiu para que seus serviços fossem solicitados. Relatando sua atuação, escreveu que:

> O primeiro chamado que tive foi o de um homem com grande abcesso no pescoço, proveniente da supuração da glândula submaxilar direita: não podia falar nem engulir e seus parentes o consideravam caso perdido. Abri o abcesso, dando-lhe com isso imediato alivio; e, no dia seguinte, quando o visitei, fui encontra-lo sentado e em condições de me aturdir com agradecimentos pelo que ele imaginou ser uma cura miraculosa. **O caso criou-me tal reputação, q eu tive mais clientes do que desejava.** (GARDNER, 1942, p. 79).

Percebe-se, na descrição do quadro clínico do paciente, da terapêutica empregada por esse médico e no retorno que o curado deu, aspectos da medicina do período. Abscessos, causados por inflamações por infecção, eram comuns na população nesse período, fossem em virtude das condições de vida ou de trabalho a que estava submetida. O médico, munido de seus conhecimentos "técnicos", avaliou o quadro de saúde do paciente, informando o motivo do abscesso. Em seguida, utilizou um tratamento recorrente no período, lancetar com um objeto cortante a área inflamada, do mesmo modo que sangradores realizavam as sangrias, para liberar a matéria infecciosa (MIRANDA, 2006). Curado, o paciente agradeceu pela "cura miraculosa", demonstrando que concepções espirituais, cujo respaldo advinha de crenças religiosas, possuíam um espaço nas concepções de doença e cura nesse período (RIBEIRO, 1997). Ao final, o médico relata ter adquirido boa reputação, tendo tratado outros pacientes.

A experiência positiva vivenciada por George Gardner, tratando-se de um caso particular, não deve ser vista como regra. Diante da observação feita sobre a ausência de médico naquela localidade, situação que se repetia em áreas mais distantes da capital provincial, o viajante nos oferece um indício de como deveria ser restrita a atuação desses profissionais. É nesse contexto que os inúmeros praticantes da

cura que não possuíam formação acadêmica encontravam mercado para exercerem seus ofícios.

Abordando a atuação de um médico, o periódico O Carapuceiro do dia 19 de outubro de 1842 apresenta uma publicação intitulada "O Médico de Pajahú", sobre a história de um homem que se mudou para a cidade de Pajeú das Flores (atual Serra Talhada) para "curar de medicina". Relatando as desventuras desse curador, descreveu que:

> Certo homem, a quem a fortuna dera de rosto, achando-se fallido de todos os meios de subsistencia, assentou de ir para os Sertões curar de Medicina: assim o fez, exsutores, como traz Esopo, medicus, e procurou para sua rezidencia o lugar de Pajahú de Flores, onde abrio logo huma botica, que se compunha de vomitórios de **Le Roy**, tártaro, pós de joanes, erva de rato, macela, unguento amarelo, e mercúrio doce. Entrou a receitar, e não o fazia sem abrir hum livrinho, que nunca largava da mão. Hum moço, que se foi receitar, e que desconfio do Doctor, poude olhar para o livrinho, que este lia, e vio, que tinha por titulo – Gemidos da mai de Deos, - e estava com as letras postas ás evessar. Que he isto, Snr. Doctor? (exclamou o moço). Pois os Gemidos da Mai de Deos também servem de receiturario? E o livrinho de cabeça para baixo? O impostor, assim colhido em flagrante, não desacoroçoou, nem emnatucou. Antes mui frescamente respondeo. Sim, Snr. Ahi he, que está a grandeza deste livrinho. De cabeça para baixo encenna as melhores receitas para toda a laia de moléstias, e de cabeça para cima he o melhor livro de orações. Mas despedido o curioso, que seguramente não quis saber de tal receita, o velhaco, vendo se descoberto, deos ás tranças, e desapareceo. Antes porem deste feliz desentrexo a quantos não fez gemer esse Doctor, que receitava pelos Gemidos da Mai de Deos! A hum sujeito, que o consultara sobre huma molestia, que havia anos padecia, disse, depois de muitas apalpadelas – O Senhor á vista das apparencias simptomatics está com huma tremenda filantropia no coração, além d´huma plumosa typografia na glândula pincal do fígado, e mais hum epifonema na seroridade humoral do suco pancreatico: e como o doente embascado lhe perguntasse o que devera tomar; respondeo: que bebesse todas as manhãs ourina, e deite de besta. Que bom café! Perguntando se-lhe

> quem fora o Esculapio; respondeo, que foi hum Imperador Romano; e querendo huma mulher saber de que se compunha o **Le Roy**, disse-lhe, que de balsamo, e raiz d'alteia. De tudo isto há testemunhas fidedgnias em Pajahú. Pobre gente dos mossos matos, em que mãos vai parar a vossa saúde! Antigamente havia hum Juiz privativo, que vigiava sobre Cirurgiões, Parteiras, e Boticarios, e era sempre hum Medico, e por conseguinte homem professional. Hoje essa tarefa pertence ás Camaras Municipaes, que por consequência tem obrigação de entender de Medicina, Cirurgia, Arte obstrecticia, e Pharmacia. E por que não, se estamos no século das Luzes? (O Carapuceiro, n. 58, 19 de outubro de 1842, p. 1).

Descrevendo a atuação de um médico acusado de ser "impostor", possivelmente enquadrado dentro da categoria intitulada curandeiro pelo tom de crítica presente no relato, as considerações do padre Carapuceiro demonstram como as regiões mais afastadas da capital da província se constituíam enquanto um ótimo mercado para os praticantes das artes de curar, possivelmente em virtude da já mencionada restrita presença de médicos nessas áreas. Outro ponto refere-se à descrição da prática desse curador, que embora apresentado como médico, mantinha uma botica e possivelmente produzia os próprios medicamentos que receitava, demonstrando que as fronteiras de atuação dos "práticos" da cura não eram tão rigidamente demarcadas, como possa parecer.

Sobre a relação entre curadores e doentes, percebe-se como situações de desconfiança deveriam ser comuns no cotidiano das artes de curar, tendo em vista o relato de questionamento acerca de algumas terapêuticas receitadas pelo dito "médico". A publicação sugere ainda que os próprios curandeiros, já que o dito "médico" foi descoberto como impostor, também poderiam sofrer desconfiança dos que os procuravam, forçando-os inclusive a mudarem de lugar de atuação em

virtude das possibilidades de denúncias e apreensão, como no caso relatado.

Uma última questão que cabe ser abordada refere-se ao papel da câmara municipal assinalado na publicação. Fazendo alusão aos tempos da Fisicatura-mor, quando menciona ter havido um juiz privativo que fiscalizava o exercício das artes de curar, discute as funções adquiridas pela Câmara Municipal com a extinção dessa instituição. De acordo com O Carapuceiro, essa situação forçava a Câmara a entender os assuntos referentes à medicina, na medida em que cabia à Câmara conter a atuação de praticantes da cura ilegais.

Nesse contexto, a Câmara municipal, a quem competia o controle do exercício das artes de curar, mesmo munida de todo um dispositivo jurídico, contando com um corpo de funcionários a serviço da fiscalização das práticas de cura e contando com o apoio da elite médica, não foi capaz de extinguir a atuação dos práticos da cura. Não se restringindo à província de Pernambuco, a permanência de práticas de cura não certificadas representou um desafio para os médicos em diferentes localidades do Brasil (FIGUEIREDO, 2002; PIMENTA, 2003; 2004; SAMPAIO, 2005; XAVIER, 2003), demonstrando os desafios para a consolidação do monopólio da cura preconizado neste período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A historiografia sobre as artes de curar no Brasil têm apontado a permanência da atuação de praticantes da cura, cujo perfil distanciava-se dos médicos, mesmo diante das mudanças experimentadas na legislação referente ao exercício das artes de curar (FIGUEIREDO, 2002; PIMENTA, 2003a; 2003b; 2004; SAMPAIO, 2005; XAVIER, 2003). No caso

do Recife, percebe-se aspecto semelhante, o que contribui para compreender as relações estabelecidas entre doentes e praticantes da cura, em um contexto no qual a elite médica buscava consolidar o monopólio sobre as artes de curar.

Diante da análise realizada no presente capítulo, percebe-se que no período definido para estudo, o cotidiano do Recife foi marcado pela crescente intervenção médica em seus espaços públicos e privados. Nesse contexto, as intervenções realizadas pela administração municipal e pelos médicos, como discutido, voltaram-se, entre outras questões, para o estabelecimento de medidas que possibilitassem a fiscalização e controle das práticas de cura às quais a população recorria nos momentos de adoecimento.

Deste modo, observou-se que o processo de desautorização e de controle às práticas de cura preconizadas pela medicina oitocentista, e executadas com o apoio do poder público, não foram suficientes para conter aqueles que agiam na ilegalidade. Esse processo, todavia, não passou despercebido pelos diferentes setores da sociedade, ocasionando críticas que eram publicadas na imprensa e que insistiam sobre a permanência dessa atuação, demonstrando os conflitos vivenciados no universo das artes de curar no Recife.

FONTES

ANNAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA: 1842-1844 (Hemeroteca digital – Biblioteca Nacional)

CÓDIGO DE POSTURAS DA CÂMARA MUNICIPAL DO RECIFE (1831-1832) (Presente no Diário de Pernambuco entre os meses de agosto de 1831 e janeiro de 1832) – Biblioteca Nacional (Hermeroteca Digital).

COLEÇÃO DAS LEIS DO IMPÉRIO DO BRASIL DE 1832. [1832]. Primeira Parte. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1874. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/colecao-anual-de-leis/copy_of_colecao3.html>. Acesso em: 02/03/2021.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO: 1828-1845 (Hemeroteca digital – Biblioteca Nacional).

GARDNER, George. **Viagens no Brasil:** principalmente nas provincias do Norte e nos distritos do ouro e do diamante, durante os anos de 1836-1841. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1942.

KOSTER, Henry: **Viagens ao Nordeste do Brasil**. 2 ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1942.

O CARAPUCEIRO: 1835-1847 (Hemeroteca digital – Biblioteca Nacional).

REFERÊNCIAS

BARREIRO, José Carlos. **Imaginário e viajantes no Brasil do século XIX:** cultura e cotidiano, tradição e resistência. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE (BVSMS). **Bouba**. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=15399#Details. Acesso em: 12 de fev. de 2022.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE (BVSMS). **Gota**. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=6223&filter=ths_termall&q=gota. Acesso em: 12 de fev. de 2022.

CARVALHO, Marcus Joaquim Maciel de. "Movimentos sociais: Pernambuco (1831-1848)". *In:* GRINBERG, Keila; SALLES, Ricardo. (Orgs.). **O Brasil Imperial, volume II:** 1831-1870. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009, p. 121-184.

CASTRO, Vanessa de. **Das igrejas ao cemitério:** políticas públicas sobre a morte no Recife no século XIX. Recife: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2007.

EUGÊNIO, Alison. **Reforma dos costumes:** Elite médica, progresso e combate às más condições de saúde no Brasil do século XIX. 2008. 231 f. Tese (Doutorado em História). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2008.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina Impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). *In:* Sidney Chalhoub *et al.* (Org.).

Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social. Campinas: Editora Unicamp, 2003, p. 101-122.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar:** cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FREITAS, Otávio de. **Medicina e costumes no Recife antigo**. Recife: Imprensa industrial, 1943.

LUCA, Tania Regina de. História dos, nos e por meio dos periódicos. *In:* PINSKY. Carla Bassanezi. (Org.). **Fontes Históricas.** 2ªed. São Paulo: Contexto, 2008.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Curandeiros e a Ofensiva médica em Pernambuco na primeira metade do século XIX. **CLIO - Série História do Nordeste (UFPE)**, Recife, v. 19, p. 95-110, 2001.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Higiene, saúde e doença: a intervenção do Ministério Público em Pernambuco. *In:* ACIOLI, V. L. C.; ASSIS, V. M. A. de. **A face revelada dos promotores de justiça:** o Ministério Público de Pernambuco na visão dos historiadores. Recife: MPPE, 2006, p. 295-314.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. *In:* CHALHOUB, Sidney *et al.* (Orgs.). **Artes e ofícios de curar no Brasil:** capítulos de história social. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 307-330.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 11 (suplemento 1), p. 67-92, 2004.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência dos trópicos:** a arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROCHA, Leduar de Assis. **História da medicina em Pernambuco (século XIX)**. Recife: Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano, 1962.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura:** as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. Campinas: Editora da UNICAMP, CECULT, IFCH, 2005.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História da medicina no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SANTOS, Bárbara Barbosa dos; MELO JÚNIOR, Jonas Clevison Pereira de. Saberes e práticas da medicina sobre a escravidão no Recife na primeira metade do século XIX. *In:* Ana Karine Martins Garcia *et al.* (Org.). **História das práticas da saúde e das doenças:** ciência, medicina e profissões da saúde. Porto Alegre: Editora Fi, 2022, p. 79-107.

SANTOS, Manuela Arruda dos. **Recife:** entre a sujeira e a falta de (com)postura, 1831-1845. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-graduação em História Social da Cultura Regional, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2009.

SOUZA, William Andrade de. A câmara e os médicos: entre a insalubridade e o governo da cidade (Recife, século XIX). *In:* SILVA, Wellington Barbosa da (Org.). **Recife no século XIX:** outras histórias (1930-1890). Jundiaí: Paco Editorial, 2018, p. 113-142.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As práticas e os saberes médicos no Brasil colonial (1677-1808).** São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2017.

XAVIER, Regina. Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista. *In:* CHALHOUB, Sidney *et al.* (Org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil:** capítulos de história social. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 331-354.

2

PRÁTICAS DE CURA E CIRCULAÇÃO DE PLANTAS AMAZÔNICAS: O CASO DA FÓRMULA SECRETA DO CURANDEIRO DE SANTARÉM (1858-59)

Ejhon Lucas Dias Costa

INTRODUÇÃO

No dia 20 de setembro de 1858, veio a público, pela primeira vez, as propriedades da fórmula secreta de um curandeiro que residia na Comarca de Santarém, na Província do Grão-Pará. Após a publicação feita no jornal *Gazeta Official* daquele dia, iniciou-se intensa mobilização na imprensa da época e diversas pessoas dirigiram-se ao lazareto mantido por Atônito Pereira da Costa, um lavrador, conhecido popularmente como "velho Angico".

Assim que as propriedades do misterioso medicamento foram noticiadas na imprensa da época, que, até então mostrou-se eficiente na cura da lepra, iniciou-se uma verdadeira "Cruzada Santa" em busca de amostras do remédio. Nesse sentido, formou-se uma comissão médica chamada de "Missão Paracary", nela os clínicos residentes de Belém partiram rumo ao recinto mantido pelo curandeiro sob a coordenação do Inspetor de Saúde Pública da época, Francisco da Silva Castro[1] onde

[1] Francisco da Silva Castro (1815-1899) é natural de Belém. Assim que concluiu seus estudos primários, aos nove anos de idade, foi mandado a Portugal. Inicialmente, cursou Humanidades no Colégio de Belas Artes, em Coimbra. Posteriormente, ingressou na Escola Médico Cirúrgica, em Lisboa, e em 1837 obteve seu grau de doutoramento na Universidade de Louvain, na Bélgica. No ano seguinte, retornou à Belém e aqui passou a clinicar e também ocupar diversos cargos públicos e sanitários da Província do Grão-Pará. Interessou-se em desenvolver estudos sobre a fauna, flora, história natural, etnografia e arqueologia amazônica. Além de cooperar na formação de instituições científicas do Brasil e exterior, como: Museu Paraense, Museu Nacional, Museu de História Natural de Oslo e da Suécia, dentre outros.

tinham por objetivo maior "detalhar e trazer à ciência" a fórmula empregada num vai e vem que começou em 1858 e durou até o ano seguinte.

Além dos esculápios, mais pessoas mobilizaram-se em busca da cura, tamanha foi a repercussão que estrangeiros estavam rondando o terapeuta popular ao ponto de lhe fazer a oferta para o estabelecimento de uma "sociedade" com o intuito de obter a fórmula para assim torná-la comercialmente viável. Vale dizer, que nessa época, a Academia Real de Paris estava ofertando vultosa recompensa para quem formulasse um remédio eficaz contra a doença, não é difícil imaginar que os forasteiros estivessem interessados nisso.

Para completar nosso enredo, não podemos deixar de lado os instalados no recinto, isto é, os doentes e sãos que estavam sob os cuidados do dono do local oriundos de diversas localidades da província, especialmente próximos da comarca santarena, e também, de outras regiões do Império. Certamente, estavam ali para aplacar suas dores, buscar acalanto e a tão sonhada cura para uma enfermidade que lhes tirava do convívio em sociedade.

O objetivo deste texto consiste em dar visibilidade às experiências trocadas entre Francisco da Silva Castro (1815-1899), médico alopata, Inspetor de Saúde Pública, e o curandeiro Angico, tendo como base documental os relatórios e ofícios produzidos pelo médico e coordenador da "Missão Paracary", acessados na Hemeroteca Digital Brasileira. O propósito deste trabalho consiste em apontar as conexões entre a medicina dita científica (acadêmica) com a medicina popular. Desse modo, o texto aqui produzido vem marcar frente ao antagonismo engessado ao longo da historiografia acerca do mundo da cura, especialmente na Amazônia do século XIX, onde as produções voltam-

se acentuar o fosso entre as diferentes medicinas. Aqui, portanto, analisamos a porosidade existente entre os mais diversos sujeitos inseridos no vasto repertório da cura, como é o caso da relação de Silva Castro com o curandeiro de Santarém.

A "Missão Paracary" ganha destaque justamente por mostrar a interação entre sujeitos que ocupam as extremidades no universo do mundo da cura e também por preencherem espaços sociais totalmente distintos. Contudo uma atitude os une: o interesse pela descrição e utilização de plantas no tratamento de seus doentes. O procedimento do médico Silva Castro é simples. Ele faz uso dos relatos orais e experimentos empíricos do curandeiro para, posteriormente, comprovar os efeitos antitóxicos da planta que se encontrava de modo abundante à beira do lago onde se localizava o leprosário. Tal atitude nos ilustra, portanto, a impossibilidade de exclusão mútua entre dois universos distintos.

Na primeira parte do trabalho identifico os sujeitos envolvidos nessas investigações fitoterápicas, particularmente os médicos que estavam à frente das investigações, e em especial Francisco da Silva Castro, coordenador das comissões na época e autor dos relatórios e ofícios produzidos. Na seguinte seção adentramos no espaço do lazareto propriamente dito e percebemos o funcionamento do espaço, só assim identificamos os sujeitos pelo nome, idade e "estado de morbidade"[2]. Posteriormente, vêm à cena os primeiros resultados das investidas médicas no local, onde as investigações sobre o gênero da planta usada para tratamento mudam de curso totalmente, novas virtudes vêm à tona. É nesta parte do texto que passamos a apresentar o curandeiro

[2] Este foi o termo usado por Silva Castro. Indica o quadro clínico das pessoas que chegavam ao lazareto.

Angico em mais detalhes e assim observar suas práticas de cura. Por último, damos atenção aos dois principais desdobramentos que a missão teve. Por um lado, as investigações tornaram o Inspetor de Saúde Pública reconhecido no âmbito científico, pois publicou os experimentos e relatos do terapeuta popular nos principais meios científicos da época, como as gazetas médicas da Bahia e de Paris, também os divulgou nos dicionários médicos e botânicos de maior circulação no século XIX; e, por outro lado, a difamação e o menosprezo infligidos ao curandeiro, resultando em intensa perseguição e inativação de seu espaço.

COTIDIANO DO LAZARETO

> Terá esse remédio a propriedade de curar radicalmente a elefantíase ou lepra? Será uma cura aparente e temporária? Reaparecerá ela no fim d'algum tempo debaixo do mesmo grão de gravidade, ou virá minorada ou mesmo agravada? Será que teria virtude curativa para todas as espécies de lepra ou somente algumas delas? Poderá curar outras enfermidades de pele graves e asquerosas? Só com a intervenção da medicina após muitos ensaios e experimentos para assim chegar alguma conclusão (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 23 fev 1859, p. 3).

O trecho acima foi extraído do jornal *A Epocha.* Nele se traduz a inquietação que mobilizou uma comissão médica e demais autoridades provinciais em busca de desvendar a tão famosa "fórmula de cura" da lepra . Mas antes de partirmos para os resultados dessa trama, isto é, se foi comprovada ou não a eficácia do famoso medicamento, cabe agora entrarmos em mais detalhes sobre aquele espaço. Vêm a propósito algumas indagações: O leprosário era um local que só abrigava leprosos? Quais as condições sanitárias do local? Quem eram esses doentes? De

onde vinham? Tais questionamentos foram norteadores para entendermos as dimensões desta mobilização pela saúde pública à época.

Nesse mesmo mês de fevereiro de 1859, o lazareto passou por minuciosa inspeção onde foi traçado um panorama físico do local e o estado em que se encontravam os doentes sob os cuidados do curandeiro. Segundo o médico Inspetor, encontravam-se vivendo no leprosário 79 morféticos, contudo, nem todos, de fato, padeciam com a doença como se pode verificar na tabela abaixo. Logo, notamos que aquele espaço agregava indivíduos com as mais variadas doenças, como: "febres intermitentes", "alienados", dentre outras. Além do mais, ali também viviam os parentes das pessoas que estavam instaladas para realizar o tratamento.

Podemos inferir, deste fato, que os múltiplos sujeitos ali presentes estabeleciam suas redes de solidariedade construídas por laços familiares ou mesmo pela condição compartilhada de doentes. Conforme o relatório publicado, nesta data, o espaço contava com mais de 100 pessoas, as quais eram custeadas basicamente de três formas: por verbas advindas do Tesouro Provincial, doações de terceiros e às próprias custas do curandeiro.

Quanto ao local, assim escreveu o médico responsável pelas inspeções:

> [...] falta absoluta todas as comodidades e condições higiênicas para um local destinado a cuidar de leprosos, vivem em pequenas choupanas de palha, cujo pavimento he terra solta, mui humildes, sitiadas a beira do lago Paracary em logar próximo à caza de vivenda do sr. Pereira da Costa; não tem enfermeiros, cozinheiros, nem serventes. Os próprios doentes mantinham o local e cuidavam uns aos outros, cozinhavam sua própria comida, lavavam suas roupas, iam buscar lenha, dentre outras coisas. Eles mesmos, ou os que se

> encontravam em melhores condições que levantavam as palhoças (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 23 fev 1859. p. 2).

Nota-se pelo trecho acima que o leprosário abrigava aqueles que necessitavam de cuidados. O mais curioso é pensar sobre a organização do local, pois esses espaços eram feitos para garantir o distanciamento do convívio social para aqueles doentes. Notamos que o recinto aqui analisado não rompia com os laços entre os indivíduos. Pelo contrário, mantinha-se o contato interindividual em virtude de uma série de atividades realizadas em grupos, como: a pesca e a construção das palhoças.

O trecho nos mostra, portanto, a agência desses indivíduos para que a sobrevivência e tratamento lhes fossem garantidos. O caso do preto Miguel, um escravo abandonado por seu senhor, é mais um exemplo daquele que lutou para sobreviver. Graças a sua insistência e auxílio de indígenas recebeu o tão sonhado medicamento. Acompanhemos um pouco de sua triste história no relato abaixo:

> (...) o dito preto abandonado por seu senhor, o que o desprezou e lançou fóra da casa, entregando-o a sua triste sorte. Não posso asseverar se padeceu realmente da lepra tuberculosa, porque não o vi na occasião da sua doença (...) mas quando menos uma molestia da pelle hedionda, muito suspeita de ter aquele caracter morbido, por via da qual seu senhor o menosprezou e retirou de sua casa; e a polícia, em virtude do clamor publico, o obrigou a sahir do seio do povoado (A PÁTRIA: FOLHA DA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO, 25 set 1858 p.2).

O fragmento sem autoria identificada, nos traz uma postura muito comum à época: o abandono de escravos por seus senhores. O historiador Márcio Couto Henrique (2012) mencionou tal prática ao estudar o leprosário do Tucunduba, em Belém. Contudo, interessa-nos

as táticas de resistência adotadas pelos doentes no enfrentamento às autoridades sanitárias e policiais da época. Algo que Miguel teve que fazer para poder viver e circular pelas ruas de Santarém, apesar do estigma sobre sua condição.

Vimos que em qualquer sinal de suspeita da doença já era o suficiente para tirar o indivíduo de perto dos seus, mesmo sem a confirmação da enfermidade, de fato. Bastava alguma alteração cutânea para que o terror fosse instaurado. Para contornar a situação, foi necessário que Miguel se refugiasse nas matas, enfrentando as intempéries da natureza antes de ser levado ao curandeiro de Santarém. Segundo o relato anônimo, o escravizado procurou

> (...) abrigo pelos matos, nadando de rio em rio, de sítio em sítio, indo esbarrar mesmo em uma maloca de gentios no rio Curuá, até que afinal deparou o Sr. Pereira da Costa, cuja caridade lhe proporcionou meios de se curar em sua casa, para onde foi transportado de um sitio no rio Maicuru em uma carroça coberta de folhas de bananeiras. Tal era então o desenvolvimento que o affligia que nem andar podia, por estar estropeado dos membros inferiores consideravelmente, e por isso necessário foi ser conduzido em tosco vehiculo do serviço do campo (A PÁTRIA: FOLHA DA PROVÍNCIA DO RIO DE JANEIRO, 25 set 1858 p.2).

Como se vê, a luta pela sobrevivência iniciou-se muito antes do recebimento da tão famosa fórmula. É razoável supor que se não fosse a perseverança de Miguel e a ajuda de indígenas certamente sua história teria um trágico rumo. Vale dizer que o escravizado foi um dos primeiros a se instalar nas dependências de Angico. Contudo, algo a mais nos chama a atenção: a maneira pela qual Miguel chegou ao recinto. Até a conclusão do texto, não obtivemos nenhuma informação de que outros doentes foram colocados contra a sua vontade no espaço

do curandeiro. Ao invés disso, o procuravam livremente, mas como veremos adiante, muitos não tiveram a mesma sorte.

PERFIL DOS DOENTES

Para fins de visualização dos sujeitos ali presentes, utilizo uma pequena amostra de 18 doentes observados continuamente por Silva Castro cujos dados foram levados à imprensa na altura de sua segunda visita. Na ocasião, o lazareto contava com 102 pessoas, todos com quadros clínicos diferentes. Além disso, verificamos a presença de familiares e demais agregados que totalizam 21.

Nome	Cor	Estado de morbidade	Custeamento	Observação
Manoel Joaquim	Preto	Pés e mãos dormentes	Não informado	1º
Crescência	Preta	Lepra tuberculosa	Não informado	3º
Albina	Preta	Lepra tuberculosa	Não informado	4º
Maria Joana (menor)	Não informado	Apresenta tubérculos	Não informado	5º
Fermino (menor)	Não informado	Apresenta tubérculos	Não informado	6º
Marcolino	Mameluco	Lepra anaisthetos	Não informado	7º
Euzébio José Marques	Mulato	Lepra mixta	Não informado	8º
Simeão	Preto	Apresenta tubérculos	Não informado	9º
João da Gama	Trigueira	Sem tubérculos	Não informado	10º
Manoel Batista de Castro	Não informado	Elefantíase	Não informado	Não informado

Efigênia	Preta	Lepra tuberculosa incipiente	Governo Provincial	3º
Manoel Estevão Lobato	Verde bronze	Lepra tuberculosa dos gregos e elefantíase	Governo Provincial	Não informado
Maria Antônia Francisca	Não informado	Falecida de catarro pulmonar crônico dos velhos	Não informado	Não informado
Francisco dos Santos	Não informado	Falecido de vômitos e diarréias	Não informado	Não informado
Inácio	Índio	Falecido de vômitos e diarréias	Não informado	Não informado
Martinho	Preto	Falecido de vômitos e diarréias	Não informado	Não informado
Manoel José Marques	Não informado	Falecido de elefantíase	Não informado	Não informado
Thomé Rodrigues Pinto	Não informado	Falecido de elefantíase	Não informado	Não informado

Fonte: A Epocha: folha política, commercial e noticiosa, 23 fev 1859, p. 2-3.

Os dados acima reforçam o argumento de que o espaço não era destinado somente para leprosos. No quadro contamos com diarréia, vômitos, dentre outros, o que pode representar uma associação de sintomas, não excluindo a temível enfermidade. Entretanto, as diferentes nomenclaturas nos chama atenção, uma vez que, era bem difícil identificá-la no período[3].

[3] Segundo o Dicionário de medicina e das ciências acessórias, de Chernoviz (1890, p. 292.), a lepra tinha a seguinte definição: os médicos árabes davam este nome a todas as moléstias da pele caracterizadas por formas hediondas, e o povo ainda hoje chama a lepra as sarnas e várias empigens que ocupam

As denominações “mixta”, “tuberculosa” e “dos gregos” era algo comum à época, afinal estamos analisando um período em que a bacteriologia caminhava timidamente. Como bem destacou Dilma Cabral (2006, p. 50) somente com a estruturação da lepra enquanto entidade patológica tornou-se possível a identificação e a elaboração de terapias específicas. Só assim deixou-se de confundir com demais doenças relacionadas à pele.

O médico inspetor dedicou-se em trazer mais informações acerca dos indivíduos destacados nas tabelas. Muito embora não tenha especificado a origem de cada um, fez questão de frisar as formas como chegavam, geralmente em canoas em condições precárias e às vezes não chegavam a tempo de receber a fórmula. Segundo Silva Castro, os doentes chegavam nas seguintes condições:

> Ali chagarão em fins de novembro, sem recomendação, nem socorro algum; e o que he mais no maior auge do desenvolvimento da doença, e sem probabilidade de alguma cura pelo seu estado miserável... Uns já cegos, outros completamente sem dedos nas mãos e pés e sem poderem andar. O mesmo succedeo com um ido de Cametá, e outro de Óbidos, os quaes tão extenuados de forças e cançados da viagem se acharão, que desembarcarao

grande extensão da pele. Os médicos modernos deram a palavra lepra a sua verdadeira acepção, e distinguem esta moléstia da elefantíase dos árabes e da morphéa, com as quais a lepra foi também confundida. A alteração da pele, que constitui a lepra, anuncia-se por pequenas elevações cercadas de manchas avermelhadas, lusíadas, circulares, e um pouco proeminentes. A superfície destas elevações, a princípio lisa, apresenta no fim de alguns dias, em seu centro, uma pequena escama epidérmica, branca, meio transparente, que se solta logo. A superfície destes pontos escamados, depois de ter sido assim péssima uma primeira vez, estendendo-se progressivamente, mas conservando sempre uma forma circular. Cobre-se de novas escamas delgadas, firmes, brancas escuras, cercadas por uma vantagem vermelha um pouco elevada, que caem e são substituídas sucessivamente por outras. Às vezes, estas lâminas leprosas são pálidas, brancas ou vermelhas, o que faz admitir diferentes espécies de lepras. Ordinariamente, estas lâminas, orbiculares mostram-se ao princípio sobre os membros, e com mais frequência em cima do cotovelo ou joelho, de onde se propagam, às vezes, por todo corpo. A lepra pouco extensa é acompanhada só de um leve prurido; mas quando as lâminas leprosas são profundas e numerosas os movimentos tornam-se difíceis, e existem então dores muito vivas.

> em redes, cobertos de ulceras e bichos (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 23 fev 1859. p. 2).

As fortes descrições feitas pelo clínico nos permite imaginar os aspectos bestiais desses indivíduos, que, muitas das vezes, vinham de locais distantes como de Cametá e Óbidos. A forma do traslado certamente os prejudicavam ainda mais, pois era realizada em canoas (pequenas embarcações), cujas acomodações não eram ideais justamente por expor o enfermo ao sol e chuva.

Se o transporte não era adequado, as instalações estavam aquém das recomendações médicas da época, como já vimos. Outra reclamação constante do esculápio tratava-se da alimentação, no caso, as péssimas condições da dieta consumida, segundo Silva Castro, ingeria-se "carne salpresa" e bebia-se água nas piores condições "não se pode ser peor e mui barrenta".

O cuidado com os excessos, sejam físicos ou sexuais, e a cautela com a dieta eram aspectos comuns da mentalidade médica da época. O caso do mesmo Miguel, que observamos a pouco, nos traz essas reflexões à tona. Para Silva Castro, todo cuidado deveria ser adotado para manter o equilíbrio do organismo, evitando-se, portanto, a exposição ao sol e chuva, sem perder de vista toda cautela possível na ingestão de alimentos, especialmente os ditos "remosos"[4].

A alimentação foi fio condutor de alguns embates travados na procedência do tratamento de Miguel. O clínico relatou a resistência que teve por parte do curandeiro quanto a terapêutica a ser seguida,

[4] É muito comum na Amazônia a interdição da ingestão de alguns alimentos, sobretudo quando a pessoa está em processo de recuperação de alguma cirurgia ou outra inflamação, por exemplo. Nesses casos, o consumo de determinadas espécies de peixes, como: pirarucu, mapará e dourada são expressamente proibidos, pois, segundo a lógica popular impedem a cicatrização e recuperação. As carnes de caça, também fazem parte da lista de alimentos impedidos.

resultando em extensas discordâncias ocupando considerável espaço na edição. O médico dizia que Miguel não estava doente por não apresentar nenhum tipo de deformação na pele, assim pensou.

Por sua vez, Angico o classificou como "garro" mesmo sem exibir nenhuma alteração em seu corpo, no entanto, recomendou o reforço da mesma medicação que vinha recebendo desde que chegou ao seu sítio. Coincidência ou não, o curandeiro estava certo quanto ao diagnóstico de Miguel, pois em pouco tempo depois, segundo escreveu Silva Castro, o preto passou a "apresentar um caracter assustador dos tubérculos". Possivelmente, o episódio tenha gerado algum desconforto entre as autoridades sanitárias da província, que a todo custo buscavam resultados positivos e alguma amostra do fármaco. Se já não bastasse ter desafiado a opinião do médico investigador, Angico foi mais ousado ainda, pois recomendou Miguel a que

> Comesse de tudo, especialmente aquellas comidas que são reputadas nocivas e carregadas, como lhe chama o vulgo, taes como tracajá, piranha, pirarucu, bacaba e com o fim de reconhecer se a moléstia estava realmente extincta, ou se não estando, reapareceria com o abuso da dieta (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 23 fev 1859. p. 3).

Até o fim dessa inspeção, quase nada avançou na descoberta dos ingredientes da fórmula. Os escassos dados coletados diziam que uma planta vinha sendo aplicada nas beberagens do curandeiro em duas formas: como "succo expresso" para casos de ingestão e em "decocção" na aplicação de cataplasmas. Agora qual o gênero e espécie do vegetal? Nada se sabia, afinal o curandeiro recusava-se revelar.

A paciência do clínico conforme o relatório, se mostrava cada vez menor, afinal respostas convincentes deveriam ser reportadas ao

Presidente da Província e caso a terapêutica fosse eficaz contra a doença, a mesma deveria ser testada rapidamente em "prol da humanidade". Curioso é pensarmos o interesse de Silva Castro e a manipulação de espécies vegetais ao longo de suas práticas observando o uso por outros atores de cura. Como bem apontou o historiador Le Goff (1985), as plantas são recursos imprescindíveis devido às suas inúmeras propriedades, que, muitas das vezes, estiveram nas mãos de botânicos, erveiros, e em nosso caso, de uso comum por um afamado curandeiro conhecido por ser "fazedor de bondade".

Os últimos registros da inspeção tocam num ponto muito sensível: a lotação do lazareto. Como há pouco nos referimos, estamos tratando da segunda visita do Inspetor de Saúde Pública e o montante de instalados ultrapassam a casa das 100 pessoas, lembrando que o local contava somente com 13 pessoas quando foi feita a primeira visita no mês de julho. Apesar disso, o esculápio definiu o velho curandeiro como um caridoso, pois os doentes "lhes procuravam para ministrar algum alívio a seus males". Se a planta servia ou não para o tratamento da "morphéa", isso já é assunto para o próximo item, mas chama-nos a atenção os detalhes das práticas de cura do curandeiro.

"GLÓRIA DA INVENÇÃO OU DA DESCOBERTA": AS VIRTUDES DA PLANTA PARACARY

> [...] nao será também aproveitável esta planta para a cura da hydrophobia? Só a observação e pratica poderão resolver esta nova questão. Convirá pois que os médicos de pazies, aonde costuma aparecer tão perigosa doença, se resolvão a ensaiar o uso della? (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 3).

No mês seguinte, mais uma visita foi realizada no lazareto e assim como nas demais vezes, o passo a passo ganhou as páginas do jornal *A Epocha*. Dessa vez, o médico paraense Silva Castro trouxe novos rumos para aos propósitos iniciais da investigação que eram essencialmente os de descrever e testar a famosa fórmula contra a lepra. Após meses de investigações, o esculápio publicou na coluna "Medicina" do jornal citado as "qualidades da planta contra a mordedura de animais peçonhentos". Ele ainda ressalta o assunto como uma questão de "atenção pública", especialmente para pessoas que moram em roças e fazendas.

Desde o início, o clínico tinha como propósito "conduzir investigações futuras, as quais por certo hão de melhor satisfazer não só as vistas da Sciencia, como especialmente as conveniências, e proveitos da Sociedade" (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 1). Para tanto, a extensa publicação no jornal diz sobre a coleta dos dados feita pelo médico no que se referia à literatura científica sobre plantas. Provavelmente estas plantas já repertoriadas pela medicina científica se assemelhavam àquela usada por Angico em suas beberagens[5]. E também, o cruzamento com a famosa lenda e experimentos verificados ao longo da missão investigativa.

As primeiras informações acerca da famosa planta diz respeito aos variados nomes que a mesma recebia, conforme o local onde era encontrada: "herva de cobra", "booiacá" e "herva de São Pedro" eram alguns dos nomes utilizados. Note-se também que era uma planta comumente usada por moradores da comarca de Santarém e de Belém. Estava presente no cotidiano dos moradores pobres e ricos da Província.

[5] Silva Castro mobilizou vários estudos de outros naturalistas, sobretudo Martius, Spix e Marggraf. Nesses escritos o mesmo admitiu ter encontrado um desenho de uma planta semelhante àquela manipulada por Angico. Descartando, portanto, a invenção atribuída ao curandeiro por ser uma planta já estudada e descrita no meio científico.

Nesse sentido, Juciene Apolinário e Tânia Pimenta (2022) nos fazem refletir acerca da circularidade de plantas e saberes. As autoras frisam que o uso de espécies vegetais e animais são atravessadas por relações de poder e dominação. Por isso, são dotados de historicidade. Investigar os modos com os quais estes sujeitos enxergam a natureza demonstram seus diferentes interesses e concepções. Nesse caso, ao médico cabia descrever, testar e garantir a eficácia da terapia. Por sua vez, o curandeiro devia continuar com o emprego e manutenção do seu lazareto.

Outros escritos são elencados com a finalidade de deslegitimar as práticas do curandeiro Angico quanto ao seu conhecimento no manejo da planta como antídoto. Segundo as palavras de Silva Castro:

> A herva Paracry já de há muito era conhecida dos práticos desde épocas bem remotas e bastante recomendada se fazia por suas virtudes ante-veneficas. Portanto, não cabia ao curandeiro a "glória da invenção ou da descoberta" coube, portanto, ao velho Angico ter ressuscitado do esquecimento uma planta assaz, preciosa por suas virtudes medicinaes, sobre a qual tem pezado ingratamente a mão do tempo, guiada talvez pela influencia da moda (EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 2).

Naquele momento, o médico em questão era a principal autoridade sanitária da época. A sua tentativa de invalidar o conhecimento do terapeuta popular é muito compreensível. Uma vez que estamos lidando com um médico de formação acadêmica, educado em Portugal e na Bélgica, logo, admitir que a planta havia sido descoberta e descrita por Angico, no contexto em que os médicos estavam cada vez mais presentes na administração pública, possivelmente traria implicações frente aos seus contemporâneos e pares de profissão.

Na tentativa de anular as observações feitas por Pereira da Costa, o esculápio elenca inúmeras obras e autores, que, provavelmente, haviam descrito a planta em publicações anteriores. Não podemos perder de vista que os médicos alopatas buscavam se tornar a única alternativa de cura no momento, e, portanto, sua legitimação, mas como podemos ver a concorrência era grande, pois a população, em geral, recorria a pajés, curandeiros, dentre outros atores de cura os quais serão desautorizados somente com o advento do regime republicano, assim argumenta Silvio Rodrigues (2008).

Em *Historiae Rerum Naturaluim Brasiliae* (1648) os naturalistas Wilhelm Piso e Georg Marggraf escreveram sobre a "herva de cobra", conhecida por ser eficaz em ferimentos e animais venenosos. O bávaro Von Martius havia descrito as espécies *Peltodon radicans* e *Clinopodium repens*. Porém, nesse caso em questão, não lhes haviam sido atribuídas as virtudes antitóxicas.

Mesmo com todo o levantamento e a revisão dos escritos botânicos acima, o investigador-médico só se deu por convencido após achar uma ilustração nos escritos de Marggraf que muito se assemelhava com a planta por ele identificada. Desde então, cruzou as semelhanças do desenho com as aplicações usualmente feitas pelo curandeiro Angico, somadas à famosa lenda narrada pelo dono do local.

A lenda consistia nos constantes confrontos entre cascavéis e jacurarus, duas espécies de répteis, continuamente observadas pelo curandeiro e narradas por ele da seguinte forma:

> Sendo as margens do lago Paracary, e os campos immediatos, tão fartos de cobras venenosas, particularmente das cascaveis, e outras, o de jacuraru, reptis da classe dos saureos, os quaes somente diferem do camaleão por terem a cor cinzenta, e o focinho ou nariz bifido, raro era o dia, em que o sr. Costa

> não visse um combate entre animaes d'aquelles dois generos. Notava porem constantemente, que depois d'algum tempo de luta fugia o jacuraru da cascavel, e guiado pelo seu instinto natural procurava o arbusto, hoje chamado Paracary, para delle comer algumas filhas, e premunir-se d'esta arte contra o veneno da cobra inoculado em seo corpo pelas feridas recebidas na ocasiao da briga. Depois de restaurado voltava ao combate outras vez, e se novas feridas recebia, logo procurava outra vez o contraveneno (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 2).

A observação de comportamento de determinados animais, a verificação empírica dos efeitos e a ingestão de determinadas espécies vegetais, acompanhadas de mitos, lendas e tradições, são elementos úteis que explicam as virtudes curativas de determinadas plantas. Em *As doenças têm história*, Le Goff (1985, p. 8) reforça que a história das plantas que curam surgem do empirismo e do imaginário ao mesmo tempo, como observado no caso acima das lendas e práticas em torno da planta "Paracary".

A lenda não foi o suficiente para explicar as propriedades da famosa planta. Diante disso, o curandeiro, dono do lazareto, seguiu para realizar aplicações em outros animais atacados por espécies peçonhentas. O primeiro animal foi um cachorro do mato, mordido por uma cobra. O canino recebera a aplicação de emplastros no local do ferimento. De modo semelhante aconteceu em Belém, dessa vez, observado por Silva Castro, onde um homem havia sofrido uma picada de arraia e o paracary havia sido manipulado diretamente sobre o ferimento. Como "por encantamento, uma só applicação d'uma cataplasma da planta" (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 3) foi o suficiente para aliviar o incômodo rapidamente.

Diante de tantos casos de sucesso, o reconhecimento da planta paracary passou a circular intensamente entre os doentes ao ponto que,

segundo o médico inspetor, "não ha na comarca de Santarém uma só pessoa, que deixe de acreditar nos benefícios efeitos de semelhante planta" (A EPOCHA FOLHA COMMERCIAL E NOTICIOSA, 28 mar 1859. p. 3).

As últimas considerações que constam sobre o vegetal paracary, dizem respeito à sua descrição botânica. Era uma planta herbácea, de baixa estatura, com folhas simples opostas e pouco aromáticas, e que, talvez seria uma "espécie nova a ser incluída na família das labiadas", destacou Silva Castro.

Quanto aos modos de ministrar o tratamento com a planta, basicamente são apontadas duas maneiras: internamente, pode ser feita através da ingestão do suco no intervalo de uma hora por três vezes ao longo do dia; e externamente, podem ser usados cataplasmas por meio da aplicação diretamente sobre a lesão.

PARECERES MÉDICOS: O FIM DAS INSPEÇÕES E PERSEGUIÇÃO AO CURANDEIRO ANGICO

Em mais uma convocação de urgência, a mando do presidente da Província, foi ordenada mais uma comissão médica. Desta vez, Silva Castro contou com o apoio dos drs. Américo Santa Rosa e Camilo Valle Guimaraës. Estes tinham como objetivo responder um longo questionário sobre as condições do local e dos doentes; modos de preparação e principalmente: a opinião dos mesmos quanto à eficácia do medicamento. O resultado dos pareceres médicos descartam a eficácia contra a lepra. Porém, destacam a sua ação antissifílica. Assim, toda rede de financiamento por parte do Tesouro Provincial e Imperial foram retiradas e deixou de haver ajuda pública para o leprosário (Gazetta Official, 30 jun 1859. p. 1).

Desde então, iniciou-se uma série de desavenças de alguns médicos contra o condutor das investigações no lazareto, intrigas lideradas especialmente pelo Dr. Joaquim Barata, médico do Hospital da Marinha. Este médico certamente era um dos autores de artigos que criticavam as formas pelas quais os estudos haviam sido conduzidos. Infelizmente, não obtivemos mais detalhes acerca das acusações trocadas entre os esculápios. Contudo, Silva Castro apenas declarou o recebimento das acusações feitas à ele e reafirmou o quanto conhecia da "índole duvidosa" do médico da Marinha (A Epocha: folha política, commercial e noticiosa, 12 out 1859,p. 2).

Quanto ao curandeiro Angico, pudemos verificar intensa perseguição contra ele na imprensa. Isso aconteceu após as surpreendentes denúncias de um dos instalados no local de tratamento, o pernambucano, Francisco José de Paula e cinco conterrâneos seus, os quais reportaram suas queixas ao Presidente da Província.

Pelas poucas informações que obtivemos, Francisco José de Paula e os demais mantiveram-se em Santarém ao longo de cinco meses, assim como todos os que se destinavam para lá tinham a esperança de receber a tão aguardada solução, e consequentemente, a cura. Mas não foi isso que aconteceu, os descontentamentos foram tantos que ganhou a seguinte epígrafe: "O decantado lazareto Paracary, e o consumado charlatão, Antônio Francisco Pereira da Costa."

Segundo Francisco de Paula, a sua retirada de Santarém ocorreu em virtude da ineficácia do tratamento recebido que não passara de mais uma "charlataneria", pois

> Nenhuma vantagem alcancei durante este pouco tempo que estive em tratamento; mas isso não me admirou, nem foi o que motivou minha sahida do lazarento o que mais concorreo para esta minha resolução foi a

> convicção em que estou de que nada aproveitaria se alli me demorasse; por quanto, tudo que observei cuidadosamente habilitou-me a poder formar um juízo, sem medo de errar, a respeito do Sr. Costa e do seu lazarento; e a considerá-lo como o modelo dos charlataẽs, e como pura charlataneria, tudo quanto elle exerce para com os doentes (GAZETTA OFFICIAL, 25 jun 1859, p. 3).

Outros aspectos do caso o deixaram muito descontente. O que o fez escrever diretamente ao Presidente da Província do Pará na época, assim como denunciar o tal "embuste" diretamente à imprensa. O desprezo de Francisco de Paula pelo curandeiro e a falta de cuidados deste último para com os pacientes era um dos descontentamentos declarados no ofício. Especialmente em casos de dispensas de alguns enfermos que não possuíam meios para arcar com as despesas do tratamento. Os vultosos pagamentos feitos ao proprietário do leprosário, muitas vezes exigidos antecipadamente, foi outro aspecto que irritou ainda mais Francisco de Paula. Pois a quantia paga refletia diretamente na comida a ser recebida. Muitas vezes, nas piores condições possíveis, dependendo do tipo de custeamento[6], como ele mesmo explica:

> Os doentes que pagão 50.000 réis mensais, recebem do Sr. Costa, a ração de duas libras de carne crua, um bocado de assucar, algumas bolachas, uma pouca farinha d"agoa e azeite para luz. Os mantido pelo Governo tem uma libra de carne com osso, algumas bolachas ordinarias, farinha d'agoa muito ruim, assucar raras vezes luz ha azeite, e sabão se tiverem dinheiro para pagarem a quem lave a roupa. Destes doentes aqueles de condiccção mais

[6] O pouco que se sabe do lazareto, podemos dizer, que na época das inspeções o espaço era mantido de quatro formas: às expensas do curandeiro, por verbas destinadas do Tesouro Provincial e Imperial, e também, por doações de terceiros. Outros tipos de financiamento são desconhecidas, evocando, portanto, mais necessidades de estudos acerca do espaço aqui discutido.

> triste, apenas recebem duas libras de carne que mais pesão os ossos, e um bocado de farinha d'agoa, nada mais (GAZETTA OFFICIAL, 25 jun 1859, p. 3).

Em casos de desabastecimento de comida, segundo o denunciante, a culpa era inteiramente do dono do leprosário, já que este era responsável pelo controle das canoas que iam à Santarém em busca de suprimentos. Tornando-se, inclusive, uma das formas de lucrar ainda mais, pois passava a cobrar a maior quantidade dos enfermos ali instalados. Ao longo das denúncias, o pernambucano nos dá mais detalhes quanto à fórmula do medicamento que, segundo ele, não passa de uma composição "grosseira", reunindo aleatoriamente uma porção de ervas quaisquer donde se extraía o suco, feito sem temperatura correta. Ele afirma: "não tem outra sciencia mais e muitas vezes já vem choco."

Finalmente, a denúncia traz as péssimas condições que eram reservadas aos mortos, sequer com sepultamento. Os demais sobreviventes realizavam o translado dos corpos e, assim, eram enterrados numa região batizada de Barreiras. Nesta região encontrava-se na verdade um lamaçal, impossibilitando, portanto, o enterro adequado. Na maioria das vezes, há relatos em que os defuntos eram jogados diretamente ao lago que cercava o lazareto, o mesmo que servia como reserva de água potável para os doentes. A reputação de Pereira da Costa e sua família ficou terrivelmente abalada, supomos que seu espaço fora desativado, pois não encontramos mais nenhum outro indício de seu funcionamento, além de ser acusado publicamente de "hipócrita" e "charlatão", como se percebe abaixo:

> Eis o sr. Costa, o padre lazarista, a sua esposa e filha dedicadas irmãs da caridade como alguem as intitulou. Caridade!! Assim se profana essa

> palavra toda evangélica, que bem poucos a comprehendem. Hypocrisia, é o que caracterisa ao sr. Costa e sua família (GAZETTA OFFICIAL, 25 jun 1859, p. 3).

Assim que as investigações em Santarém foram finalizadas, notamos que o interesse de Silva Castro em estudar demais plantas amazônicas continuou. Até a etapa da pesquisa, constatamos que onze espécies foram por ele estudadas e divulgadas no meio científico, que, certamente, serão exploradas com mais detalhes em trabalhos posteriores. Vale ressaltar, que o paracary, acumulou um total de cinco reproduções em diferentes meios: nas gazetas médicas da Bahia e de Paris[7], em dois dicionários botânicos[8], e também, no segundo volume do Dicionário de Medicina Popular e das Ciências Acessórias do dr. Chernoviz, publicado em 1890.

Através das plantas, portanto, não só identificamos as suas propriedades medicinais coligidas por Silva Castro, elas nos revelam, também, o conhecimento dos demais sujeitos inseridos no universo do mundo da cura, sobretudo indígenas, que, muita das vezes, são eclipsadas nas fontes. Mas no caso aqui estudado, mostrou-se expressivamente ao ponto de ser incorporado pelo médico paraense ao longo de suas práticas, reforçando, portanto, o nosso argumento em explorar a permeabilidade existente entre o conhecimento popular e acadêmico.

[7] Na gazeta médica brasileira foi publicado um extenso artigo sobre a planta no ano de 1868. No ano seguinte, encontramos um breve resumo na gazeta estrangeira.

[8] O primeiro registro foi acessado no *Dicionário de Botânica Brasileira*, de 1873, de autoria do farmacêutico Joaquim de Almeida Pinto. Encontramos também, as mesmas informações, na obra *Botânica Brasileira*, de Alexandre Mello de Moraes, publicada em 1881.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da missão realizada em Santarém, tornou-se ainda mais evidente a relação simbiótica entre as diferentes "medicinas". Evidentemente que tal relação não ocorreu de forma simétrica, mas conforme cada detalhe divulgado na imprensa tornou-se ainda mais evidente as conexões entre o saber popular e o dito "oficial" justamente no contexto em que a presença de médicos tornava-se ainda mais comum na administração pública de Belém.

Outro detalhe a ser destacado, versa a respeito da própria posição de Francisco da Silva Castro enquanto um médico alopata. Ao longo de sua trajetória foi comum o incremento das plantas amazônicas em suas práticas, dedicou-se, sobretudo, em analisar as propriedades medicinais desses vegetais. Muito embora não tenha mencionado de onde extraía as funções medicamentosas das espécies, não é nada difícil de imaginar que tenha sido observando as práticas de sujeitos comuns, como o próprio Angico.

Por fim, ao tratarmos do velho curandeiro, não podemos deixar de lado e desde já deixar registrado um clamor, especialmente aos pesquisadores do mundo da cura na Amazônia. Vimos que, ainda na segunda metade do século XIX os médicos alopatas estavam- e muito, de ser a única alternativa de cura, cabendo, portanto, dar uma recuada antes da sobejamente explorada *Belle Époque* para melhor compreender as atribuições dos órgãos de saúde da época e o seu funcionamento, e mais ainda: entender a regulamentação do exercício das artes de curar na Amazônia Oitocentista.

FONTES

A Epocha, Folha Política, Commercial e Noticiosa: 1859 (Hemeroteca Digital Brasileira-Biblioteca Nacional).

Gazetta Oficial: 1858-1859 (Hemeroteca Digital Brasileira-Biblioteca Nacional).

A Pátria: Folha da Província do Rio de Janeiro: 1858 (Hemeroteca Digital Brasileira-Biblioteca Nacional)

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, Juciene Ricarte; PIMENTA, Tânia Salgado. Natureza e História: produções e saberes sobre as plantas em processos de circularidades científicas e nas relações interétnicas no passado e no presente. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 2178-2547, 2022.

CABRAL, Dilma. A terapêutica da lepra no século XIX. Esboços, Santa Catarina, v. 13, n. 16, p. 35-61, 23 out. 2006.

FARIAS, Rosilene Gomes. Pai Manoel, o curandeiro africano, e a medicina no Pernambuco imperial. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 19, supl., p. 215-231, dez. 2012.

GESTEIRA, Heloisa Meireles. O trânsito de plantas: circulação de saberes e práticas médicas na América Meridional durante a época moderna. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 41-59, mar. 2022.

GOMES, Elane Cristina Rodrigues. A lepra e a letra: escrita e poder sobre a doença na cidade de Belém (1897-1924). 2019. 231 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em História, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

HENRIQUE, Márcio Couto. Escravos no purgatório: o leprosário do tucunduba (Pará, século XIX). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 153-177, dez. 2012.

LE GOFF, Jacques. As doenças têm história. Lisboa: Terramar, 1985. p 8.

MUNIZ, Érico Silva; LINHARES, Patrícia Oliveira. Sobre Óleos, Sabonetes e Asilos: história do combate à lepra em Bragança (PA) no início do século xx. Veredas: Revista Interdisciplinar de Humanidades, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 1-161, 01 jul. 2019.

PIMENTA, Tânia Salgado. As artes de curar: um estudo a partir dos documentos da fisicatura-mor no brasil do começo do século xix. 1997. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.

PIMENTA, Tânia Salgado. Curas, rituais e amassamentos com plantas entre escravizados e libertos no Rio de Janeiro, entre as décadas de 1810 a 1850. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-14, 2022.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio (org.). Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016. 312 p.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. Esculápios tropicais: a institucionalização da medicina no Pará (1889-1919). 2008. 163 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Programa de Pós Graduação em História Social da Amazônia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. Juca Rosa: um pai de santo na Corte Imperial. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial. São Paulo: Unicamp, 2001. 167 p.

SANJAD, Nelson; COSTA, Ejhon. Medicina e circulação de saberes no Grão-Pará do século XIX: os experimentos terapêuticos de Antônio Corrêa de Lacerda (1777-1852) e Francisco da Silva Castro (1815-1899). In: FRANCO, Sebastião; NASCIMENTO, Dilene (Orgs.). História das Doenças no Brasil, volume 6, 2019.

3

"ESCRAVO BARATO": AFRICANOS LIVRES COMO SUJEITOS PARA UMA HISTÓRIA DA SAÚDE E ESCRAVIDÃO NA BAHIA OITOCENTISTA

Bárbara Barbosa dos Santos

INTRODUÇÃO

Meu respeitável senhor não posso deixar calado com o que vejo nesta ilha de Itaparica. Há nesta cidade dois homens portugueses, hum de nome José Francisco da Costa, que mora bem de fronte do Rosário da Baixa dos Sapateiros, e João Pedro Carneiro que mora no [? Marciel], estes dois portugueses, há um mês e pouco mais meteram nesta ilha uma embarcação de escravos de Angola , e não há aqui quem não tenha o seu escravo novo, e dos quais o juiz de paz desta ilha João Ferreira de Oliveira Sª mandou ao antecessor de V. Ex. um moleque ainda com a tanga a que saltou , e agora me Pimentel que está já a espera de outro desembarque dos mesmos portugueses e como V. Ex. sabe melhor do que eu o grande mal que nos causa os africanos nesta terra, vendo os acontecimentos do Pará seria ou me parece acertado que V. Ex. determine ao juiz da policia para ir em casa destes dois homens a darem uma busca geral porque me consta pelo mesmo Pimentel que um desses escravos doentes foram para lá para serem tratados e mesmo os escravos ladinos que eles tem em casa me consta que já são vindos da proibição há dois ou três anos , e este José Francisco já no tempo foi acusado um vez e nada teve ao juiz da polícia que vá mesmo fazer essa diligência e que não mande pelo juiz de paz que são todos uns ladrões , fazer as indagações mesmo destes escravos ladinos para confessarem quantos estão aqui e já foram batizados e se acha algum não de angola e mandar frustrar a descarga dos que o Pimentel me disse estava esperando quando se achar alguma coisa destas V. Ex. fazer despachar desta província estes portugueses como os africanos estão indo pois os .considero por isso muito criminosos. A mim , me quis vender dois moleques destes a 300#, e eu não testemunhei e não os tomei por temer e se V. Ex mandar pessoa capaz proceder a um exame não há roça, nem alambique que

> *não tenha escravos angolas novos. Espero que V. Ex. tome providências e nunca por via do juiz de paz.*
> *Bahia, 29 de outubro de 1835*
> *Denuncia de José da Silva Azevedo*

Entre os muitos documentos provinciais da Bahia, que foram digitalizados e disponibilizados pela plataforma online Family Search[1], encontramos a carta que transcrevemos acima. Trata-se de uma denúncia, datada de 1835, contra o desembarque ilegal de africanos, que continuou a ocorrer, mesmo após a proibição, em portos improvisados como o que se relata na Ilha de Itaparica. Assim como José da Silva Azevedo, muitas pessoas passaram a encaminhar correspondências para os presidentes da província, em tom de delação, indicando pessoas comprometidas com o negócio escravista, os meandros da obtenção, trato e distribuição das pessoas traficadas. Interessa inicialmente trazer à baila este documento pois ele nos situa, de modo bastante proveitoso para o alcance do nosso objetivo, na conjuntura que forjou a categoria dos africanos livres, cujas experiências de adoecimento objetivamos iluminar neste texto.

As denúncias se avolumaram, nos primeiros anos da década de trinta, por conta de uma das medidas adotadas pelo governo imperial, para o sufocamento das estruturas do tráfico de africanos — o incentivo ao fornecimento de informações que pudessem serem úteis para se apreender indivíduos importados como cativos (SANTANA, 2007). As

[1] Importa sublinhar que todos as fontes mobilizadas neste texto foram acessadas através do site Family search, onde a organização estadunidense que digitalizou tais documentos os disponibiliza pela internet, os arquivos não obedecem a organização do arquivo físico (arquivo público da Bahia), de modo que não é possível fazer a referência das citações no modelo convencional. Uma forma de solucionar tal impasse, e viabilizar a conferência das informações, é disponibilizar o link para acesso dos documentos. https://www.familysearch.org/search/catalog/2813829?availability=Family%20History%20Library.

pessoas que oferecessem comunicações sobre traficantes e os desembarques criminosos, conforme a lei, receberiam da fazenda pública a quantia de trinta mil réis por pessoa apreendida[2]. A essa altura, com a vigência da lei 7 de novembro de 1831, tais pessoas apreendidas fariam parte de uma categoria jurídica bastante específica, a dos trabalhadores africanos livres, a qual faziam parte todos os sujeitos que apresentaremos neste trabalho.

Não conseguimos rastrear se o Azevedo, autor da denúncia de Itaparica, recebeu algum valor por tal feito, todavia, as informações oferecidas, sobre eventos passados, futuros e as opiniões deste contemporâneo sobre os desembarques ilegais de africanos em Salvador, alarga nosso arco de observação por tocar de modo contundente nas interseções temáticas da história do tráfico negreiro e a história da saúde no regime escravista do oitocentos.

Observamos que Azevedo teria um informante, chamado Pimentel, que lhes dizia inclusive sobre previsões de chegada dos chamados cativos novos, o primeiro argumento mobilizado para pedir a interferência do governo provincial, no comércio ilegal de gente é que a presença dos africanos traria um "grande mal", inclusive cita-se a situação da província do Pará. Neste trecho há uma associação das populações africanas, vindas a partir do tráfico negreiro, com o aparecimento de doenças. No documento, pede-se a expulsão dos supostos traficantes portugueses tal como estariam indo os africanos, isto por que a mesma lei que gerou a oportunidade daquela denuncia,

[2] "todo aquele, que der notícia, fornecer os meios de apreender qualquer número de pessoas importadas como escravos, ou sem ter precedido denuncia ou mandado judicial, fizer qualquer apreensão desta natureza", ou ainda aqueles que comunicarem as autoridades locais "o desembarque de pessoas livres, como escravos por tal maneira que sejam apreendidos, receberá da Fazenda Pública a quantia de trinta mil réis por pessoa apreendida".

também previa o retorno à África dos sujeitos apreendidos dentro das embarcações negreiras, ocorre que esse retorno apenas deveria ocorrer após 14 anos, tempo que eles deveriam permanecer no Brasil, na categoria de africanos livres, neste período, estes homens, mulheres e seus filhos trabalharam para o funcionalismo provincial como também para particulares, através do dispositivo da concessão.

Está aí a grande complexidade que envolve a história dos africanos livres, eles primeiro foram vítimas do tráfico, sendo a prática do tráfico de africanos considerada ilegal a partir de 1831, eles são "resgatados" e ficam sob a guarda do governo brasileiro, quando a patrulha conseguia capturar embarcações negreiras. Porém, é esse mesmo poder que os exploram, e permite que terceiros os explorem, pelo trabalho compulsório durante pelo menos 14 anos (a historiografia e os documentos mobilizados por esta pesquisa demonstram que esse prazo poderia ser alargado com a anuência do poder provincial), ou seja, eles são vítimas em uma segunda vez, agora não pelo poder paralelo dos traficantes, mas pelo poder institucional do país. Além disso, interessa expor, que no bojo de inúmeras discussões sobre a presença de africanos e a crescente de casos de febre amarela, esses trabalhadores ainda foram alvo de movimentos que exigiam suas deportações e a urgente vinda de imigrantes de outra nacionalidade para a promoção do embranquecimento da população (KODAMA,2008).

A contradição mora na extrema demanda, no contexto oitocentista, pela mão de obra dos africanos livres que tiveram seus corpos adoecidos pelas desumanas condições de trabalho as quais foram submetidos, sobretudo no em instituições do império, e são estas experiências de adoecimento que se objetiva expor neste texto, como esforço de demonstrar a urgência de incorporarmos os africanos livres

como sujeitos nas investigações da história da saúde e escravidão no Brasil, e para além disso, expor que as moléstias atreladas ao trabalho na população negra latino-americana têm raízes no passado escravista.

Desta forma, a análise estrutura-se no lançamento de luzes sobre documentos províncias da Bahia que dão conta dos conflitos em torno do adoecimento de africanos livres, atrelados as suas atividades laborais e o comportamento do poder provincial frente aos eventos patológicos vivenciados pelos africanos livres.

CRUEL CONDIÇÃO

A particularidade da condição jurídica dos africanos livres nos oferece largas oportunidades para compreensão das complexidades que envolvem o adoecer pelo trabalho compulsório, as experiências patológicas coletivas ou individuais na escravidão e as relações entre as enfermidades destes trabalhadores e a lógica mercadológica do negócio de escravizar gente. Isto se dar porque as realidades dos africanos livres, embora sejam idênticas aos indivíduos em condição de cativos no que se refere ao regime de trabalho, diferem-se em um ponto fundamental que reverbera na assistência prestada e na importância que é dada ao estado de saúde apresentado por esses trabalhadores.

Eles, os cativos e os africanos livres, diferem-se na questão da posse, o cotejamento de estudos da nossa historiografia sobre o impacto das doenças na população cativa e o comportamento da classe senhorial (BARBOSA, 2014; SANTOS, 2020; VIANA; GOMES, 2021) nos permite constatar que a força motriz para que os escravistas lançassem mão de mecanismos para a preservação e manutenção da vida funcional de escravizados foi o valor de mercado que estes indivíduos

representaram. Isto se intensifica com o fim do tráfico, quando há um superávit no valor praticado sobre o cativo, então ocorre o emprego de medidas para que o trabalhador escravizado continuasse a gerar riquezas e lucros ao seu proprietário, como compra de manuais práticos de medicina, construção de enfermarias nos engenhos de açúcar ou fazendas de café e contratação de médicos acadêmicos.

O que se configura é que na dinâmica econômica do país, pautada na mão de obra escravizada, as condições de saúde dos trabalhadores cativos, africanos e seus descendentes, ocupam uma centralidade que mobiliza setores daquela sociedade, ligados às artes de curar, a criar meios para se assegurar os investimentos realizados desde a compra do trabalhador escravizado. Neste sentido observamos médicos, boticários e até curadores populares dedicando-se à especialidade do corpo dos cativos e prometendo a "devolução da produtividade" do escravizado ao senhor.

Não é equívoco dizer que o negócio escravista cria um mercado próprio para um sério impasse do comércio de gente, o adoecimento dos cativos. Os manuais práticos de medicina que foram editados no império trazem indicações de como escolher, alimentar e tratar cativos, os jornais médicos, como a Gazeta Médica da Bahia por exemplo, em diversos registros clínicos expressam de modo muito claro que são os senhores que os contratavam e eles conseguiram evitar o prejuízo de perder um cativo para a morte. Em Pernambuco da década de 1840, antes mesmo do fim do tráfico, já é possível rastrear esse discurso dos médicos acadêmicos em torno da saúde e produtividade dos trabalhadores escravizados. Nos Annaes da medicina Pernambucana, em 03 de março de 1843 o médico J.J. de Moraes Sarmento publicou em

tom de triunfo suas experiências em repetir uma cirurgia a época popular na Europa, mas que no Recife provocava receio nos pacientes.

O registro clínico de operação de *tenotomia* chama atenção para além da mobilização do corpo de uma criança escravizada de 11 anos, pela menção a produtividade que a menina deixaria de ter caso o senhor não permitisse o procedimento, esta abordagem pode ser percebida com muita facilidade nas fontes que dão conta da produção do conhecimento médico sobre os corpos dos trabalhadores cativos, as terapêuticas são empregadas no sentido prático da devolução da utilidade, e um cativo útil é aquele que consegue trabalhar.

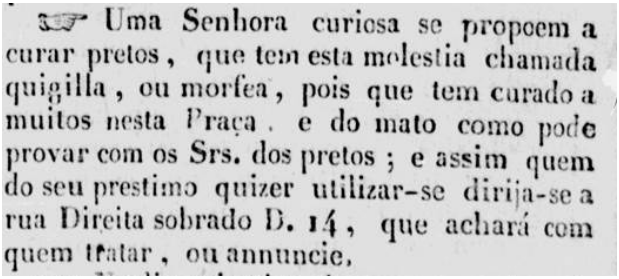
> Os musculos flexores da mão e dos dedos estavão muito tensos no punho, mas infelizmente mais para cima sente-se por baixo da pelle uma dureza sobre os tendões dos musculos, e a crioula assevera que no lugar daquella dureza existira um tumor quando teve a inflammação profunda e geral do braço, de modo que é muito provavel que os tendões se achem ali adherentes uns aos outros, o que diminue as esperanças de cura pela tenotomia ou qualquer outro meio. Todavia achando eu os tendões adiante da dureza bem distinctos e tensos, **e considerando que a preta ficaria irremediavelmente aleijada da mão direita, e quase inutil a seu senhor, propuz a este a tenotomia, como único meio de curar ou diminuir o aleijão da escrava**. (ANNAES DA MEDICINA PERNAMBUCANA, 1843,266).

Os médicos acadêmicos não foram os únicos a buscar oferecer soluções para as enfermidades dos cativos e surfar no mercado das artes curar promovido pela escravização, sendo a *quinguila*[3] uma doença que

[3] Segundo Chenoviz a morfeia "é uma moléstia cutânea caracterizada, no seu maior grau de desenvolvimento, por pequenos tumores ou tubérculos que se mostram principalmente no rosto e nas orelhas, e depois na boca, nos membros, etc, susceptíveis de persistirem mui longo tempo em ura estado de dureza, ou de terminarem por ulceração, e ás vezes pela resolução. O desenvolvimento dos tubérculos é precedido de manchas que nos homens brancos são roxas ou avermelhadas, e nos negros mais escuras do que a pele. Quando, depois, a moléstia faz progressos, os tubérculos inflamam-se, tornam-se moles e ulceram-se. O pus destas ulcerações seca prontamente, e torna-se em crostas aderentes roxas" (CHERNOVIZ, 1890, p.448). Já a Quigila, explica Chernoviz que "é uma "espécie de

acometia a população escravizada, uma mulher, que se declara "curiosa", anunciou no periódico Diário de Pernambuco seus serviços de "curar pretos" daquela moléstia. Conforme podemos perceber no texto do anúncio (**Figura 1)** também se oferece a cura para a morfeia, interessa sublinhar que a validação da eficácia das terapêuticas mobilizadas pela senhora não é outra senão o testemunho dos senhores de cativos que a contrataram anteriormente, e pelo que se deixa entrever atendia-se escravizados urbanos e os empregados no trabalho dos engenhos.

Figura 1. Anúncio de curandeira de escravizados especialista em morfeia e quiguila



☞ Uma Senhora curiosa se propoem a curar pretos, que tem esta molestia chamada quigilla, ou morfea, pois que tem curado a muitos nesta Praça. e do mato como pode provar com os Srs. dos pretos; e assim quem do seu prestimo quizer utilizar-se dirija-se a rua Direita sobrado N. 14, que achará com quem tratar, ou annuncie.

Fonte: Diário de Pernambuco, 8 de janeiro de 1840, ed.0005

Todas estas movimentações dos agentes da cura em torno da saúde dos escravizados ocorre por haver uma demanda, pelo fato destas pessoas serem encaradas naquela sociedade como mão de obra e mercadoria, então as condições de saúde destes trabalhadores eram preocupação comum, considerando a pulverização da posse de escravizados (VERSIANE; VERGOLINO, 2003). Não era por uma questão

morfeia, chamada morfeia *dactyliang,* caracterizada pela contração; e estropiamento dos dedos das mãos ou dos pés, com dores, e úlceras nas extremidades; termina pela mortificação dos dedos. Esta moléstia existe no Brasil, na África e na índia. No Brasil é mais frequente nos pretos do que em' indivíduos de outra cor, e mais nos africanos do que nos creoulos, tanto nas mãos como nos pés, e sem predileção por dedos determinados. Defere do ainhum, porque este não foi observado no Brasil senão em pretos, e nos dedos mínimos dos pés. A insensibilidade e a atrofia muscular são desconhecidas no ainhum : acompanham sempre a gafeira; no mesmo caso estão as ulcerações, caries, contrações permanentes dos dedos, que existem na gafeira, e não se encontram no ainhum. Aquele rego característico ao nível da dobra digito-plantar, que é constante no ainhum, não se observa na gafeira.

de humanidade, mas sim, de finanças, a final de contas custava um valor significativo.

O que se buscou demonstrar até aqui pavimenta o percurso para seguirmos na análise do caso dos africanos livres. Se o cativo recebia alguma assistência por representar parte da fortuna do seu respectivo dono, o que podemos pensar sobre o lugar dos africanos livres na lógica escravista quanto às suas saúdes, uma vez que eles não eram propriedade de ninguém. Ainda podemos sublinhar outros dois agravantes, que certamente não impulsionava qualquer assistência ou vontade de poupar-lhes, como a prática da concessão (empréstimo) destes trabalhadores a terceiros pelo governo e depois a obrigatoriedade do trabalho por quatorze anos a qual os africanos livres estavam submetidos.

Vejamos, a concessão liberava a exploração por particulares da mão de obra dos africanos livres, em um processo que deveria seguir regras básicas estabelecidas em lei, que mediavam os interesses de ambas as partes, no caso, o poder provincial que concedia e o arrematante que recebia a liberação para explorar o trabalhador, que em tese estaria a disposição pela sua condição jurídica, é como se ao ser resgatado o africano livre fosse devedor e então o seu trabalho e por conseguinte seu corpo estaria, ou deveria estar , sempre disponível. As regras estabeleciam por exemplo o pagamento que seria feito aos cofres provinciais pelas jornadas de trabalho cumpridas pelos africanos livres em favor do terceiro que arrematou o trabalhador, a lotação de um tutor, que deveria cuidar e proteger os trabalhadores em seus postos de trabalho e a responsabilidade do terceiro de zelar pelo bem- estar e condições de vida dos africanos livres enquanto estes estivessem em seu poder. Seria cômico se não fosse trágico o fato de que nenhuma dessas

prerrogativas eram cumpridas efetivamente, até o pagamento, cujo valor era irrisório pela concessão não era cumprido, haja vista sinalizações de inadimplências nos jornais.

Em edital publicado no jornal Correio Mercantil da Bahia, aos 12 de janeiro de 1839, Francisco Gonçalves Martins, juiz de direito chefe da comarca de Salvador e encarregado da arrematação e distribuição dos africanos livres, estabelece em sete artigos como deveria serem geridos a arrematação e manutenção dos arremates, ele nos deixa entrever que havia por parte dos arrematantes reclamações quanto aos valores cobrados e estas eram pretextos para justificar inadimplências.

> Faço saber, que, para melhor arrecadação e fiscalização dos salários dos serviços dos Africanos livres, e de suas pessoas, tendo em consideração o que me tem representado diversos arrematantes à respeito dos avultados salários estipulados; bem como, querendo prevenir os abusos a demora dos respectivos pagamentos, **e da entrega frequente dos Africanos, quando doentes, em vez de serem tratados pelos respectivos arrematantes que á isto se obrigaram: e igualmente considerando o estado do paiz**, avultado preço dos gêneros de primeira necessidade; e desejando obter uma escrupulosa escolha de arrematantes, para obstar ao dolo fácil de existir de sua parte; depois de obter a aprovação solicitada do Ex. Presidente da Provincia, tenho adoptado os seguintes artigos, para serem observados d'ora em diante.

Além da inadimplência, outra prática apontada pelo juiz nos chama atenção, quando os africanos adoeciam, os arrematantes também não cumpriam a obrigação de tratar das enfermidades dos arrematados, ao contrário disto, devolviam os trabalhadores ao governo provincial. Esta fala é flagrante dos descasos aos quais estes homens, crianças e mulheres estavam submetidos, ou seja, como não representavam um patrimônio, diferente dos cativos, simplesmente descartavam os

africanos livres, que acabavam por não receberem qualquer assistência, até porque não havia punição clara e enérgica aos arrematantes relapsos.

Diante deste quadro, o juiz impôs algumas medidas, a primeira foi a obrigatoriedade de os arrematantes levar os trabalhadores arrematados para um espécies de revista a cada oito dias na sala do Aljube, nestas oportunidades, que deveria ocorrer no horário das dez da manhã às duas da tarde, os africanos livres seriam examinados e confrontados, depois teriam a assinatura de um novo termo, renovando o arremate, caso estivesse tudo em conformidade. Interessa salientar os valores praticados no arremate dos africanos livres, que variavam de acordo com o gênero e faixa etária do sujeito arrematado, pois eles também expressam a desvalorização sobre o trabalhador africano livre e por conseguinte a negligência sobre suas condições de saúde, fossem físicas ou psíquicas.

Tabela 1 - Valores cobrados nos arremates de africanos livres na Bahia de 1839.

Homens	30$000
Mulheres	25$000
Mulheres com filhos até 8 anos	20$000
Crianças menos de 12 anos	Sustento e vestuário
Crianças entre os 12 e 18 anos	16$000

Fonte: Jornal Correio Mercantil, 12 de janeiro de 1839, edição 00014. https://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=186244&pesq=%22Africanos%20livres%22&pasta=ano%20183&hf=memoria.bn.br&pagfis=874.

Em crítica aos valores cobrados pelos serviços dos africanos livres o jornal O Philantropo os chama de “escravo barato”, afinal de contas, servia de modo semelhante ao cativo, mas o explorador da mão de obra

desprendia de um valor muito abaixo, caso fosse comprar de fato um trabalhador e ainda se não quisesse arcar com tratamentos de saúde em momentos de adoecimento poderia devolver.

> Sr. Redactor. - D'entre as perguntas que faz em alguns números do Philantropo ha uma a que vou responder. « Não existirá uma lei de proteção aos africanos livres? » A resposta é simples. Existe uma lei de proteção para os africanos livres; mas esta lei foi convertida em lei de patronato para os afilhados dos executores. Africano livre Significa ESCRAVO BARATO. Ha muito que medito sobre este novo crime, este novo escárnio das leis e da humanidade. O africano livre, é com effeito livre... mas com a condição de servir toda a sua vida, sem salário, sem remuneração, sem esperança! Livre com effeito o africano livre, mas com algumas restrições que equivalem á escravidão perpetua. O Africano livre deve trabalhar até morrer em benefício d'aquelle a quem o entregaram pela quantia de desoito mil reis. Este beneficiado póde-o empregar no que lhe aprouver, a despeito da vontade de *seu escravo livre*; pode pôr lhe anginhos, dar-lhe pancadas, mata-lo se for do seu gosto, e mesmo vende-lo. A lei diz que não, mas o pagador dos dezoito mil réis diz que sim. Em caso de contestação grave, intervém a polícia, ou o denominado curador dos alcunhados.

Ao tempo que fizemos um esforço de análise da cruel condição dos africanos livres, e a negligência com a qual foram tratados em suas saúdes, interessa seguir adiante mostrando como se davam as condições de saúde dos africanos livres quando estes estavam a serviço de instituições da província da Bahia.

Se os arrematantes tinham obrigação de zelar pelo bem-estar dos africanos, o governo provincial tinha o dobro, uma vez que o império esteve comprometido com acordos internacionais que definiam a apreensão das embarcações comprometidas com o tráfico e a responsabilidade para com os sujeitos resgatados. No entanto o que se

observa na documentação analisada vai na contramão de qualquer atitude de proteção e assistência à saúde por parte da província.

EM NOME DO FUNCIONALISMO PÚBLICO

A todo tempo, enquanto se busca revelar a situação dos africanos livres e a necessidade de se trazer à baila essa categoria de trabalhadores para o centro das confluências entre a história da saúde e escravidão, a fim de se compreender de modo mais profundo o adoecer nos meandros da escravização de gente no Brasil, nutrimos a certeza do quanto o Estado brasileiro foi conivente, permissivo e beneficiário da exploração desumana dessas pessoas. A figura do tutor dos africanos livres nos abre uma série de questionamentos, eles tinham por obrigação observar as necessidades daqueles trabalhadores e protegê-los dos abusos, mas na prática não era isso que ocorria, o caso que se segue é um exemplo acabado disto.

A figura do curador, ou tutor, já aparece desde 1818, este agente deveria ser "proposto todos os triênios pelo juiz e aprovado pela Mesa do Desembargo do Paço desta Corte ou pelo governador e capitão general da respectiva Província, e a seu ofício pertencerá requerer tudo o que for a bem dos libertos e fiscalizar os abusos"[4]

> O ofício que me dirigiu o doutor curador dos africanos, cuja relação tenho a honra de igualmente fazer subir a presença de V. Exª. Se conheça em desacordo com os dois documentos, porque naquele, diz o Dr. curador que a africana Esméria estivera mantida em sua casa e depois avulsa em razão de uma enfermidade crônica. E na relação que me enviou em 19 de abril do ano passado, desse a mesma africana como fugida com sua filha Servina.

[4] Coleção das leis do Brasil de 1818. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889, 7-10. Apud. BERTIN, Enidelce. Os meia-cara. Op. Cit. pp. 247

> Entretanto afirmaram as duas ter estado por muito tempo na casa do Dr. Curador, a seu serviço. Rogo a V.Exª. que se digne prover lugar a pessoa mais habilitada, que não seja estranha a desgraça desses africanos infelizes, que não os tenha em seu serviço particular, sob o pretexto que estão em poder de outrem. Porque ainda assim esse proceder importa em crime, é mister evitar. E que igualmente não consinta que particulares tenham no seu serviço, sem título legal qualquer africano.

Na sequência, orienta-se que quando um trabalhador africano livre apresentasse enfermidades fosse remetido à Santa Casa de Misericórdia. Esse procedimento poderia evitar que os recorrentes adoecimentos entre os trabalhadores africanos fossem simulados a fim de desviá-los para servir a particulares, os óbitos também poderiam ser forjados. Inclusive era uma tática empreendida pelos traficantes no aguardo dos julgamentos.

> Em 1832 o Ministro brasileiro da Justiça, padre Diogo Antonio Feijó, também deplorou os maus tratos e reescravizaçao dos africanos recém-importados. Os proprietários dos navios negreiros, disse ele a Assembleia Geral, frequentemente podiam readquirir seus escravos capturados através da emissão de falsos certificados de óbito enquanto os navios aguardavam julgamento das comissões mistas (CONRAD, 1985, p. 177).

O curador estava explorando Esméria e sua filha, como deveria prestar contas, alegou primeiro a enfermidade crônica, conforme o tempo foi passando, alguém poderia querer examinar as trabalhadoras, então registrou na relação enviada à presidência provincial que ambas haviam fugido. Este caso corrobora com o que comenta CONRAD sobre os descendentes dos africanos livres “Parece não haver muita dúvida, de fato, de que um grande, embora desconhecido, número de filhos de emancipados foram, como seus pais, absorvidos pela massa da

população escrava, ou forçados a trabalhar em estado de semi-servidão" (CONRAD, 1985, p. 174).

A manobra para burlar o sistema não deu certo, pois Esméria e Servina contaram que durante o tempo que foram dadas como enfermas e fugitivas, estavam trabalhando para o Curador. Isto também não quer dizer que as fugas não foram empreendidas pelos africanos livres. No Correio Mercantil da Bahia publicou-se, aos 28 de agosto[5], a notícia de fuga da africana Eudoxia, ela estava a serviço do padre José Dias, ela levou suas filhas Margarida, Omissias e Joana, de 7 , 4 e dois anos de idade, pede-se que caso encontrassem as levassem ao curador dos africanos livres. Não se descreve nas fontes quais os serviços Esméria e sua filha elas executaram nesse período que esteve em posse do curador, nem se houve realmente algum adoecimento. A situação deixa entrever que o atendimento em hospitais[6] poderia até ser comum, mas ainda havia a possibilidade de os trabalhadores africanos livres serem tratados na residência do curador.

Se o tratamento em casa era oportunidade para desvios de mão de obra pelas autoridades mais mesquinhas, ser remetido à Santa Casa poderia significar alguns dias de liberdade para alguns africanos livres

[5] Correio Mercantil, 28 de agosto de 1845

[6] Sobre assistência e presença de africanos em hospitais na Bahia oitocentista ver BARRETO, Maria Renilda Nery; PIMENTA, Tânia Salgado. A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia. Revista Territórios & Fronteiras, Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 75-90, jul./dez. 2013. Sampaio, G. (2019). Decrépitos, anêmicos, tuberculosos: africanos na Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1867-1872). *Almanack*, 2019, p. 207–249. Ao analisar as doenças entre africanos na Santa Casa de Misericórdia de Salvador Gabriela Sampaio assevera que "Em uma análise preliminar, percebe-se que as doenças que mais acometiam os pacientes eram aquelas ligadas à pobreza e às más condições de vida, como a decrepitude, a tuberculose e a anemia. Podemos facilmente imaginar que as causas principais dessas doenças eram a alimentação deficiente, o trabalho excessivo, as habitações insalubres, além dos maus tratos e da violência a que estavam expostos os trabalhadores. Há um alto número de moléstias ligadas à digestão, como colites, diarréias, embaraços gástricos e inanição; sabemos, por diversos trabalhos, que a alimentação dos escravos era bastante pobre. A dos africanos livres, em geral, devia ser também bastante limitada, dado o preço de alimentos frescos e o alto custo de vida" (SAMPAIO, 2019, p. 220).

como o Deoclaciano. Ele foi recolhido em 14 de junho de 1864, para atendimento no hospital da Santa Casa a fim curar sintomas da "moléstia gota" , que inclusive o impedia de trabalhar. Em 25 de julho, encontramos nos documentos o chefe de polícia comunicar a presidência da província que pediu notícias do mesmo trabalhador à Madre Superior, que informou a melhora de Deoclaciano e que o mesmo seria devolvido. Isto, segundo o chefe de polícia, não ocorreu e o africano estava sendo visto vagando pelas ruas de Salvador. Quanto às assistências prestadas aos africanos livres, e tão mencionadas nos comunicados de óbitos acessados, encontramos um outro ofício, relacionado às obras do Campo de São Pedro, assinado por Eduardo Jorge Parker, em 27 de agosto de 1852, ele solicitou justamente a visita de médicos aos africanos livres doentes.

> Tenho a honra de acusar a recepção do ofício de V. Exa. Com a data de ontem em que me manda informar a respeito da morte da fortaleza de São Pedro do africano livre de nome Faustino (nº 83) Congo; em resposta cumpre me dizer que o dito africano, trabalhou na obra do Campo todos os dias até o dia 23 do corrente mês. Que no dia 25 o cabo Leite, encarregado da segurança dos africanos me comunicou que o dito Faustino tinha falecido repentinamente na véspera. Cumpre recomendar a V. Exa. Que se digne dar ordem competente a fim de que os africanos que caem doente sejam visitados diariamente na fortaleza por um médico para evitar semelhantes acontecimentos.

A mão de obra dos africanos livres foi imprescindível para o funcionalismo público, na limpeza e obras públicas, nas diversas instituições, como os hospitais e hospícios. O que atesta isto é a disputa entre repartições na distribuição de africanos em seus quadros. Em 1856, por exemplo, o encarregado de obras públicas enviou ofício,

exonerando-se do cargo, porque teve de entregar três africanos que estavam sob seu comando nas obras da povoação da Barra, segundo ele a subtração destes braços acarretaria mais atrasos na conclusão do empreendimento. Os homens deveriam estar à disposição de Andolino Tavares de Macedo, e inseridos na reforma do palácio da presidência da província. Antes disso, em 1855, a falta de trabalhadores provocou a comissão de obras a solicitar à presidência que redistribuísse os africanos livres da obra do Campo de São de Pedro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os africanos livres e suas trajetórias, coletivas ou individuais, é um tema bastante visitado na historiografia em torno da escravização e tráfico negreiro no Brasil, o presente texto buscou apontar para a importância de considerarmos as particularidades destes sujeitos nas confluências entre a história da saúde e escravidão. Conforme apresentou-se, estes trabalhadores africanos livres tiveram rotinas de trabalho semelhantes aos cativos, mas pela sua condição jurídica, além sofrerem pela imposição do trabalho compulsório, tiveram suas saúdes negligenciadas pelo Estado e por terceiros pelo fato de não pertencer ou compor o patrimônio de alguém.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Keith Valéria de Oliveira. **Escravidão, saúde e doenças nas plantations cafeeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

BARICKMAN, Bert J. **Um contraponto baiano:** açúcar, fumo, mandioca e escravidão no Recôncavo, 1780-1860. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BARRETO, Maria Renilda N.; PIMENTA, Tânia Salgado. A saúde dos escravos na Bahia Oitocentista através do Hospital da Misericórdia. **Revista Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, v. 6, n. 2, p. 75-90, jul./dez. 2013.

BERTIN, Enidelce. **Os meia-cara:** Africanos livres em São Paulo no século XIX. São Paulo, 2006. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

CONRAD, Robert. **Tumbeiros**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GURGEL, Argemiro Eloy. **A Lei de 7 de novembro de 1831 e as ações cíveis de liberdade na Cidade de Valença (1870-1888)**. Dissertação de Mestrado História. Rio de Janeiro, UFRJ/ IFCS, 2004.

KODAMA, Kaori. Os debates pelo fim do tráfico no periódico O Philantropo (1849-1852) e a formação do povo: doenças, raça e escravidão. **Revista Brasileira de História**, v. 28, n. 56, p. 407-430, 2008.

LIMA, Silvio Cezar de Souza. **O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. 208 f.

MAMIGONIAN, Beatriz Gallotti. **Africanos Livres:** a abolição do tráfico de escravos no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

PIMENTA, Tânia Salgado; GOMES, Flávio. (Org.). **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

PIMENTA, Tânia; GOMES, Flávio; KODAMA, Kaori. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. *In:* TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia; HOCHMAN, Gilberto (org.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018. p. 67-100.

PÔRTO, Ângela Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 726-734, dez. 2008.

RODRIGUES, Jaime. **O infame comércio:** propostas e experiências no final do tráfico de africanos para o Brasil (1800-1850). Campinas: Editora da UNICAMP/CECULT, 2000.

SAMPAIO, Gabriela. Decrépitos, anêmicos, tuberculosos: africanos na Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1867-1872). **Almanack**, Guarulhos, n. 22, p. 207-249, 2019.

SANTANA, Adriana Santos. **Africanos livres na Bahia 1831-1864**. Dissertação. Universidade Federal de Sergipe, 2007.

SANTOS, Bárbara Barbosa dos. **Moléstias do corpo escravo:** doenças e morbidade entre cativos em Sergipe (1865- 1888). Universidade Federal de Sergipe. 2020

SANTOS, Bárbara Barbosa. Cirurgias e experimentos em corpos cativos pela medicina baiana e pernambucana do oitocentos. *In:* **10º Encontro escravidão e liberdade**, p. 1-13,2021.

VERSIANI, Flávio Rabelo; VERGOLINO, José Raimundo Oliveira. Posse de escravos e estrutura da riqueza no agreste e sertão de Pernambuco: 1777-1887. **Estudos Econômicos,** São Paulo, v. 33, n. 2, p. 353-393, 2003.

VIANA, Iamara da Silva. Corpo escravizado e discurso médico: para além da anatomia (1830-1850). **Revista de História Comparada**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 172-202, 2018.

VIANA, Iamara da Silva; GOMES, Flávio. Senzalas e casebres sob sevicias: violências, feminicídios, médicos e corpos. *In:* MACHADO, Maria Helena et al. (Org.). **Ventres livres?** Gênero, maternidade e legislação. São Paulo. Editora Unesp, 2021, p. 63-84.

4

AMAMENTAÇÃO MATERNA E DISCURSO MÉDICO NO SÉCULO XIX

Cássia Regina da Silva Rodrigues de Souza

INTRODUÇÃO

Tema de inúmeros debates entre a classe médica, o aleitamento tornou-se pauta constante de diversos tratados médicos e de jornais especializados, até mesmo daqueles dedicados à informação e ao entretenimento. O tema produziu intensas disputas que perduraram até cerca do início do século XX quando a alimentação artificial foi sendo cada vez mais utilizada pelas mães. Os discursos variavam entre a completa condenação e o controle rígido na escolha das amas. A justificativa daqueles que condenavam apoiava-se na condição social e jurídica das amas, além da associação à transmissão de doenças (MARTINS, 2016).

As raízes da prática do aleitamento infantil por amas de leite são remotas. Jurandir Freire Costa (1983, p.256) aponta que, dentre essas, talvez uma das mais consolidadas é a que as mães ignorassem que a amamentação materna fosse vital à sobrevida das crianças. O jornal *Ostensor Brasileiro* de 1845, publicado quinzenalmente na Corte já escrevia sobre a radicação dessa prática: "Não se encontrarão em todo o Império cinco mães que, pertencendo à classe elevada, aleitem seus filhinhos[...] não se encontrarão dez na classe média (...) não será coisa fácil apontar vinte na classe baixa" (*apud* ALENCASTRO, 1997, p.63).

Edward Shorter afirma que, entre a gente comum na Europa, objeto de sua pesquisa, a despreocupação tradicional em relação às crianças persistiu até pelo menos ao último quartel do século XVIII (SHORTER, 1975). Esse desinteresse em relação à vida infantil também é constatado por Asunción Lavrin com respeito à América Espanhola (1994) ao apontar que os higienistas se preocupavam com a mortalidade e a viam não somente como uma ameaça biológica, mas, também como uma negligência desumana em relação aos seres "mais desvalidos da sociedade". Em linhas gerais, as principais justificativas para a difusão da prática da amamentação mercenária eram: "Partos em idade prematura, a ausência de uma cultura que valorizasse a amamentação e a crença na fragilidade das mães brancas e de seu leite, considerado 'fraco' e insuficientemente nutritivo para os bebês" (TELLES, 2016, p.183).

Esse discurso começa a alterar-se com a crescente preocupação com a mortalidade infantil causada pela transmissão de doenças. Porém, Costa (1989, p.256) afirma que, com efeito, foi somente a partir do momento em que a vida da criança da elite passou a ter importância econômico-política é que o aleitamento materno se tornou uma preocupação de foro nacional já em fins dos XIX. No entanto, em meados do século XIX a temática já era discutida nos círculos médicos. Os debates em torno da matéria recorriam a ideia de que todas as fêmeas da classe dos mamíferos amamentavam suas crias e que aquelas que não o faziam, contrariavam uma vocação natural, o que mais tarde foi defendido de forma contundente pelo discurso higiênico.

> A mulher, que tem hum filho, fica sujeita a huma lei imposta pela natureza, á qual não póde subtrahir-se, sem expor sua saúde a funestos resultados, e sem que os males, que resultão d'esta omissão, se estendão a seu filho: se aquella que cumpre tão sagrada lei, merece encômios, e sufrágios dos seus

> semelhantes; censurável, e digna de despreso he aquella, cujo estado de saúde, e circusntancias convenientes lhe permitem amamentar seu inocente filho, e que se furta a tão doce desempenho, ou pelo prejuízo de arruinar a saúde, de perder a elegancia do talhe, e a formosura dos seus seios [...] e com manifesta ingratidão entrega seu filho á huma mulher, que por nenhum título lhe prestará o leite, e os cuidados, que lhe são necessários [...]. Bárbaras! Abandonar o objeto, que lhe deve ser mais caro, e a quem dedicar sua alma, e seu coração! (LEITÃO, 1840, p.10-11)

Diante do contexto apresentado, este estudo tem o objetivo de analisar o discurso acerca da amamentação materna no século XIX a partir das ideias de Jean Baptiste Alban Imbert, médico francês e membro da Academia Imperial de Medicina. Por meio dessa análise, almeja-se perceber o posicionamento da classe médica dos tempos de Imbert frente à temática, bem como, refletir como a escravidão e as ideias de progresso estiveram imbricadas com a questão do aleitamento.

NA CONTRAMÃO DO "ESPIRITO DO SYSTEMA"

A *Guia médica das mãis de família* publicada pelo médico francês Jean Baptiste Alban Imbert em 1843 surgiu no cenário literário apresentando como proposta orientar as futuras mães nos princípios científicos durante as fases da gravidez, puerpério e primeira infância. Esse manual de medicina doméstica objetivava a instruir as mulheres durante essas fases através de uma linguagem de fácil entendimento, levando o conhecimento acadêmico para dentro dos lares.

O autor da obra introduziu o tema da amamentação sob o título: "Deverá a criança ser amamentada pela mãe, ou por huma ama de leite?" (IMBERT, 1843, p.48). Ele alegava que o tema exigia um amplo desenvolvimento e já preparava os leitores para o que iriam ler. Imbert

acreditava que sua opinião poderia escandalizar a comunidade médica ao reconhecer que em tempos de emergência de um discurso de valorização da função maternal, ele afirmava ser "muito pouco partidista da amamentação materno" (*ibidem*), colocando-se assim, na contramão do "espirito do systema" (*ibidem*) por não acreditar que existisse no país mulheres com força física o suficiente, capazes de prover uma dupla nutrição. Segundo ele, uma longa experiência no clima do país o forçava a adotar tal posicionamento. Para sustentar seu argumento, o doutor evoca sua autoridade baseada em sua experiência no exercício da profissão que vinha sendo realizado há doze anos na capital do Império. O calor excessivo que esgota as forças e irrita o sistema nervoso de mulheres tidas como delicadas e nervosas, seria um dos grandes vilões. Porém, uma outra justificativa muito mais propagada era que as mães brasileiras, normalmente muito jovens, apresentavam a ausência de vigor físico suficiente para suportar uma amamentação prolongada sem prejuízo para a saúde.

Algumas premissas sobre a fragilidade da mulher também foram comumente defendidas por outros autores de finais dos Setecentos. Francisco de Mello Franco, por exemplo, no tratado de 1790 se opunha veementemente contra os casamentos entre meninas muito jovens, de 12 ou 14 anos com homens de 60, 70 anos, prática recorrente em Portugal. Nas palavras do médico, tal união não poderia gerar filhos saudáveis, pois, as meninas ainda não estavam totalmente formadas e os homens já não possuíam um sêmen enérgico (FRANCO, 1790, p.3). Já Willian Buchan (1785) em sua *Medicina Doméstica* afiançava que mulheres delicadas ou afligidas por enfermidades nervosas não são boas para criar. No Brasil, de igual forma, alguns futuros doutores da Faculdade de Medicina partilhavam da mesma ideia. Antonio Gonçalves

D'Araújo Leitão em tese apresentada em 1840 à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro destaca que aquelas mulheres com pouca saúde e fraqueza e as acometidas de certas patologias, poderiam ser dispensadas da responsabilidade de amamentar:

> (...) que estiver affectada de certas moléstias como Ptysica pulmonar, scorbuto, scrophulas, dartros, crancros, rachitismo &c., aquella que fôr fraca e lánguida, que exercer alguma profissão não saudável, que a secreção do leite não for suficiente, ou não tiver logar, que respirar continuamente o ar (...). (p.11)

Zeferino Justino da Silva Meirelles (1847, p.19) reitera essa posição: "Não incluiremos n'este numero aquellas cuja constituição e mau estado de saúde não lhes permitem aleitar seus filhos; estas são dignas de desculpa e até de elogio".

No capítulo segundo de a *Guia médica*, Imbert reforça claramente a sua anuência à ideia da falta de condições físicas da mulheres brasileiras em amamentar seus filhos sem o detrimento de sua saúde, ideia essa assentada por um longo período no seio da sociedade do país, como vimos brevemente, mas, que já vinha se despontando como refutada pela comunidade médica, principalmente a partir das constantes epidemias de febre amarela e cólera que atingiram o Brasil. Com base nessa nova postura de incentivo à amamentação, os médicos liberavam do dever de aleitar apenas aquelas mães com algum problema físico, de saúde ou de nervos, admitindo nesse caso, a utilização de uma ama examinada e aprovada (KOUTSOUKOS, 2009) por um médico.[1]Entretanto, entregar um filho para ser alimentado por outra

[1] Karoline Carula (2012) aponta a existência de médicos que realizavam exames para atestar a qualidade do leite. Contudo, essa avaliação era facultativa constituindo um recurso pouco utilizado, o que pode demonstrar que as mulheres não considerassem necessário tal exame. Já Maria Lúcia Mott atesta que

mulher mesmo em tais condições passou a ser desde então, um erro gravíssimo contra a natureza e um vilipêndio à função mais nobre de uma mulher: a de ser mãe.

A censura à mulher que não amamentava foi um artifício utilizado a fim de coagi-la a adotar tal prática, promovendo um sentimento de culpa e perda. Se a mulher alimentou no seu ventre o seu filho durante nove meses, nada mais correto que continuasse a alimentá-lo. Segundo o parecer dos médicos da segunda metade do século XIX, o aleitamento materno traria dupla vantagem: primeiramente, a qualidade do leite da mãe é sempre superior ao de qualquer outra mulher e, em segundo lugar, o leite materno garantia a transmissão das qualidades morais da mãe (CARULA, 2012, p.201), o que afastava o receio em relação as amas negras que eram frequentemente referenciadas como:

> (...) tiradas de um povo bárbaro, sem costumes, sem religião, e por ventura affectada de moléstias (...) seu filho beberá com o leite, que lhe comunica, as moléstias, esses costumes degradantes, que chocão a ordem da sociedade; porque as impressões recebidas na tenra idade decidem da sorte do homem no resto de seus dias (...). (REGO, 1838, p.28).

As memórias do Dr. Emilio Joaquim da Silva Maia, estimado médico relembrado por Imbert, constituíam referência em matéria de aleitamento materno. Em relatório lido em sessão de doze de julho de 1834, as palavras de Maia ressaltam os males que as crianças que não são amamentadas por suas mães poderiam apresentar. Segundo ele, a mortalidade é incomparavelmente maior nos países onde há a prática, como o caso do Brasil, onde as amas, geralmente escravizadas africanas,

---

desde 1834, a parteira mais conhecida como Madame Durocher participava da escolha de amas de leite. Ela avaliava a constituição física da candidata a fim de verificar a quantidade e a qualidade do leite. Por vezes, as enviava para a inspeção na Câmara Municipal do Rio de Janeiro. Cf. (MOTT, 2005);

são "brutas, infectadas de moléstias que trazem do seu país, e além disso immoraes, e depravadas." (*Revista Médica Fluminense*, 1834, p.6). Para o médico, o país adquiriu um costume bárbaro, contrário à natureza, que unidos a outras causas naturais serviu para diminuir a sua população.

Mesmo contrapondo-se ao renomado colega e sob os riscos de duras críticas da comunidade médica, o Dr. Imbert aconselha a deixar a criança sob os cuidados de uma ama de leite, em vez de submeter as mães às consequências piores. A essa altura, já transgredindo o espírito de vanguarda que elegia a amamentação materna como recurso de remediação contra as epidemias associadas à figura do escravo, o médico recomenda o uso das amas africanas, pois, segundo ele, as mesmas apresentariam melhores condições de amamentação em relação às amas brancas. As escravizadas seriam fisicamente mais dispostas devido a sua constante exposição às altas temperaturas das regiões equatoriais. Décadas mais tarde, Gilberto Freyre em sua obra *Casa Grande e Senzala* (1981), anuiu à posição de Imbert sobre o poder de amamentação da mulher negra. De acordo com o autor, a tradição brasileira já o dizia: "para a ama de leite não há como a negra." (p.444). Contudo, ele afirma que esse vigor estaria porventura associado às suas melhores condições eugênicas. Essa ideia também teria corroborado para a preferência dos portugueses da América por uma escravizada que "além do leite mais farto apresentavam-se satisfazendo outras condições, das muitas exigidas pelos higienistas portugueses do tempo de D.João V. (...). Serem mães de filhos sadios e vivedouros"(p.445).

Diante desse cenário, a análise da saúde da ama negra deveria preceder algumas observações: moça forte e robusta; deveria ter parido o mais próximo possível da idade da criança que iria amamentar; o leite deveria ser sem cheiro, branco e adocicado; os seios convenientemente

desenvolvidos, nem rijos**,** nem moles; sem marcas ou cicatrizes; sem indícios de alporcas (infecção nos gânglios linfáticos); dentes claros e limpos e por fim, sem vício de humores. Nesse caso, a ama deveria ser imediatamente rejeitada, pois, de acordo com Imbert, que se declara apologista da doutrina hipocrática, a ama poderia transmitir vírus específicos durante a amamentação, o que ocasionaria a transmissão de "todas as alterações humoráes, de que possa estar infectada" (IMBERT, 1843, p.51-53).

O emprego das escravizadas no aleitamento, apesar da crença na comunicação dos humores por meio lácteo,[2]poderiam deixar Imbert em uma situação aparentemente controversa perante a comunidade médica. O doutor demonstra estar a par dos recentes debates e reconhece todos os possíveis "perigos" que se apresentam ao empregar uma ama negra. Todavia, sua única ressalva é para que haja a substituição imediata da ama, ou na ausência de uma, aconselha-se a utilização da alimentação artificial como o leite de burra ou de égua, os mais recomendáveis, segundo ele (*Ibidem*, p.377). Quanto ao mais, a partir desse ponto, as recomendações se detém apenas no seu regime alimentar a fim de não trazer mais prejuízos à criança.

O contexto social vivido pelo Dr. Imbert tinha na defesa da amamentação materna uma das ideias de progresso social que também envolvia a aversão a figura do negro. Esse, tido como corrompido por costumes bárbaros, tinha em seu leite um perigo moral. Acreditava-se que a criança alimentada por ama negra poderia adquirir as

[2]Segundo essa teoria, a transmissão poderia ocorrer da seguinte forma: "O estado de saúde dependeria da exata proporção e da perfeita mistura dos quatro humores, que poderiam alterar-se por ação de causas externas ou internas. O excesso ou deficiência de qualquer dos humores, assim como o seu isolamento ou miscigenação inadequada, causariam as doenças com o seu cortejo sintomático" Cf. (REZENDE, 2009, p.52);

características da nutriz, tornando-se dentre outras coisas, insolente. O incentivo ao aleitamento materno estava inversamente proporcional à instituição da escravidão. Um país com pretensões civilizatórias não poderia estar calcado na dependência dessa instituição, sendo assim, eliminar o hábito de fazer as escravas "amamentar os bebês de seus senhores também significava distanciar-se do regime de escravidão, tornando a imagem do país mais higiênica" (CARULA, 2012, p.212).

Nesse contexto, a brevidade do doutor Imbert ao tratar de um tema conflituoso desperta curiosidade. O seu discurso, por vezes, revela-se ambíguo. O mesmo justifica sua preferência pela escolha das amas negras, ao passo que reconhece sua delicada posição diante da comunidade médica ao admitir brechas nesse discurso, evidenciando uma postura ora conservadora, ora progressista.

Dúvidas com relação à representatividade do dr. Imbert emergem e nos fazem indagar se ele se apresentava apenas como um médico conservador ou se insistia forçosamente na utilidade do negro a fim de prorrogar a manutenção do sistema escravista por ele utilizado. Independentemente da resposta para esse questionamento, importa perceber que ambas as faces poderiam operar dentro do exercício de sua profissão e na constituição de seu nome como autor, mesmo que esse posicionamento pudesse em alguns momentos, parecer conflituoso.

A atenção de Imbert à figura da escravizada gestante não é algo incomum. Em seu *Manual do Fazendeiro*, ao se apresentar como proprietário de uma fazenda no "centro de huma das mais ricas e ferteis Provincias do Imperio Brasil" (IMBERT,1839, p.354) e preocupado com possíveis abortos provocados pelas cativas insatisfeitas com sua aparência devido à gestação, o médico aconselha os senhores a prometer um prêmio a todas as negras que levassem até o fim a sua

gravidez. Tal premiação serviria também de estímulo àquelas que ainda não haviam concebido, para o fazerem da mesma forma (*Ibidem*, p.254). Além da maternidade, a criação de vínculos familiares por meio do casamento também era incentivada com uma premiação que, nesse caso, consistia na concessão de uma mobília, roupas novas para o casal e de um pequeno quarto para que pudessem habitar (*Ibidem*, p.358). Todos esses incentivos apresentavam motivos claramente declarados pelo autor: "Este prejuízo das negras muito damno causa ao progresso da população escrava (...)"; "(...) todos os vínculos são os laços de família, os que mais fortemente prendem o homem a seus deveres (...)". Em suma, as escravas deveriam ser encorajadas a reproduzir e conduzir sua gravidez até o final a fim de aumentar o patrimônio de seus senhores, bem como, o casamento incentivado com vistas a criação de vínculos o que impediria possíveis fugas.

Diante de um cenário marcado pela carência de escravos sendo comercializados, os senhores deveriam se precaver.

ESCRAVIDÃO E O COMÉRCIO DE LEITE MATERNO NO SÉCULO XIX.

A historiografia atesta que Imbert não estava sozinho. Alguns autores de manuais de fazendeiros do século XIX direcionaram seus tratados para a busca do aumento dos rendimentos senhoriais. Neles, incluíam-se os cuidados com as negras gestantes e recém-nascidos, como vimos aqui. Carlos Augusto Taunay em seu *Manual do Agricultor Brasileiro*, descreve: "Casadas ou solteiras, as pretas prenhes devem ser tratadas com mimo e aplicadas a hum trabalho moderado. O parto e a amamentação merecem as competentes atenções" (TAUNAY, 1839, p.17). Já Francisco Peixoto de Lacerda Werneck (1985), barão de Pati de Alferes,

em *Memória sobre a Fundação de uma Fazenda na Província do Rio de Janeiro (1847-1878)* recomenda:

> Não mandeis á roça, por espaço de um anno, a preta que estiver criando; occupai-a no serviço de casa, como lavar roupa, escolher café, e outros objetos. Quando ella tiver seu filho criado, irá então, deixando o pequeno entregue a uma outra que deve ser a ama secca de todas as mais crias para lava-las, mudar-lhe roupa, e dar-lhes comida (...) (p.26-27).

Rafael Marquese (1997) aponta que tais recomendações residiam na precaução com relação ao aumento dos preços que certamente ocorreria com o fim do tráfico transatlântico, dessa forma, "a estratégia para tanto repousava no estímulo à reprodução dos cativos, seja através da constituição de uniões estáveis ou pela melhoria do tratamento concedido às pretas grávidas e aos recém-nascidos (...)" (p. 107-108).

Bárbara Canedo R. Martins (2012) também aponta que as gestantes e aquelas recentemente paridas poderiam tornar-se amas de leite em potencial. Evidencia a intenção de alguns senhores em comprar mulheres escravizadas ainda na adolescência ou juventude que já tinham uma cria ou que estivessem grávidas a fim de investir no mercado de trabalho das amas de leite, o que provavelmente geraria mais lucros do que utilizar esses indivíduos em outras atividades.

Nos tempos de Imbert, diversos jornais atestavam a intensidade desse negócio e nos permitem refletir sobre o espaço ocupado pelas cativas no serviço de aleitamento. Abaixo, alguns dos trechos de anúncios mais correntes em dois importantes periódicos contemporâneos ao manual do dr.Imbert:

> "Aluga-se, na Rua da Quitanda, n.13 huma boa ama com muita abundância de leite, e muito carinhosa" (*Jornal do Commercio*, 15/01/1840, Annuncios, Anno XV, n.13);
>
> "Aluga-se, na Rua da Cadêa, n.48, loja de duas portas, excelentes amas de leite, huma delas parida há 40 dias" (*Jornal do Commercio*, 15/01/1840, Annuncios, Anno XV, n.13);
>
> "Precisa-se alugar, na rua de S.Francisco da Prainha n.42, huma ama de leite, livre e de bons costumes"(*Jornal do Commercio,*03/01/1842, Annuncios, AnnoXVII, n.4);
>
> "Vende-se uma mucama de 16 annos, ama de leite com cria, ou sem ella, tem muito boa conducta, o leite é novo, e com abundancia, sabe coser, lavar, engomar, e cozinhar, é recolhida, e trata muito bem de uma criança, e dá se em conta; na rua do Lavradio, n.23" (*Diario do Rio de Janeiro*, 29/01/1840, Amas de Leite, Anno XIX, n.22;);
>
> "Vende-se uma preta ama de leite, sem cria, de idade de 24 annos, o leite é do primeiro parto; na rua do Sabão n.221" (*Diario do Rio de Janeiro*, 25/02/1842, Amas de Leite, Anno XXI, n.44);
>
> "Precisa-se de uma ama de leite, na rua nova do Livramento n.15, mas quer-se pessoa muito sadia, de bons costumes, com leite novo e que seja parda ou preta recolhida" (*Diario do Rio de Janeiro*, 10/04/1843, Amas de Leite, Anno XXII, n.81);

Segundo Maria Elizabeth R. Carneiro (2007), "preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa" era o modelo ideal de ama de leite veiculado nas colunas do *Jornal do Commercio* e constituía o tipo de anúncio mais corriqueiro nos jornais da Corte, onde era ressaltado a saúde das escravas, a idade das amas, idade do leite, as informações relativas à qualidade dos serviços e da longevidade das rendas. Os anúncios ainda traziam a boa conduta e o bom comportamento das amas comercializadas.

É possível verificar que o negócio com as lactantes representava uma importante atividade econômica nas cidades. Mesmo pequenos plantéis de escravos poderiam ter o aluguel de amas de leite como um

de seus negócios (ALENCASTRO, 1997, p.63). Havendo disponibilidade de leite materno, existia oferta de amas de leite.

Um dos ramos que utilizou largamente o serviço de aleitamento mercenário foi a Roda dos Expostos da Santa Casa de Misericórdia. Carneiro aponta que entre os proprietários de amas de leite que alugavam suas escravas para aleitar crianças enjeitadas haviam nomes de presidentes de província, deputados e senadores, desembargadores, ministros, conselheiros de Estado, militares e médicos. Tal negócio podia mostrar-se visível na organização daquela instituição e claramente rentável para alguns proprietários, como foi o caso do Marechal José Maria da Silva Bittencourt que com o aluguel de uma única ama auferiu no ano de 1858 uma receita de cerca de 455$000. E muito mais promissor para o Visconde de Itaboraí que alugou sete escravas para a instituição no período de 1862 a 1865, tendo recebido um total de 2:240$000 por aqueles serviços, sendo o proprietário e locador de amas que recebeu a maior soma pelo aluguel de escravas (CARNEIRO, 2006).

Madame Durocher, conhecida parteira da Corte, no exercício de sua profissão atendeu diversas amas acometidas de enfermidades. O relato permite-nos perceber o grau de exploração dessas mulheres por seus senhores e dimensionar a extensão desse comércio:

> É incrível o abuso do direito do senhor contra o escravo, e o numero de escravas physicamente impossibilitadas de amamentar que diariamente vem ao nosso consultório: umas syphiliticas, outras escorbúticas; umas com empigens, outras tuberculosas; umas chloroticas, outras escrofulosas; quase todas sem leite, porque, contra todas as leis divinas e humanas, se lhes tem arrancado os filhos para leval-os à roda, afim de alugar as mães, mais facilmente, com amas de leite. Ora, como bastam dias sem dar de mamar para estancar o leite, resulta que se alugam assim mesmo amas, e o

> que de mais revoltante há é que depois de uma ama esgotada por uma longa criação, ainda se obriga a pobre escrava a dizer que pariu a poucos dias, e que se não tem bastante leite é porque o filho foi para a a roda e não tem dado de mamar (...) (*Correio Paulistano*,07/12/1870, p.4)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização dessa pesquisa, não foi possível verificar dados concretos que permitam propor uma relação real de J.B.A.Imbert com o mercado das amas de leite, apesar de acreditarmos que esse negócio poderia se apresentar como algo lucrativo para um proprietário que, de acordo com ele, possuía entre sua escravaria mais de duzentos indivíduos e, certamente muitas mulheres em período pós-natal. De acordo com essa perspectiva, a figura de Imbert, médico e senhor de escravos, não podem ser desvinculadas, embora os títulos de sua autoria apresentados aqui pareçam revelar faces distintas de um mesmo autor.

Possivelmente, o envolvimento de Imbert com o mercado das amas de leite poderia até constituir uma justificativa provável para que o doutor tenha colocado em risco sua autoridade perante a comunidade médica. Contudo, é importante destacar que sua postura também pode revelar que, conquanto, todos os perigos advindos de seu posicionamento, a construção de sua identidade autoral parece lhe preocupar mais. Como vimos, ele afirma que uma longa experiência no clima do país, o forçava a optar pela adoção do emprego das amas de leite africanas, evocando sua autoridade baseada no exercício da profissão que vinha sendo realizado há doze anos no país. Além do clima, o autor ainda se baseia na tenra idade das futuras mães brasileiras que segundo ele, as impedia de suportar uma amamentação prolongada.

Outro fator contribuinte na construção de sua autoria científica é visto no prefácio da *Guia médica*. Nele, o autor exalta a utilidade de sua obra que viria a preencher uma lacuna promovida pela ausência de uma "medicina de diploma" antes restrita às grandes cidades do Império: "(...) o Brasil reclama os socorros de huma medicina domestica, sabia, e prudente (...)" (IMBERT, 1843, p.10). Ademais, Imbert ressalta a originalidade do manual, mencionando que os conselhos ali contidos não "estavão dirigidos por vistas scientificas (...)" (*Ibidem*, p.12) ao contrário dos autores anteriores a ele. Afirma ainda sua competência profissional ao se basear nos anos de experiência no país que, calcada na Higiene, a ciência dos "povos civilizados", iria dirigir todo o seu discurso. Outrossim, podemos acrescentar a essas informações, outras obras publicadas por Imbert citadas em importantes jornais da Corte[3]ainda no início de sua carreira no Brasil. Essas publicações sugerem que o esculápio possuía a intenção de constituir-se como autor no país fazendo o seu nome conhecido e promovendo acumulação de capital científico.

Na construção desse nome, Imbert segue delineando seu perfil autoral ao desenvolver um "código higiênico" pautado nos avanços mais recentes dessa ciência em ascensão. Nesse delineamento, o médico criou mecanismos de afirmação individualizados em que o lugar da prova,

> (...) da validação e da verdade se deslocava da dinâmica de reverências cortesãs para um espaço suficientemente independente e autônomo, mobilizando seus próprios critérios, instrumentos e medidas de

[3] As referidas obras são: *Conselhos ás Mães de Família,* mencionada no *Diário do Rio de Janeiro* (13/01/1832), *Tratado da Velhice, ou Arte de Prolongar a Vida e Conselhos às Mães Brasileiras sobre o Aleitamento*, citadas na *Revista Médica Fluminense* (out./1835, n.7). Tais publicações não foram localizadas durante a realização dessa pesquisa.

> objetividade. Abria-se o caminho para um sistema de autoria e de validação discursiva embasado na individualização e autoridade do homem de ciência, no destaque uno e indivisível ao seu nome próprio que agrupava competências reconhecidas por seus pares (LICOPPE, 1996 *apud* MEDEIROS, 2018, p.39).

O debate sobre a construção de uma maternidade por "vistas científicas" teve seu ápice a partir da década de 1870, entretanto, vemos a *Guia médica* esboçar tal discussão décadas antes. Embora a maternidade higiênica proposta por Imbert contenha orientações teóricas análogas a de outros manuais de medicina doméstica, a obra apresenta aspectos capitais que se dispõem a identificar o pensamento do autor J. B. A. Imbert. Sua inserção nas redes científicas que se formavam no interior da Academia Imperial de Medicina, onde se fomentavam a autoridade e a autoria dos livros de medicina, certamente também auxiliaram na afirmação de sua autoridade científica conferindo ao seu discurso e às suas obras o reconhecimento como um homem da ciência que agrupava as competências reconhecidas por seus pares ao passo que, o legitimava como um autor capaz de dialogar com a sociedade e os problemas de sua época.

FONTES:

BUCHAN, William. **Medicina Doméstica**. Tomo I. Madrid: Imprensa Real, 1785. Disponível em: https://archive.org;

Correio Paulistano, 07/12/1870;

Diario do Rio de Janeiro, 29/01/1840, Amas de Leite, Anno XIX, n.22;

Diario do Rio de Janeiro, 25/02/1842, Amas de Leite, Anno XXI, n.44;

Diario do Rio de Janeiro, 10/04/1843, Amas de Leite, Anno XXII, n.81;

FRANCO, Francisco de Mello. **Tratado da Educação Fysica dos Menino, para Uso da Nação Portugueza.** Lisboa: Officina da Academia Real das Sciências, 1790;

IMBERT, Jean Baptiste Alban. **Manual do Fazendeiro ou Tratado Doméstico sobre as Enfermidades dos Negros.**2ª ed. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1839; Disponível em: https://archive.org/stream/DELTA539211FA/BSG_DELTA53921_1FA_0001#page/n0/mode/2up;

IMBERT, Jean Baptiste Alban. ***A Guia Médica das Mães de Família ou A Infância Considerada na sua Hygiene, suas Moléstias e Tratamentos.*** Rio de Janeiro: Typographia Franceza, 1843;

Jornal do Commercio, 15/01/1840, Annuncios, Anno XV, n.13;

Jornal do Commercio, 21/08/1840, Annuncios, Anno XV, n.220;

Jornal do Commercio,03/01/1842, Annuncios, AnnoXVII, n.4;

LEITÃO, Antonio Gonsalves d'Araujo - **Sobre a hygiene da infância**. Centro de Ciência da Saúde-CCS/UFRJ, 1840;

MEIRELLES, Zeferino Justino da Silva. **Breves Considerações sobre as Vantagens do Aleitamento Maternal**. Centro de Ciência da Saúde-CCS/UFRJ, 1847;

REGO, Pedro da Silva-**Os cuidados que reclama a mulher depois do parto natural.** Centro de Ciência da Saúde-CCS/UFRJ, 1838;

TAUNAY. Carlos Augusto. **Manual do Agricultor Brazileiro**. Rio de Janeiro: Typographia Imperial e Constitucional de J.Villeneuve e Comp., 1839;

Ostensor Brasileiro-Jornal Litterário e Pictoral. Rio de Janeiro, 1845-1846

REFERÊNCIAS:

ALENCASTRO, Luís Felipe. "Vida Privada e Ordem Privada no Império". *In:* ALENCASTRO, Luís Felipe & NOVAES, Fernando. **História da Vida Privada no Brasil**. Volume 2. São Paulo: Companhia das Letras 1997.

ÀRIES, Phillipe. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

CARULA, Karoline. Perigosas Amas de Leite: Aleitamento Materno, Ciência e Escravidão em *A Mãi de Família*. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.19, supl., dez.2012, p.205-206.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1989.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande e Senzala**. Rio de Janeiro: Editora Brasil América, 1981.

KOUTSOUKOS, Sandra Sofia Machado. 'Amas Mercenárias': o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas-Brasil, segunda metade do século XIX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr-jun., 2009.

LAVRIN, Asuncíon. La Niñez em México e Hispanoamérica: Rotas de exploración. *In*: AIZPURU, Pilar Gonzalbo y RABELL, Cecilia (comps). **La Famíllia en El Mundo Iberoamricano.** México: Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, 1994.

MARQUESE, Rafael de Bivar. A Administração do trabalho Escravo nos Manuais de Fazendeiros do Brasil Império, 1830-1847. **Revista de História**, FFLCH-USP, 137 (1997).

MARTINS, Bárbara Canedo R. Reconstruindo a Memória de um Ofício: as amas-de-leite no mercado de trabalho urbano no Rio de Janeiro (1820-1880). **Revista de História Comparada**, Rio de Janeiro:6-2:138-167, 2012.

MOTT, Maria Lúcia. Une Sage-Femme Franco-Brésilienne à Rio de Janeiro au XIX e Siècle. *Clio.* **Femmes, Genre, Histoire**, 19, 2005.

REZENDE, Jofre Marcondes de. **À sombra do Plátano: Crônicas de História da Medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, p.52. Disponível em http://books.scielo.org/.

SHORTER, Edward; PÉREZ, Teresa. **A Formação da Família Moderna.** Lisboa**:** Terramar, Editores, Distribuidores e Livreiros, 1975.

TELLES, Lorena F.da S. Inspeccionada e Afiançada por Médicos: amas de leite entre discursos e Práticas da Medicina (São Paulo, 1880-1920). *In*: PIMENTA, Tânia S.; GOMES, Flávio. **Escravidão, Doenças e Práticas de Cura no Brasil**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

WERNECK, Francisco Peixoto de Lacerda. **Memória sobre A Fundação de uma Fazenda na Província do Rio de Janeiro (1847-1878)**. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa/ Brasília: Senado Federal, 1985.

5

A MEDICINA E AS PRÁTICAS MÉDICAS NO BRASIL OITOCENTISTA

Fernanda Soares Rezende
Henrique Martins da Silva

INTRODUÇÃO

Este capítulo se aloja no campo da História da Saúde e das Doenças e apresenta como recorte temático o exercício da medicina e das práticas médicas brasileiras no Oitocentos. Nosso escopo reside em demonstrar que a medicina é tão antiga quanto a própria existência da humanidade. Ao passo em que: "[...] houve povos sem médicos, mas nunca houve povos sem medicina" (SOUSA, 1981, p. 15). E a partir da ampliação do campo do historiador, tal como Fernand Braudel desejou, nos deteremos ao contexto da Nova História, igualmente denominada como História Cultural, que privilegia novos objetos. Ensejo que configura, um aspecto característico para a história da medicina brasileira e, compõe uma das particularidades que fazem com que este trabalho, esteja no ponto de intersecção entre os estudos da história da ciência, da medicina e da história regional. Trata-se, portanto, de um estudo realizado por meio do levantamento bibliográfico acerca do período e em consonância com a historiografia vigente.

A História da Saúde e das Doenças é um objeto de estudo recente por parte dos historiadores. E foi a partir da década de 1970 com os trabalhos de Jacques Revel e Jean-Pierre Peter (1976), Philippe Áries (1981;1988), Jacques Le Goff (1985), Jean Delumeau (2009) e Jean-Charles

Sournia (1992), que angariou projeção, sobretudo, no tocante às temáticas relativas ao corpo.

Emanuel Le Roy Ladurie (1967) principiou uma série de pesquisas sobre a história do clima, da saúde e das doenças e Fernand Braudel (1996) promoveu pesquisas interdisciplinares. Instigando indivíduos de distintas especialidades a discutir questões sobre a história social da medicina e da doença propostas na revista *Annales*. Logo, novos objetos e vertentes historiográficas foram introduzidos à História, dentre os quais, a História da Saúde e das Doenças. A atenção que vem sendo atribuída à temática, demonstra as transformações da historiografia e a ampliação do campo do historiador, através da incorporação de novos objetos e abordagens que proporcionam a evidência do homem doente e sua história.

Le Goff (1985) considera que esse interesse ocorreu em virtude de as doenças não estarem circunscritas a uma história dos avanços tecnológicos e científicos. Ao contrário, pertencem, sobretudo, à história dos saberes e das práticas relacionadas às instituições, representações e estruturas sociais: "A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstracto numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais" (LE GOFF, 1985, p. 7).

Jean-Pierre Peter e Jacques Revel a partir do texto *O corpo: o homem doente e sua história* (1976), desvelam a doença como objeto de estudo autêntico do historiador. Trata-se de uma investigação que conta uma história das percepções de uma sociedade quanto a corpos atingidos pela doença. A qual é vislumbrada como: "(...) o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes,

ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma" (REVEL; PETER, 1976, p. 144).

Peter e Revel (1976) concebem a doença, portanto, como elemento social. Um evento de reelaboração das articulações que os sujeitos de uma dada sociedade estabelecem. Como maneira de viabilizar esclarecimentos a despeito das imbricações e mudanças das sociedades. Promovendo, deste modo, uma leitura esclarecedora do mundo. O entendimento que o estudo das doenças diz respeito aos processos históricos, ligados aos acontecimentos da vida humana, proporcionou a evidência do homem doente e sua história.

Conjuntura a partir da qual, o indivíduo enfermo e seu processo de padecimento, adoecimento, cura ou morte, deixa de ser objeto de estudo particular da medicina e da epidemiologia. Passando, desta forma, a integrar as mais diversas temáticas do campo da investigação histórica. E cabe ao historiador dedicado ao estudo da História da Saúde e das Doenças, buscar um olhar problematizado acerca das representações socioculturais que envolvem as moléstias.

Dilene Nascimento e Anny Silveira (2004), consideram que hoje podemos falar de um: "(...) campo de história das doenças, constituído por "histórias" que, adotando perspectivas diversas, representam importantes contribuições ao trabalho de reflexão sobre o papel das doenças na história" (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2004, p. 16, aspas do original).

O uso da perspectiva histórica para o conhecimento das moléstias, lança as bases para a apreensão das estruturas de poder e dos comportamentos humanos de um determinado período, permitindo a investigação das ações dos distintos grupos sociais. Logo, as doenças devem ser compreendidas enquanto acontecimentos inteligíveis, que

pertencem a um contexto biológico e social historicamente determinado e acondicionado pelas condições do ambiente. O retorno ao estado de saúde sempre integrou as inquietações de homens e mulheres, em todas as civilizações, independente das representações suscitadas sobre elas (ROSEN, 1980).

A História da Medicina representa, portanto, a história do esforço do indivíduo para debelar a doença e conservar ou recuperar a saúde física e mental, seja dos indivíduos ou das populações: "Cada Sociedade reconhece doenças específicas. A doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais: Estar doente ou em boa condição física são coisas muito diferentes socialmente" (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 11).

Ensejo em que, a História da Saúde e das Doenças se dispõe mediante os múltiplos espaços de investigação. Em seus caminhos de análise, o entendimento da ciência ocorre enquanto construção. Por essa razão, deve ser analisada e compreendida dentro das especificidades de cada período histórico:

> (...) a doença é um evento cultural, que depende de categorias de pensamento e constructos verbais específicos a uma geração, e que refletem a história do campo médico e da sociedade como um todo. A doença é um acontecimento que participa da reprodução ou exacerbação de ideologias e valores culturais (...) e, muitas vezes, determina o papel social do indivíduo e sua identidade psíquica (...) A doença é objeto de ações individuais e coletivas e de políticas públicas; é, assim, um 'ator' que participa das relações médico-paciente e das relações entre indivíduos, grupos e classes numa formação social (BENCHIMOL, 2015. p. 11-12, aspas do original).

Os eventos e episódios atrelados às doenças determinam, desta forma, uma historicidade que se difere nas distintas espacialidades e temporalidades. Logo, os conceitos de saúde e doença não devem ser

interpretados da mesma forma no transcorrer dos distintos periodos históricos.

Na Antiguidade, havia a crença de que as moléstias eram enviadas aos homens pelos deuses como punição por seus pecados. Período sobre o qual, também surgiram as primeiras concepções de que as doenças eram geradas por fatores naturais, a exemplo de Hipócrates[1], cuja medicina hipocrática[2] reconheceu que todas as doenças possuem uma causa natural sem a qual não poderia surgir. Assim, sugeriu o problema médico sob uma ótica com maior delicadeza e densidade: "[...] *não há enfermidades, mas enfermos*" (HIPÓCRATES, 2002, p, 131, grifo nosso). Para tanto, era de fundamental importância compreender os efeitos das estações do ano (temperatura, umidade, chuva.) sobre os humores do homem[3].

Já na Idade Média, foi propagada a imagem de que as práticas religiosas e mágicas eram condições determinantes para a manifestação das moléstias. Em virtude da dificuldade de combater a maioria das doenças infectocontagiosas, as origens das enfermidades foram

[1] Hipócrates (460-377 a.C.), nasceu na Grécia, em Cós, ilha grega do Dodecaneso. Foi considerado o mais célebre médico da Antiguidade e o iniciador da observação clínica.

[2] Recebe a denominação de medicina hipocrática, as práticas médicas desenvolvidas por Hipócrates, seus discípulos e o que foi redigido no *Corpus Hippocraticum*. O principal avanço de sua obra consiste na introdução de um método no ofício médico. Composto pela observação criteriosa de todos os elementos que pudessem estar em torno do advento da doença, mediante o estudo do paciente, não de forma fragmentada, mas, sobretudo, em sua totalidade.

[3] A patologia para Hipócrates era baseada na doutrina dos quatro humores: *sangue, fleuma ou pituita, bílis amarela* e *bílis negra,* os quais se julgavam serem constituídos pela própria natureza do corpo humano. As suas qualidades são naturalmente as características fundamentais dos elementos a que correspondem: o sangue, quente e úmido, assim como o "ar"; a fleuma, fria e úmida, como a "água"; a bílis amarela, quente e seca, como o "fogo"; a bílis negra, fria e seca, como a "terra". Quando os respectivos humores estão perfeitamente misturados e se encontram devidamente proporcionados uns em relação aos outros, no que se refere à composição, propriedades e quantidade, o indivíduo é dotado de saúde. No entanto, se um destes elementos está em falta ou em excesso o indivíduo sente dor. Assim, quando um elemento se encontra separado dos outros e isolado no corpo, não somente fica doente o lugar que deixou, mas também a parte onde se encontra, em razão do excesso (HIPÓCRATES, 2002).

imputadas aos espíritos maus e demônios. Assim, os médicos do medievo defendiam o conceito de contaminação e a quarentena como forma indispensável de contenção da proliferação de epidemias. Ao passo em que, as faculdades de medicina do período conviviam com os ensinamentos de Hipócrates, Galeno[4], Avicena[5] e alguns médicos do mundo árabe (FLECK; ANZAI, 2013).

No decurso do século XVII, havia o predomínio da crença de que as condições de vida e a qualidade dos espaços ocupados ocasionavam doenças. Houve, portanto, nos centros urbanos a preocupação com a limpeza, cujo intuito era alcançar e manter a saúde para assim, evitar a morte do indivíduo. Para tanto, Alain Corbin pondera que:

> (...) ninguém dúvida de que o ar tenha em suspensão as substâncias que se destacam dos corpos. A atmosfera-cisterna carrega-se com as emanações telúricas, com as transpirações animais e vegetais. O ar de um lugar é um caldo pavoroso no qual se misturam as fumaças, os enxofres, os vapores aquosos, voláteis, oleosos e salinos que exalam da terra, e, se for o caso, as matérias fulminantes que ela vomita, a morrinha que sai dos pantanais, os insetos minúsculos e seus ovos, animálculos espermáticos, e, muito pior ainda, os miasmas contagiosos que se elevam dos corpos em decomposição (CORBIN, 1987, p. 21).

[4] Cláudio Galeno (129 d.C.) nasceu em Pérgamo, na Ásia Menor. Foi um dos médicos mais importantes da Antiguidade e empreendeu profícuos estudos de Anatomia e Fisiologia, sendo, portanto, considerado o pai da Anatomia. Aos dezessete anos iniciou o curso de Medicina, em Pérgamo e aos 28 anos, se tornou o médico oficial dos gladiadores. Em Roma ficou conhecido por suas aulas públicas ocupando, inclusive, o cargo de médico da família imperial. Galeno faleceu, provavelmente, na Sicília, no ano 200 e deixou como legado uma valiosa obra em biologia e medicina. Além disso, também se dedicou aos estudos sobre filosofia e filologia.

[5] Avicena nasceu no ano de 980 em Afshana, na antiga Pérsia, lugarejo onde atualmente é situado o Uzbequistão. Aos 18 anos de idade, se tornou médico. Também dominava conhecimentos sobre filosofia, matemática, lógica, jurisprudência, teologia, entre outros. Produziu mais de duzentas obras, dentre as quais: A Cura (*Al-Shifá'*) e O Cânon de Medicina (*Kitáb Al-Qanún fi al-Tib*), esta última traduzida para o latim por Gerardo de Cremona no final do século XII, sendo utilizado como base para os estudos de medicina nas universidades europeias até o século XVII.

Durante o século posterior, a saúde e o aumento da população estavam associados ao acréscimo da riqueza e do poder do Estado. Conjuntura assinalada pela concepção de que tanto as enfermidades quanto a morte prematura, expressavam o desperdício de recursos humanos. Por consequencia, a saúde dos indivíduos não deveria ser relegada à incerteza da iniciativa individual, considerada como inapropriada para lidar com as implicações do respectivo problema (ROSEN, 1980).

A partir deste contexto, a saúde e a doença foram vislumbradas como fenômenos que interferem e repercutem na vida dos indivíduos, na comunidade ou ainda nos setores político e administrativo das cidades. Conforme nos assinala Michel Foucault: "O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista" (FOUCAULT, 1992, p. 80). É, justamente, neste sentido que os processos de padecimento e óbito transpassam o biológico e alcançam o social.

O levantamento realizado aponta que, a produção historiográfica acerca da História das Doenças, vem angariando relevo nas últimas décadas e tem contribuído para ampliar as investigações sobre os saberes e as práticas de cura, as concepções e representações sociais das enfermidades, as instituições e discursos científicos. Assim como as perspectivas teórico metodológicas do campo em questão.

A MEDICINA BRASILEIRA OITOCENTISTA

No Oitocentos, novas questões granjeiam destaque. A doença deixa de ser unicamente um atributo do indivíduo doente e, passa a ser vislumbrada a partir de uma formação social dada. Ensejo que, delineou novos elementos ao entendimento, já propalado desde os tempos de Hipócrates, de que a morte não seria um incidente imprevisível e casual, pois, de acordo com esta concepção, havia as mais distintas maneiras de adoecer e morrer. Nesse sentido:

> A partir do século XIX, as concepções de saúde/doença e as práticas de saúde foram profundamente marcadas pela emergência da medicina científica e o desenvolvimento de tecnologias para a saúde (...). E sua prática, tanto diagnostica como terapêutica (...) passa a subsidiar o "saber fazer" do médico, no sentido da efetividade de sua intervenção, e se torna importante instrumento de legitimação da prática (CARVALHO, 2016, p. 31, aspas do original).

A partir da segunda metade do século, se materializa a teoria que as doenças são suscitadas por agentes patológicos peculiares compondo, desta forma, as bases para a saúde pública contemporânea. Neste panorama, as enfermidades são consideradas como acontecimentos funestos e problemáticos pelas sociedades, em decorrência tanto das inquietações quanto das mudanças que ocasionavam no nível biológico e social do indivíduo doente. E partindo do pressuposto de que o sujeito em questão faz parte de um processo histórico definido. A enfermidade, pode ser concebida enquanto uma ocasião oportuna, para a compreensão de inúmeras questões, a exemplo da própria imagem que a sociedade dispõe acerca de si (REVEL; PETER, 1976).

Por essa razão, ainda que os tratados médicos escritos no decorrer do Oitocentos, abordem o corpo do indivíduo doente, seu objetivo principal eram as medidas preventivas. As quais, estavam atreladas comumente com a modificação do espaço urbano. Todavia, ainda que não haja uma ruptura definitiva em relação à medicina setecentista, diversas mudanças são visíveis a partir do século XIX. O foco dos trabalhos sofreu uma ampliação do corpo do indivíduo para a coletividade, ao passo em que inúmeras teorias médicas estrangeiras foram introduzidas no Brasil. Do mesmo modo, se presencia um maior reconhecimento dos agentes da medicina popular e a valorização da flora local. Contexto igualmente assinalado, pela instituição de uma série de medidas em prol do acréscimo do número de profissionais habilitados, cuja finalidade era atender a grande demanda populacional do período.

O universo da literatura médica sofre, no Oitocentos, um processo de ampliação e a sua ênfase recairá sobre a população de modo geral, pensada em termos mais abrangentes e aglomerada nos centros urbanos. A precariedade da vida material, assinalada pela escassez de cirurgiões, médicos, produtos farmacêuticos e o sincretismo da população, estão entre as razões que perpassam a evolução de uma arte médica tão peculiar como a brasileira. E responsáveis, sobretudo, pela concepção de uma medicina com múltiplas faces e afeita ao mundo da magia. Tendo como mecanismo de identificação das causas das enfermidades, a associação entre os níveis mágico, religioso e empírico.

A medicina oitocentista, embora não tenha se desvinculado completamente dos elementos mágicos e religiosos, a que esteve relacionada até fins do século anterior, permanecia em processo de mudança. Conforme aponta Jósa Magalhães:

> (...) não foi senão quando o homem entrou a munir-se de espírito critico e pôde perceber que a cura das doenças se fazia por processos naturais, que a medicina começou a tomar feição de ciência baseada no crivo da observação e no espírito da pesquisa. Nem por isso, porém, a medicina primitiva deixou de existir com todas as suas nuanças. Nos dias que correm, quando a medicina científica surpreende o mundo com suas conquistas, ao lado dela, em que pese à eminência do seu progresso e à clarificação dos espíritos, não cessa de prosperar a medicina popular (MAGALHÃES, 1966, p. 50).

Desta forma, se operaram transformações, mas não extinções, uma vez que tanto o indivíduo que exerce a medicina quanto o que produz conhecimento na área são homens de seus respectivos tempos. E quando formados em espaços acadêmicos da ciência, são contemporâneos aos curandeiros, aos raizeiros, aos boticários e aos denominados práticos da medicina. O século XIX demonstra, portanto, uma crença por parte da população na capacidade de cura dos práticos. E não se trata unicamente de ressaltar e propalar conhecimentos científicos, que permitem e amparam a intervenção para cuidar do corpo enfermo. Mas, sobretudo, considerar o envolvimento da população em seus diversos aspectos culturais e sociais, com a anuência e a propagação das ideias na área.

Nos primórdios do Oitocentos, com a chegada da corte portuguesa ao Brasil, a América Portuguesa passou a ocupar um lugar fulcral no império. Episódio que denota um simbolismo em proveito de um novo período da ciência no país. Assinalado por inúmeras mudanças no campo da medicina, a exemplo da abertura do pensamento científico que, gradualmente, proveu o afastamento da medicina no tocante às práticas populares de cura. Tal como aponta Maria Wissenbach:

> Bafejados pelos ares do Iluminismo, seus autores iam aderindo de forma crescente aos novos apelos da ciência e deixando cada vez mais de lado as explicações sobrenaturais para a causa das doenças, a "velha" teoria dos humores e os remédios de segredos, antes presentes em muito deles (WISSENBACH, 2009, p. 289, aspas do original).

Além do mais, as mudanças ocorridas na medicina europeia durante o século XVIII, foram estendidas ao Brasil, particularmente, a partir de 1808. Quando os médicos que acompanharam a transferência da Família Real, cooperaram para iniciar a institucionalização de seu campo de conhecimento no país. Dentre os quais, dois merecem destaque: o Dr. Manoel

Vieira da Silva[6] e o Dr. Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto[7], responsáveis pelos primeiros relatórios acerca das condições sanitárias do Rio de Janeiro. Os quais foram indispensáveis para prover a (re)formulação do saber médico, através da ampliação do seu espaço de competências. E a sua inserção na sociedade sob as bases de um conhecimento científico, colaborou para a criação das instituições de pesquisa e divulgação de conhecimento.

Ponto primordial para a criação da Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica de Salvador e do Rio de Janeiro[8], em benefício da conservação e

[6] "O Dr. Manoel Vieira da Silva publicou pela Imprensa Régia, em 1808, *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da cidade do Rio de Janeiro*, tratando das causas da insalubridade, da estagnação das águas, da direção e largura das ruas, das inundações junto às igrejas, do transito de boiadas na cidade em direção aos matadouros e currais, do transporte de carne das cidades e a falta de asseio nos matadouros" (BUENO, 2012, p. 200, aspas do original).

[7] "Domingos Peixoto, nasceu na Província de Pernambuco em 14 de agosto de 1790. Era filho de Luiz Ribeiro Peixoto Guimarães e de Josefa Maria da Conceição Peixoto. Casou-se com Francisca Cândida da Nóbrega Peixoto. Tornou-se doutor em medicina pela Universidade de Paris no ano de 1831. Dois anos depois, atuou como Diretor da Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Era médico da Imperial Câmara e Mor do Império e membro correspondente da Academia de Paris. Assistiu ao nascimento do Imperador D. Pedro II e de suas Augustas irmãs, como parteiro. Faleceu no Rio de Janeiro em 29 de abril de 1846" (SOUSA, 1972, p. 6).

[8] "Em 18 de fevereiro de 1808, foi criada, por decisão régia, a Escola de Cirurgia em Salvador, e, em 2 de abril de 1808, por um decreto, estabeleceu-se a primeira cadeira da Escola Anatomica, Cirúrgica e

saúde dos povos. A constituição destas, perpassa o propósito de que houvesse professores capacitados e especialistas, que ao vincular a ciência médica aos conhecimentos práticos de cirurgia, estivessem aptos para atender os habitantes do Brasil (SOARES, 2017). Episódio que denota, que a medicina oitocentista é assinalada por um avanço no processo de legitimação social. O qual se processou, mediante o estabelecimento das instituições de ensino superior e a consequente ampliação do seu espaço de competências. De modo, a apresentar proposições para o aprofundamento e a disseminação do saber médico.

Os estabelecimentos destas instituições retrataram, portanto, o término de inúmeras restrições impostas pela Coroa, sobretudo, à medida em que viabilizaram a formação de médicos no Brasil, transferindo para as mãos destes o exercício da medicina. Ainda assim, a década de 1870 é assinada como um período de inflexão no contato entre o grupo médico e a alta burocracia imperial. Particularmente, em relação ao advento de uma representação contemporânea: "(...) sobre os fundamentos do saber médico, expressa pela noção de medicina experimental, pôs fim à fase de maior dissensão entre os esculápios, que caracterizara as décadas anteriores, dificultando as estratégias de profissionalização" (EDLER, 1992, p. 66).

Em linhas gerais, o conceito de elite médica almejou delinear as ações das lideranças corporativas, que lutavam para reavaliar os espaços institucionais e, por conseguinte, se instituírem como defensores das distintas propensões corporativas. Ensejo oportuno, para que o referido conceito angariasse relevância na construção das

Médica do Rio de Janeiro. Esta foi transformada em Academia Médico-Cirúrgica em 1º de abril de 1813, enquanto a escola baiana o foi em 29 de dezembro de 1815. Ambas passaram por mudanças com a lei de 3 de outubro de 1832, que lhes conferiu a designação e a organização da Faculdade de Medicina" (PIMENTA, 2012, p. 53).

representações da medicina como atividade autônoma, liberal e portadora de valores meritocráticos, consolidados por uma ética de serviço. Ocasionando, desta forma, diversos conflitos com a burocracia imperial, a exemplo da imprensa médica, que na década de 1870, se converteu no principal instrumento de propaganda e persuasão política dos grupos reformistas.

Imbuir os médicos brasileiros dos estudos lançados em todas as partes do Velho Mundo, contribuiu para impelir a atualização do debate científico em torno das pesquisas direcionadas para o estudo da nosologia e terapêutica brasileira. As quais foram concebidas como o espaço privilegiado de difusão de novas ideias. E do mesmo modo, um campo de confronto e negociação político-epistemológica entre os grupos que defendiam princípios científicos antagônicos (EDLER, 1992).

A elite médica que atuou no Brasil oitocentista, juntamente com a reformulação do seu saber, se dedicou em apresentar meios capazes de alterar a situação sanitária brasileira. E com este propósito, defendeu a institucionalização da medicina, seja em proveito de seus interesses ou para combater os fatores que comprometiam a saúde da população de modo geral. Por essa razão, se ocupou das medidas que poderiam ocasionar a transformação de costumes em relação às cidades e seus habitantes.

E com esta pretensão, buscou legitimar suas propostas fazendo uso da ideia de progresso como ferramenta intelectual de interpretação do mundo, respaldada na primazia da ciência e da técnica. Como forma de evidenciar o uso destas enquanto mecanismos de intervenção no universo para a solução dos problemas da vida cotidiana, dentre os quais, o da saúde pública. Assim, a concepção de saúde atrelada ao progresso fez com que os Estados, no decurso dos séculos XVIII e XIX,

detivessem uma maior preocupação com a qualidade dos serviços médicos prestados.

Além disso, sob a influência da Ilustração, houve um esforço para oportunizar a renovação do ensino médico e ampliar o controle sobre os terapeutas populares[9]. Em Portugal, no ano de 1782 foi criado o Protomedicato[10], órgão cuja finalidade era tentar conter o: "(...) pernicioso abuso e a extrema facilidade, com que muitas pessoas faltas de princípio, e conhecimentos necessários, se animam a exercitar a faculdade de medicina e a arte de cirurgia" (MIRANDA, 2017, p. 328). Com a transferência da Corte portuguesa, o respectivo órgão foi igualmente instituído no Brasil pela Fisicatura-mor. E com a mesma finalidade do anterior perdurou até 1828, momento em que suas atribuições foram incorporadas pelas Câmaras Municipais.

Por toda a Colônia não era comum a presença de profissionais médicos e cirurgiões com formação universitária. Circunstância que estimulou a Coroa portuguesa, consentir quaisquer indivíduos a prestar serviços de saúde, sob a condição de que fosse efetuado o pagamento de uma taxa. Para posteriormente, serem examinados por uma comissão competente, ocasião em que receberiam, caso fossem aprovados, a anuência para exercer a medicina prática na região (EUGÊNIO, 2008).

---

[9] A categoria terapeutas populares é empregada com "(...) o intuito de abarcar a diversidade de indivíduos que prestavam assistência à saúde a quem precisasse, utilizando saberes que não haviam sido adquiridos academicamente. Em geral, pertenciam as camadas sociais mais baixas" (PIMENTA, 2012, p. 53).

[10] "(...) órgão criado em 1782, cujos principais objetivos relacionavam-se com a legislação da prática médica e com a perseguição ao curandeirismo, tentou, em vão, estender suas redes de poder para o Brasil. A partir da sua criação, intensificou-se a presença de juízes comissários de medicina e cirurgia que vinham para cá com a finalidade de tornar mais severo o sistema de fiscalização da arte curativa. Visando impedir que a saúde dos povos se entregasse aos cuidados de pessoas despreparadas, a Junta de Protomedicato ordenava a prisão daquelas que não possuíssem os requisitos exigidos para tal. Diante disso, a situação dos colonos tornou-se bem mais complexa, pois, além da dificuldade de acesso aos profissionais habilitados (...) viram-se impedidos de recorrer à assistência informal" (RIBEIRO, 1997, p. 42).

Assim, os denominados terapeutas populares passaram a vislumbrar na América portuguesa possíveis formas de ascensão social e econômica, colocação que dificilmente conseguiriam alcançar na metrópole. Todavia, o sucesso angariado pela medicina popular não se deve exclusivamente a fragilidade do sistema de saúde, mas, sobretudo, a deficiência da assistência médica prestada na colônia portuguesa. Que, por sua vez, conferiu um papel primordial aos indivíduos que exerciam as artes de curar.

Por essa razão, os agentes de cura se tornaram figuras corriqueiras no decurso do Oitocentos. E perduraram durante todo o período em que a medicina esteve sob a influência da teoria dos humores, formulada por Hipócrates ainda na Antiguidade. Contudo, ainda era possível encontrá-los no Brasil no século XX, a exemplo do ocorrido em Belo Horizonte onde: "(...) o sr. Moura, proprietário de uma barbearia, sangrava seus clientes ou alugava sanguessugas para médicos que ainda se apoiavam nesse método terapêutico" (FIGUEIREDO, 1997, p. 131).

Essa conjuntura, somente foi gradualmente modificada com a promulgação de leis, no final do século XIX, que tornavam crime o exercício médico sem habilitação. Ainda assim, inúmeros casos eram relatados no interior brasileiro, onde a fiscalização dificilmente conseguia chegar. Em copiosas regiões, o descaso das Câmaras Municipais era tamanho em relação a esse problema, que até os charlatães atuavam livremente, a exemplo do município de Rio de Pardo, em Minas Gerais que: (...) um homem estupido e sem luzes de estudos e prática alguma de medicina e nem cirurgia vivia enganando o povo intitulando-se doutor, fazendo receita a dez mil réis cada uma, e usando uma botica sem ser boticário (APM, *Relatório de saúde publica*, cx 2, 1870, p. 10).

Do mesmo modo, a criação das escolas médico-cirúrgicas e a emigração de profissionais estrangeiros ao país. Instigou, uma expansão significativa de médicos nas cidades, os quais se demonstraram cada vez mais intolerantes com a prestação de serviços terapêuticos pelos práticos. Todavia, ainda que a elite médica tenha instigado, durante o Oitocentos, uma verdadeira perseguição contra os agentes de cura. Os serviços por eles prestados, tiveram ampla aceitação, sobretudo, onde havia uma crônica ausência de médicos:

> Se a falta de médicos na maioria das localidades brasileiras explica o porquê da popularidade dos curandeiros, não se pode atribuir somente a ela a ampla aceitação deles. Pois, mesmo nas capitais onde estavam sediadas as duas faculdades de medicina do país, eles também eram muito comuns por pelo menos um motivo: combinavam o uso de ervas e raízes com orações e outros elementos da cultura religiosa (EUGÊNIO, 2008, p. 157).

Assim, mesmo com a vigilância, já não era possível privar o exercício dos práticos no tocante ao atendimento à pobreza desvalida que deles se valem. Por essa razão, a elite médica se dedicou em persuadir o Estado para tornar crime a prestação dos serviços médicos por leigos, bem como criar leis mais rigorosas contra os charlatões. E com este objetivo, alegaram que estes indivíduos colocavam em risco a vida da população. À medida em que, denota o empenho da elite médica oitocentista em proveito dos seus interesses corporativos. Sendo que, tal postura foi de elementar importância para transformar a saúde da população brasileira em assunto de mérito público, aproximando a ciência médica do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste percurso, percebemos que a batalha para manter a saúde e prolongar a vida é o grande anseio do homem na sucessão dos tempos históricos. Por conseguinte, cabe nos questionarmos: "(...) onde estão as febres terças e quartãs de nossos antepassados" (LE GOFF, 1985, p. 7). Provocação que postula o entendimento de que advento das epidemias ocorreu de maneira simultânea com a sociedade. E a doença, por sua vez, foi e continuará a ser um produto social, assim como o desvelo da medicina que batalha contra ela (PORTER, 2004).

O adoecer e morrer não se reduzem, portanto, aos fenômenos empíricos e orgânicos, pois a sua significação transpassa a perspectiva biológica. E granjeia o imaginário social, o conhecimento científico e as estratégias institucionais (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2004). Do mesmo modo, a História da Saúde e das Doenças, ao atuar enquanto sustentáculo das manifestações da sociedade se coloca como um dos caminhos possíveis para a sua compreensão. Essas manifestações, por sua vez, produzem: "(...) à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos" (NASCIMENTO; SILVEIRA, 2004, p. 29).

Reiteramos, nesse sentido, que a incursão historiográfica acerca da medicina e das práticas médicas no Oitocentos, representa, na realidade, uma forma de (re)construir o cenário nosológico de nosso país. Além disso, esta investigação oportuniza a compreensão de importantes fragmentos do passado brasileiro, tão caros ao campo de estudos da História da Saúde e das Doenças.

Esperamos, portanto, que esta inquirição contribua para novas pesquisas e reflexões acerca do cenário nosológico brasileiro oitocentista. Com efeito, trazer esse passado à luz das discussões

contemporâneas significa, não somente a incorporação de novas fontes e abordagens, mas, sobretudo, o preenchimento de lacunas históricas que corroboram para interpelar visões tradicionais da História.

FONTES

APM, **Correspondências das secretarias de governo**, SG 526, 1869, p. 40.

APM, **Relatório de saúde publica**, cx 2, 1870, p. 10.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar: o juramento e outros textos**. São Paulo: Landy, 2002, p, 130- 131.

BIBLIOGRAFIA

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARIÈS, Philippe. **O homem perante a morte I**. Portugal: Editora Europa América, 1988.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Doenças como construções: os exemplos da Febre Amarela e do Calazar. *In:* FRANCO, Sebastião Pimentel, SILVEIRA, Anny Jacqueline, NASCIMENTO, Dilene Raimundo. (Org.). **Uma história brasileira das doenças**, 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço editora, 2015, v. 5, p. 11- 62.

BRAUDEL, Fernand. **Civilização material, economia e capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

BUENO, Beatriz Piccolotto Siqueira. As ciências e a construção do território do Brasil. *In*: KURY, Lorelai; GESTEIRA, Heloisa. (Org.). **Ensaios de História das Ciências no Brasil das Luzes à nação independente**. 1ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2012, p. 195- 206.

CARVALHO, Diana Maul de. História das doenças e epidemiologia - encontros e desencontros. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel, SILVEIRA, Anny Jacqueline, NASCIMENTO, Dilene Raimundo (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. 1 ed. Belo Horizonte: Fino Traço Editora Ltda., 2016, v. 6, p. 23-52.

CORBIN, Alain. **Saberes e odores:** o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

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

EDLER, Flávio Coelho. **As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884**. Dissertação de mestrado, FFLCH-USP, Departamento de Pósgraduação em História, São Paulo, 1992.

EUGÊNIO, Alisson. **Reforma dos costumes:** elite médica, progresso e o combate às más condições de saúde no Brasil do século XIX, Tese de (Doutorado em História Econômica) USP, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar e seus agentes no século XIX na Província de Minas Gerais**. São Paulo. Tese de Doutorado em Sociologia, USP, São Paulo, 1997.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann; ANZAI, Leny Caselli. **Dossiê História da Saúde e das Doenças - protagonistas e instituições**. Cuiabá, MT: UFMT, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

LADURIE, Emanuel Le Roy. ***Histoire du climat depuis de An Mil***. Paris: Flamarion, 1967.

LE GOFF, Jacques. **A doença tem história**. Lisboa: Terramar, 1985.

MAGALHÃES, Jósa. **Medicina Folclórica**. Ceará: Imprensa Universitária do Ceará, 1966.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A Arte de Curar nos Tempos da Colônia:** Limites e Espaços da Cura. 3ª. ed. RECIFE: Editora Universitária, 2017.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. *In*: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul de. (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. v. 01, Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 13-30.

PIMENTA, Tania Salgado. As artes de curar e a Fisicatura-Mor na época de D. João VI. *In*: KURY, Lorelai.; GESTEIRA, Heloisa (Org.). **Ensaios de História das Ciências no Brasil: das Luzes à nação independente**. 1.ed. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2012, p. 53-64.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**. Uma breve história da medicina. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2004.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. *In*: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre. (Org.). **História:** novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

REZENDE, Fernanda Soares. **Médicos estrangeiros em Goiás no século XIX:** Johann Emmanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

RIBEIRO, Márcia Moisés. **A ciência dos trópicos:** A arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SOURNIA, Jean-Charles. **História da medicina**. Tradução de Jorge Domingues Nogueira. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

SOUSA, Armando Tavares. **Curso de História da Medicina** – das origens aos fins do século XVI. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.

SOUSA, Octávio Tarquínio. **A Vida de D. Pedro I** (História dos Fundadores do Império). Coleção Documentos Brasileiros, nº 71. Rio de Janeiro: José Olympio, 1972.

WISSENBACH, Maria Cristina Cortez. Cirurgiões e mercadores nas dinâmicas do comércio atlântico de escravos (séculos XVIII e XIX). *In*: SOUZA, Laura de Mello e; FURTADO, Junia Ferreira; BICALHO, Maria Fernanda. (Orgs.). ***O governo dos povos***. 1. ed. São Paulo: Alameda, 2009, v. 1, p. 281-300.

6

A DESINFECÇÃO NO BRASIL: ESBOÇO PRELIMINAR DE UMA TRAJETÓRIA (1808-1909)

Sergio De Simone

INTRODUÇÃO

> As agoas estagnadas adquirirão pelas continuadas observações de todos os tempos, o principal lugar entre as causas de insalubridade em qualquer local; he logo para lastimar que o homem observador entrando nesta Cidade, a descoberta por todos os lados cercadas de lugares pantanosos; nos sabemos que ali estão em digestão, e dissolução substancias animaes, e vegetaes, as quaes, na presença dos grandes calores; entrando em putrefação, dão origem a pestiferos gazes, que devem levar a todos os viventes os preliminares da morte, já pela sua acção imediata na periferia do corpo, e continuação das suas membranas, já pela entrada nos órgãos da respiração.
>
> *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da Cidade do Rio de Janeiro.* [1]
>
> Manoel Vieira da Silva (1808, p. 6-10-11)

O presente artigo é extrato do prólogo da dissertação de mestrado em curso[2]. Nele, procuramos entender como se davam as práticas da desinfecção no Brasil no período que antecede a República Velha; intervalo que precede o recorte temporal que delimita aquele trabalho.

Assim, buscamos esboçar o percurso da implantação, evolução e sistematização dos serviços de desinfecção pública no país a partir da

[1] Texto de pioneira obra sobre higiene publicada no Brasil.

[2] DE SIMONE, Sergio. **Desinfectorio Central do Bom Retiro**: incursões das ciências médicas sobre o mundo da arquitetura e do urbanismo (1891-1926). Dissertação em andamento.

chegada da corte portuguesa ao Brasil, em 1808, até a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, em 1903, no Rio de Janeiro. Nesse objetivo, nós nos baseamos no relevante referencial *Os serviços de saúde pública no Brasil*, de autoria dos doutores Plácido Barbosa[3]e Cassio Barbosa de Rezende[4], publicado em 1909 – como principal fonte de informação sobre o assunto reunido em uma única publicação.

Como prática metodológica para este esboço, adotamos pinçar de seu conteúdo extratos de legislação do período e trechos das análises e comentários dos autores. Nessa triagem, buscamos inserir outros autores, contemporâneos, para cotejar e complementar informações anotadas por Barbosa e Rezende. Além disso, como principal foco, procuramos expor em quais circunstâncias e quando se deram as primeiras ações de desinfecção até seu estágio no período em que foi constituído o Desinfectorio Central do Rio de Janeiro.

A obra em referência trata de largo compêndio, em que se transcreve, analisa e registra os contextos de toda a legislação sanitária brasileira daquele período, no qual o pais sofreu grandes transformações a partir dos estertores de seu estágio colônia, condição

[3] [José] Plácido Barbosa da Silva (1871-1938) formou-se em medicina no Rio de Janeiro. Foi tisiólogo e sanitarista. Especializado em tuberculose, publicou diversos artigos sobre o tema e chefiou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública (1920-1929). Fonte: ALMEIDA, Marta de. A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. **História da Ciência e Saúde Manguinhos**, v. 18, n.2, jun. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/6RjKjMgdzfCwSqd5vhKXfRM/?lang=pt. Acesso em: 28 abr. 2022.

[4] Cassio Barbosa de Rezende (1879-1971) formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (atual FM-UFRJ) em 1903. Dedicou-se à homeopatia a partir de 1930. No início de carreira, assumiu o cargo de "medico demographista" na Diretoria Geral de Saúde Pública. Fonte: O Paiz (RJ), edição de 31/12/1909. Acervo: Biblioteca Nacional Digital Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=178691_03&pesq=cassio%20barbosa%20de%20resende&pasta=ano%20190&hf=memoria.bn.br&pagfis=22164. Acesso em: 3 maio 2022. Para Homeopatia ver: **Revista Homeopatia Brasileira** (Homeopathic Journal) Um pouco de História: Cassio Barbosa de Resende, v. 128, n. 508, 1987; e CORRÊA, A. D. *et al*. Similia similibus curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 13-31, jan./mar. 2006.

de Reino Unido a Portugal, avançou sobre o Primeiro e o Segundo Império e prosseguiu pelas décadas iniciais do regime republicano – etapa em que se firmaram e se estabeleceram métodos de desinfecção, então considerados científicos e modernos.

Contudo, é certo que este esboço é incompleto em virtude da quase totalidade das referências ali disponíveis tinham por objetivo aludir a transcrições de ações e determinações legais incidentes ao Rio de Janeiro – capital do Reino Unido e do Império do Brasil –, porém extensivas às demais capitais e regiões do país. Nesse sentido, tomaram-se aquelas sucessivas condições do Rio de Janeiro como amostra das demais capitais do país no que tange às condições político–administrativas e urbanas. Contudo, para que se pudesse completar esse quadro, incluindo todas as províncias brasileiras, seria necessário ampliar demasiadamente esta pesquisa, que se entende por preliminar;

"E HAVENDO PESTE QUE (O DEUS NÃO PERMITA)" [5]... OU, O PORTO COMO PORTA DE ENTRADA

> O excremento, a lama, a vasa e o cadáver suscitam o desespero. A ansiedade que escorre do cimo da pirâmide social reanima a intolerância para conter o fedor. É ao olfato que cabe a destruição da confusão do pútrido e a detenção do miasma, a fim de exorcisar a ameaça nauseabunda.
>
> *Saberes e odores, de Alain Corbim*[6].

Podemos afirmar que a estrutura de estado que atualmente entendemos por serviços de saúde pública, no Brasil, começou a ser esboçada a partir da chegada da família imperial portuguesa ao Brasil (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 1). Junto a essa comitiva, vieram

[5] Artigo XXI do Regimento Régio de 22 de janeiro de 1810 (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 10).

[6] CORBIM, Alain. **Saberes e odores**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987 p. 291-292.

inúmeros dos mais categorizados médicos do Reino, fato que evidenciava o interesse da casa real pela medicina e seus desdobramentos em relação aos cuidados prioritários com os membros da corte que a integravam.

Nos primeiros meses de 1808, o príncipe D. João organizou a estrutura administrativa, clínica e fiscalizadora desse preliminar sistema de saúde em território brasileiro. Concomitantemente, nomeou as primeiras autoridades sanitárias: o cirurgião-mor dos Exércitos do Reino (médico e primeiro-cirurgião da Casa Real), o Dr. José Correia Picanço[7]; e o physico-mor do Reino, o dr. Manoel Vieira da Silva (médico e primeiro-cirurgião da Real Câmara).[8] A conjunção desses dois cargos constituiu-se na pioneira Inspetoria Geral de Saúde Pública.

Em seguida, foram nomeados os comissários e delegados das capitanias (províncias do Império) que foram encarregados de superintender o ensino e exercício da medicina. Ao cirurgião-mor dos exércitos e aos seus subordinados cabia supervisionarem as práticas "da cirurgia, sangradores, parteiras, dentistas, aos que se ocupavam de

[7] Pernambucano de nascimento, Correia Picanço (1745-1824) retornou ao Brasil com a família real em 1808. Segundo a seção Memória da Administração Pública Brasileira – Mapa, do Arquivo Nacional, Picanço, também Barão de Goiana, licenciou-se em cirurgia na Escola Cirúrgica do Hospital São José (Lisboa); em seguida, obteve os graus de *Officier de Santè* e de doutor em medicina pela Universidade de Montpellier, na França (1768). Ingressou na Universidade de Coimbra como lente da cadeira de Anatomia (1772). É considerado responsável pela implantação do ensino de anatomia e cirurgia no Brasil, na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808. Disponível em: http://mapa.an.gov.br/index.php/publicacoes/70-assuntos/producao/publicacoes-2/biografias/412-jose-correia-picanco-barao-de-goiana. Acesso em: 6 abr. 2022.

[8] Manoel Vieira da Silva Borges e Abreu (1753-1826), Barão de Alvaezer (atual Avaiázere, município português) formou-se médico na Universidade de Coimbra. Veio para o Brasil com a família real, em 1808. Arquivo Nacional, Memória da Administração Pública Brasileira – Mapa. Disponível em: http://mapa.an.gov.br/index.php/publicacoes2/70-biografias/440-manoel-vieira-da-silva-borges-e-abreu-barao-de-alvaiazere. Acesso em: 6 abr. 2022.

aplicar bichas e ventosas[9], aos que locavam ossos deslocados (algebristas), aos hospitais, médicos e serviços médicos militares" (BARBOSA; REZENDE, p. 2). No que concernia ao physico-mor do Reino e seus delegados nas capitanias, estavam submetidos "tudo o que se referia ao ensino e exercício da medicina, [...], ao exercício de pharmacia, a boticários, droguistas, curandeiros, a cirurgiões que tratassem de moléstias internas, **à prophylaxia das moléstias epidêmicas, ao saneamento das cidades**. (BARBOSA. REZENDE, p. 2, grifo nosso).

Assim, no que se refere às ações de desinfecção no Brasil, vamos aqui procurar entender como se deu a gênese dessas práticas e seus desdobramentos a partir da instalação dos serviços de saúde pública.

Em 22 de janeiro de 1810, foi aprovado o primeiro regimento brasileiro organizado pelo physico-mor[10], o Dr. Vieira da Silva, cujo texto foi assim referendado pelo titular da Coroa portuguesa:

> Eu o Principe Regente faço saber aos que este Alvará de regimento com força de lei virem, que havendo tomado em consideração quanto cumpria ao bem geral, e á felicidade particular dos meus fieis vassalos a conservação da saúde pública, e ao zelar que ella não se estrague por contagio comunicado por embarcações, passageiros e mercadorias, que entrem neste porto e nos demais deste Estado, contaminados de peste, e de moléstias contagiosas, [...] que se determine a jurisdição do Provedor–mor, e das mais pessoas encarregadas desta Repartição, quais são os objetos de sua incumbência, e as maneiras com que se devem por em pratica as

[9] Bichas, assim se denominavam à época as sanguessugas, vermes anelídeos e hematófagos providos de ventosas, muito utilizados em terapêutica médica do Brasil oitocentista, período em que ainda persistiam práticas rudimentares no exercício da medicina.

[10] O Regimento foi criado a partir do Decreto de 28 de julho de 1809, que criou o cargo de "Provedor-mor da Saúde da Côrte e do Estado do Brazil" e que, ao mesmo tempo, encarregou o physico-mor ("encarregando-o de formar um novo Regimento") a estabelecer o Regimento do Provimento da Saúde (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 6-7).

> providencias necessárias para conseguir-se o fim útil de conservar-se ilesa de contagio, moléstias epidêmicas e peste, a saúde publica: tendo ouvido o Provedor-mor da saúde, e de outras pessoas doutas, e mui zelosas do bem do meu Real serviço; hei por bem determinar o seguinte:
> I. [...] para que não comuniquem enfermidades contagiosas das suas embarcações, equipagens e mercadorias, deverá construir-se um Lazareto, onde façam quarentena, quando houver suspeita, ou certeza de infecção.

Naquele momento, a maior inquietação da autoridade monárquica em relação ao contágio interpessoal recaía sobre a "importação"[11] de escravizados negros. Tratava-se, evidentemente, de migrantes forçados a deixar seus territórios de origem. Posteriormente, essa preocupação e cuidados seriam transferidos aos imigrantes europeus que vieram substituir os braços dos trabalhadores escravizados, especialmente na lida com as lavouras de monocultura, como as do café, açúcar, cacau, fumo, algodão, entre outras. Nesse caso, destacam-se os seguintes artigos do Regimento de 1810:

> V. Os navios que trouxerem carregação de escravos, esperarão no ancoradouro do Poço, ou no da Boa-viagem, até que se faça a visita da Saúde pelo Guarda-Mór e mais officiaes; e feita ella, irão ancorar, e ter quarentena no ancoradouro na ilha de Jesus.
> VI. No acto da visita se determinarão os dias que cada um desses navios deve ter de quarentena, conforme as moléstias que trouxer, mortandade que tenha havido, e mais circunstancias [...] em que os negros estejam desembarcados, e em terra na referida ilha para ahi serem tratados, fazendo-os lavar, vestir de roupas novas, e sustentar de alimentos frescos; depois do que se lhes dará o bilhete da Saúde e poderão entrar na Cidade para se exporem á venda{...]. (BARBOSA, REZENDE, 1909, p. 7).

[11] Benchimol (2021, p 38) emprega o termo importação: "africanos recém-importados pelo tráfico negreiro".

A mencionada Ilha de Jesus (ou Ilha de Bom Jesus[12]), no Rio de Janeiro – atual Ilha do Fundão[13], foi porto de quarentena para escravos aportados no cais da Alfândega, no início do século XIX. Contudo, ao redor de 1810, esse desembarque foi transferido para o cais do Valongo e, próximo a este, foi erguido o Lazareto da Gamboa – abrigo e quarentena dos escravizados acometidos ou suspeitos de contrair doenças infectocontagiosas.

Outra incumbência, tratada em artigo próprio do citado Regimento, e que posteriormente também seria atribuição dos serviços sanitários e de desinfecção, a partir da República, dizia respeito à fiscalização e imposição de obras e dispositivos sobre os locais em que se exerciam determinadas atividades, como matadouros e açougues:

Foi criado também um laboratório químico (Laboratorio Chimico-Pratico), cujo objetivo era, além de manipulação de fórmulas e medicamentos, processar fármacos, produzir resultados de análises e descrições dessas operações.

Contudo, apesar de minuciosa e rigorosa, a pioneira legislação regulamentar, em termos de brasilidade, editada durante a administração do regente, sua eficácia ficou muito aquém do pretendido. A precária estrutura político-administrativa, a centralidade de poder em contraposição aos domínios regionais, a larga e descontínua extensão territorial, os obstáculos naturais, a demora nas comunicações, a adversa complexidade de fiscalização e homogeneização das imposições tornaram quase impraticável a sua aplicabilidade. Some-se a isso a diminuta quantidade de médicos e

[12] Ver: Ramos (2020).

[13] Local em que se assenta o campus da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

práticos na arte da cura que se inseriam em um universo em que proliferavam curandeiros, feiticeiros, sangradores, benzedeiras e boticários, que procuravam atender às demandas de saúde da população fora da regulamentação oficial. Segundo Amaral *et al.* (2013, p. 22):

> A arte de curar era praticada por uma constelação de tipos sociais e raros médicos com formação universitária, adquirida na Europa ou nas faculdades de medicina de Salvador e no Rio de Janeiro, as únicas que o país teve até o século XX. Foram produto das reformas implementadas após a fuga da Corte portuguesa para o Brasil, durante as guerras napoleônicas.

Os cargos de physico-mor e cirurgião-mor, criados durante a vigência do Brasil como reino unido a Portugal, foram absorvidos durante o início do Império e perduraram até 1827. Em 1828, foi sancionado o regulamento que determinava que a inspeção sobre os dispositivos sobre a saúde pública fosse repassada às câmaras municipais. Apesar disso, outros dispositivos seguiram vigentes, especialmente revigorados nos aspectos que se referiam ao controle dos portos, como, por exemplo, a "Instrução" para se evitar a introdução da peste, de 11 de novembro de 1828 (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 26) Em geral, essas deliberações se referiam ao porto do Rio de Janeiro e apontavam para os períodos e locais de quarentenas das embarcações; além de impor as acomodações dos lazaretos para as tripulações, com ênfase sobre os grupos de escravos negros importados.

Em 1832, tais regulamentos foram substituídos pelas posturas das câmaras municipais, como foi o caso do Rio de Janeiro. Os novos dispositivos passaram a se preocupar com a salubridade urbana, até então negligenciada pela legislação. No caso da capital do Império, o poder público determinou cuidados com o esgotamento de terrenos

pantanosos e condução das águas de chuva para evitar seu acúmulo em valas e outras depressões de terreno. Para que se tenha uma ideia de alguns aspectos das condições urbanas da época, e de como estas justificavam as preocupações dos legisladores e gestores públicos, a seguir, reproduzimos termos da Secção I, Título III do Código de Posturas carioca de 1832, conforme transcrito por Barbosa e Rezende (1909, p. 37):

> Artigo 2º. Aquelle que tiver algum terreno, enxuto, próprio ou aforado, deverá tapal-o de modo que nelle não se façam despejos [...].
> Artigo 3º. Os proprietários de prédios urbanos devem dar expedição ás aguas das chuvas de seus quintaes para a superfície das ruas, e não para as valas publicas, que correm cobertas pelo meio delas. [...] Os proprietários de prédios já existentes, que não tiveram o esgoto das aguas na forma dessa, mudarão os canos dentro de um anno, [...].
> Artigo 4º. Todos aquelles por cujos quintaes correm as aguas dos vizinhos para irem ter á rua ou á valla para seu esgoto destinada, não poderão embaraçar [...].
> Artigo 5º. Toda a pessoa que estreitar as valas públicas, fazendo ou edificando obras sobre as mesmas incorrerá em pena [...], e na demolição da obra [...].

Outra precaução referia-se à limpeza urbana, em particular à proibição de animais soltos pelas ruas e com a sujeira provocada por cavalos e muares de carga.

Noções dessa situação encontram-se no relato de Barbosa e Rezende (1909, p. 52), que revela as ruinosas condições sanitárias do Rio de Janeiro ao redor de 1830. Várias praias haviam se transformado em verdadeiros depósitos de lixo. Para que se possa entender a extrema precariedade da limpeza pública e a gravidade da situação higiênica da

capital do Império, a seguir, transcrevemos o relato do vereador Pinto[14], que afirmava que "há nelas um entulho espantoso[...] e é motivo de ficar a cidade alagada em ocasiões de chuvas".

Outro vereador, Costa Guimarães[15], denunciou a situação absurda a que chegara a higiene pública: "Lancemos os olhos, senhores, para essa praia dos Mineiros[16], e vejamos a que ponto tem chegado o desleixo, que os monturos que ali existem já vedam aos moradores dos primeiros andares a vista para o mar". No ano seguinte, a Sociedade de Medicina, em vão, ponderou: "a inhumação dos irracionais, cujos cadáveres lançados todos os dias ás praias e espalhados pelas ruas da nossa capital, não só attestam desagradavelmente um indesculpável atraso de policia, como, o que mais atendível é, tornam-se outros tantos fócos de emanações perigosas". Nada foi feito por décadas. Prova disso, decorridos 65 anos, o semanário de sátira política editada e ilustrada por Angelo Agostini registrava ainda cenas de animais deixados mortos nas areias das praias do Rio de Janeiro.

[14] Não foi possível identificar a personagem.

[15] Parece tratar-se de Francisco Luiz da Costa Guimarães, eleito vereador na constituição da 1ª câmara municipal carioca (1830). Cf. *site* Paço da Câmara Municipal, por Moreira de Azevedo. Fonte: AZEVEDO, Manuel Duarte Moreira de. **O Rio de Janeiro**: sua história, monumentos, homens notáveis, usos e curiosidades. Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1877. v. 2 (segunda edição do "Pequeno Panorama" 1861-67. v. 5). Disponível em: https://reficio.cloud/governo/moreira-azevedo-paco-da-camara-municipal/. Acesso em: 12 abr. 2022.

[16] Praia dos Mineiros – Antiga Praia de Braz de Pina – assim crismada em memória do rico negociante Antônio Braz de Pina, antigo sesmeiro de terras em Irajá e primeiro contratador da pesca da baleia e do azeite extraído desse cetáceo, serviços estes que foram mais tarde monopolizados pela fazenda real. A partir de fins do século XVIII, passou a se chamar Praia dos Mineiros pela preferência que lhe davam os mestres de embarcações utilizadas no transporte de passageiros procedentes não só de Minas Gerais, como também das cargas e dos viajantes que se destinavam às povoações do recôncavo fluminense, que Honório Silvestre e Basílio de Magalhães evocam com seus estudos em *O Jornal*, de 15 de outubro de 1927 (número comemorativo do tricentenário do café).

Figura 1 – Ilustração de Angelo Agostini. D. Quixote – Jornal Ilustrado de Angelo Agostini, Anno 1º, nº 2, Rio de Janeiro, 2 de fevereiro de 1895, p. 5.

Fonte: Biblioteca Digital do Senado Federal. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/507563. Acesso em: 23 maio 2022.

CRESCIMENTO URBANO E EPIDEMIAS

> Que as chuvas aqui são muito pouco frequentes no inverno, chegando a decorrer um mez, sem que ellas apareçam; e por isso sendo o calor suficiente para favorecer as putrefações nas aguas estagnadas, a natureza continua sem perturbação nas suas operações chimicas, e os effeitos delas se espalham pela atmosphéra [...].
>
> *Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da Cidade do Rio de Janeiro.*
> Manoel Vieira da Silva (1808, p. 11).

Apesar disso, a cidade crescia e sua população aumentava em decorrência da multiplicação do fluxo de imigrantes portugueses no decorrer das décadas de 1850 e 1860, da ampliação do número de alforriados e ao curioso fenômeno da expansão da quantidade de cativos que viviam "sobre si"; ou seja, seguiam escravizados, porém mantinham-se à suas próprias expensas e apartados de seus senhores

(CHALHOUB, 2017, p. 30). Entre os imigrantes registrados que aportavam no Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX, cerca de 80% eram portugueses, sem contar com a significativa presença de indivíduos que não se registraram (NUNES, 2000, p. 167 e 176). Esses e outros motivos levaram Engel (1989, p. 46-47) a concluir que a urbe carioca se tornara uma intrincada cidade, "doente"[17] – no dizer dos médicos da Academia e da Faculdade de Medicina – acompanhada por más condições higiênicas, porém, em ampla e franca expansão. Sobre as condições materiais, sociais, culturais e do ponto de vista do saneamento à época, concluiu:

> Fundamentados na antiga teoria dos miasmas, os médicos pintavam um quadro dramático, onde a doença e a morte faziam parte do cotidiano urbano. Ruas estreitas e tortuosas, a presença de morros e elevações dificultavam a renovação do ar, tornando-o pesado e insalubre. A inexistência ou precariedade de um sistema de esgotos fazia indispensável a atividade de "tigres,"[18] transformando as praias em depósitos de detritos. O lixo acumulado nas ruas, as condições precárias do abastecimento de água, os mangues e pântanos, as aglomerações de pessoas em habitações que não ofereciam as menores condições de salubridade – os cortiços, os casebres [...] eram aspectos considerados essenciais na configuração de um ambiente propício ao surgimento e reprodução da doença. As epidemias grassavam pela cidade – febre amarela, cólera, varíola etc. (ENGEL, 1989, p. 46-47)

Em 1850, a praia dos Mineiros é novamente mencionada e apontada como um dos pontos de partida de surto epidêmico de febre amarela que acometeu a capital do Império. Houve indícios de que o estopim dos casos ocorreu pelo contágio da população em contato com marinheiros

[17] O professor Sidney Chalhoub (2017) prefere chamá-la de "Cidade Febril".

[18] Denominação dos escravos encarregados de esvaziar os reservatórios de fezes (ENGEL, *op. cit.*, p. 47).

recém-chegados da Bahia, e se espraiou até atingir a Cidade Nova, nas imediações do atual Largo do Estácio (REGO, 1872, p. 57-58). Assim, as reclamações dos vereadores Pinto e Costa Guimarães surtiram pouco ou nenhum efeito, como apontaram Barbosa e Rezende (*op. cit*., p. 53): [...] "os cadaveres dos animaes continuavam a apodrecer livremente nas praias, ruas e praças, entregue á policia hygienica dos urubus". E seguem os autores a comentar: "Pantanos e brejaes se situavam bem no coração das áreas povoadas; [...] estendia-se um vasto mangue; nas ruas, pelo mao estado das calçadas, ou por ausência delas, as aguas da chuva e servidas estagnavam, até que a evaporação pelo calor solar as fizesse desaparecer." Conforme os conceitos higiênicos à época, essa situação favorecia "a impregnação e o transporte dos miasmas"[19].

Em 1849, por força do então ministro do Império, José Lino Coutinho[20], os serviços, o controle e a administração da saúde pública voltam a ser centralizados com a criação da Commissão Central de Saúde Pública e, dois anos depois, a Junta Central de Hygiene Pública, cuja preocupação era sanear a capital federal da epidemia de febre amarela e promover a vacinação variólica. Em relação às províncias, essas estruturas de governo e de saúde sempre foram e seguiram sendo precárias e desarmônicas, pois havia regiões mais estruturadas e outras cujo funcionamento era muito incerto.

Chamam a atenção às medidas formuladas à época em relação à cidade e ao porto do Rio de Janeiro, em termos de ações profiláticas que

[19] Instrução n. 10, de 14 de fevereiro de 1850 (BARBOSA; REZENDE, op. cit., p. 59).

[20] José Lino Coutinho (1786-1836), soteropolitano de nascimento, formou-se médico na Universidade de Coimbra. Teve intensa atividade política durante o reino unido a Portugal e no primeiro império no Brasil. Exerceu cátedra na Faculdade de Medicna da Bahia e foi diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Fonte: Arquivo Nacional, Memória da Administração Pública Brasileira – Mapa. Disponível em: http://mapa.an.gov.br/index.php/publicacoes2/70-biografias/440-manoel-vieira-da-silva-borges-e-abreu-barao-de-alvaiazere. Acesso em: 12 abr. 2022.

antecederam a configuração de serviços permanentes de desinfecção, como foi o caso de lavagens e fumigações[21] determinadas no Regulamento Sanitário n. 10, de 14 de fevereiro de 1850 (BARBOSA; REZENDE,1909, p. 60):

> 4º. Si apesar dos cuidados de lavagem, arejamento e fumigação algum navio apresentar tantos casos de moléstia, que possa ser julgado foco de infecção, será forçado a sair barra fora, afim de ser descarregado, lavado e fumigado [...].
> 18º. Far-se-hão em todos os aposentos fumigações chloruretadas, e aquele em que tiver permanecido o doente será mais que todos lavado, caiado e fumigado (em relação à casa e aos cômodos que abrigaram cadáveres ou doentes infectados – observação nossa)
> 29º. [...] e os quarteis serão conservados no maior asseio, fazendo-se caiar, lavar e fumigar.
> 30º As cadeias serão alternadamente esvaziadas para serem concertadas no interior, fazendo-se asphaltar o solo, e caial-as, laval-as e fumigal-as repetidas vezes.

Todos esses e demais dispositivos eram inócuos em função da absoluta falta de recursos humanos e financeiros que dispunha o Império. Prova disso eram as condições em que achava a Junta, pois, além de seus cinco membros titulares, havia apenas dois auxiliares: um contínuo e um servente (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 69). Atestam essas circunstâncias as conclusões de estudos mais recentes, como as da

[21] Segundo o Dicionário Houaiss, fumigação tem por sinônimo a palavra desinfecção. Fumigar significa "tratar por meio de vapores e fumaças; provocar inalação do vapor de água fervente à qual se acrescentou substância medicinal". Dicionário Houaiss, disponível em: https://houaiss.uol.com.br/corporativo/apps/uol_www/v6-0/html/index.php#1. Acesso em: 12 abr 2022. O Dicionário Informal acrescenta que o termo fumigado é definido como o objeto ou ambiente "que sofreu ou passou por fumigação, isto é um tipo de controle de pragas através do tratamento químico realizado com compostos químicos ou formulações pesticidas (os chamados fumigantes) voláteis (no estado de vapor ou gás) em um sistema hermético, visando a desinfestação de materiais, objetos e instalações que não possam ser submetidas à outras formas de tratamento". Disponível em: https://www.dicionarioinformal.com.br/fumigada/. Acesso em: 12 abr. 2022.

pesquisadora Elisabeth Delamarque (2011, p. 146), que, ademais, aponta para o desprestígio da autoridade da Junta. Rückert (2021, p. 113) reafirma esse esvaziamento ao asseverar que "algumas propostas (da Junta Central, observação nossa) foram acatadas pelo poder público, outras, permaneceram no plano do discurso ou foram implantadas de forma provisória e emergencial, visando somente atender à urgência do quadro epidêmico". Pimenta *et al.* (2015, p. 164), por seu turno, referem-se às discussões historiográficas a respeito da sua capacidade de ação. Barbosa e Rezende explicitam as múltiplas deficiências no que se refere às condições de atuação da Junta ao defenderem as atuações de José Pereira Rego[22], e de seu antecessor, à frente da presidência Junta Central de Higiene Pública:

> Substituto de Paula Cândido[23], esforçara-se [... em] época em que a ciência médica mal saía daquela penumbra em que a envolviam teorias absurdas e concepções metafísicas, época em que não se conhecia bem a natureza da infecção e nada se sabia sobre o elemento do contágio; **assoberbados por uma infinidade de questões que não poderiam resolver, porque lhes faltava para isso a base necessária, e privados, por outro lado, de todos os recursos materiais de que necessitavam para levar avante muitas das medidas que propuseram ao governo** e, que, executadas, teriam forçosamente melhorado as condições de salubridade do Rio de Janeiro, **quase nada poderiam conseguir** (*apud* CAMPOS, 1968, p.14-15, grifo nosso)

[22] José Pereira Rego (1816-1892), barão de Lavradio, cursou medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1938). Foi membro da Academia Imperial de Medicina (1839). Foi nomeado presidente da Junta Central de Higiene Pública e a chefiou entre 1864 e 1881.Fonte: Academia Nacional de Medicina. Disponível em:https://www.anm.org.br/jose-pereira-rego-barao-do-lavradio/. Acesso em: 4 abr. 2022.

[23] Francisco de Paula Cândido (1805-1864) formou-se médico pela Faculdade de Medicina de Paris - Universidade de Sorbonne (1932). Foi professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1833-1863) e, entre 1833 a 1855, foi membro Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, da Academia Imperial de Medicina e presidente da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Foi o primeiro presidente da Junta Central de Higiene Pública, cujo mandato estendeu-se entre 1850 e 1864. Fonte: Academia Nacional de Medicina. Disponível em: https://www.anm.org.br/francisco-de-paula-candido/. Acesso em: 4 maio 2022.

O regulamento de 1850 seguiu válido até que o plano de reforma de 1876 fosse oficializado em janeiro de 1882. Nele, os legisladores mantiveram tudo o que julgaram válido na antiga regulação e introduziram a criação, nas províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio grande do Sul, da sua respectiva Comissão de Hygiene Pública; nas demais, foram nomeados um inspetor de Hygiene Pública (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 80).

No que se refere à salubridade urbana carioca, entre o final de década de 1850 e meados da seguinte, esta recebeu algumas melhorias, como foram os casos da construção do Canal do Mangue e o pioneiro sistema de esgotamento sanitário completo, no bairro da Glória, constituído por: rede de coletora de esgotos, elevatórias (Casa de Machinas) e estação de tratamento (Casa de Química). Implantado e administrado pela The Rio de Janeiro City Improvements Company Limited (a "City"), que dispunham de modernas estações elevatórias, acionadas por antigas bombas a vapor (DIAS, 2003, p. 119-120). No entanto, foram obras que sofreram interrupções por prolongados períodos. Portanto, as valas deixadas abertas e monturos de terra se constituíram em focos de "infecções" e miasmas, de acordo com os conceitos higiênicos vigentes. Nas observações de José Pereira Rego (1872, p. 207):

> Esta obra, que seria de incontestavel vantagem depois de acabada e em cuja constucção já concluida gastaram-se grandes quantias, ficou interrompida desde 1860 ou 1861, constituindo-se um fóco de infecção terrivel pelo estado de abandono em que jaz, e pelas immundicias que se têm nelle accumulado, infecção que seria muito prejudicial a todos os lugares vizinhos, si os residuos do gaz que para elle se escoam se não encarregassem da desinfecção das matérias putreciveis nelle depositadas.

Nesse caso, apesar de a observação de Pereira Rego apontar para uma espécie de "desinfecção natural", é de se notar que as desinfeções químicas já eram praticadas. Todavia, diferiam[24] das que seriam empregadas de forma metódica e "científica" a partir da constituição dos serviços sanitários organizados pelos governos dos estados integrantes da República Velha.

SURTOS EPIDÊMICOS E A AMPLIAÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS

Nesse meio-tempo, a disseminação da cólera atingiria o Brasil e alcançaria seu período agudo em meados da década de 1850. Entre 1867 e seguinte, emergiria uma quarta pandemia, detectada na urbe carioca (PIMENTA; KODAMA; BARBOSA, 2015, p. 159).

> Na corte, em princípios de 1867, o presidente da Junta Central de Higiene Pública, José Pereira Rego, identificou que o cólera havia chegado num navio vindo do Rio Grande do Sul, onde havia notícia de que a epidemia grassava. Todavia, foi considerada pouco intensa, se comparada com a primeira epidemia de 1855. Apesar de ser oficialmente registrada a "explosão" epidêmica naquele ano, era difícil precisar se de fato a nova invasão começara naquele ano, pois algumas embarcações já haviam chegado nos dois anos anteriores, relatando casos de cólera.

[24] A partir de 1854, a Royal Commission iniciou a prática de adição de cal clorada aos dejetos de esgotos de Londres. O objetivo era amenizar ou eliminar o odor produzido. Antes disso, em 1830, iniciou-se a aplicação de compostos de cloro para oxidação de matérias orgânicas diluídas nas águas (AZEVEDO NETTO, 1984, p. 107). Segundo Tree *et al*., 2003; Deborde; Von Gunten, 2008; Bitton, 2011 "Dentre os desinfetantes, o cloro é o mais utilizado no mundo para tratamento de água e esgoto". De acordo com Snoeyink; Jenkins, 1980; Donnermair; Blatcheley III, 2003; White, 2010, como um "forte oxidante, é empregado também para remoção de odor, cor e oxidação de ferro e manganês nas águas de abastecimento, bem como para remoção de amônia, melhoria na remoção de gordura, controle de bulking (má sedimentação) (TAVARES, 2009, p. 19) em lodos ativados e oxidação de enxofre nas águas residuárias". (apud MEDEIROS; DANIEL, 2016, p. 88).

No entanto, havia dois anos que a cólera fustigava as tropas brasileiras no Oeste de nosso território. "Foi a doença que mais causou vítimas entre os combatentes da Guerra do Paraguai", afirmou Dourado (2011, p. 136-137), em seus estudos sobre doenças e que se alastraram durante o conflito; neles, identificou como prováveis focos de contaminação os soldados provenientes da Bahia, onde a doença se manifestou de forma muito grave e intensa dez anos antes.

Além disso, era de conhecimento médico que a cólera, antes de aportar no Rio de Janeiro, em agosto de 1855, atingiu as diversas províncias do "Império primeiramente no Pará, através de um navio vindo da cidade do Porto, em Portugal, no mês de maio do mesmo ano. Entre agosto de 1855 a junho de 1856" (PIMENTA; KODAMA, BARBOSA, 2015, p. 159). Segundo as autoras, "a mortalidade somente contada na cidade do Rio de Janeiro indicava 4.828 mortos no relato do barão do Lavradio".

Esses eventos colocaram em alerta a comunidade médica da corte. Em 1865, sobre a obra do Dr. José de Goes Sequeira – inspetor de saúde pública e professor da Faculdade de Medicina da Bahia –, publicou-se o artigo denominado "Algumas considerações e conselhos preventivos contra a colera morpus epidêmica" na *Gazeta Médica da Bahia* (n. 5, de 10 de setembro de 1866, p. 59). No opúsculo, o autor alertava para os conselhos sobre preceitos de higiene e medidas preventivas do Dr. Goes Sequeira "contra o mal que *viaja com os homens e com as cousas*" (itálico no original). Percebe-se, então, alguma mudança em relação aos conceitos vigentes de disseminação das doenças por meio de miasmas, ao se suspeitar da possibilidade de transmissão por intermédio do contágio com dejetos contaminados.

Prova disso foi o trabalho publicado logo a seguir, "Influencia nociva das dejeções cholericas: meios que convem empregar para neutralizar ou evitar seus efeitos", de Goes Sequeira (*Gazeta Médica da Bahia*, n. 5 de, 10 de setembro de 1866, p. 64), que aponta para o emprego de produtos químicos farmacêuticos para a desinfecção de latrinas como meio eficaz para deter ou neutralizar a disseminação da cólera; tais como o "chlorureto de sódio", "acido phenico" e "phenato de sódio". Segundo o Dr. Goes Sequeira, a "influência toxica ou nociva" dos dejetos seria conhecida desde as primeiras décadas do século XIX; contudo, foi em 1849 que o médico francês, dr. Pellarin[25] observou os perigos das "emanações' de latrinas, pois estas poderiam "desprender um agente capaz de determinar a cholera, cuja propagação será depois devida á transmissão individual"[26]. Em suma, já havia alguma suposição de que outros elementos poderiam transmitir a doença por intermédio do contato; ou seja, de que as dejeções dos coléricos eram "o vehiculo do veneno da cólera".

No enfrentamento da epidemia da maleita ocorrida entre 1851 e 1853, Goes Sequeira constatava, a partir da experiência do governo da Baviera[27], que "fócos de infecção formavam-se nas casas em que as latrinas eram mal estabelecidas" e "que os factos, a experiência e as indagações demonstram que as dejeções alvinas dos cholericos servem

[25] PELLARIN, Charles: **Le choléra comment il se propage et comment l'éviter, solution trouvée et publiée en 1849, par Charles Pellarin**. Paris: J. B. Baillière et fils, 1873. Disponível em: https://www.digitale-sammlungen.de/en/view/bsb11163665?page=2,3. Acesso em: 23 maio 2022. Charles Pellarin (1804-1883) foi um médico de marinha, francês, socialista utópico, sociólogo, antropólogo e jornalista, e primeiro biógrafo de Charles Fourier. Fonte: Wikipedia. Dipsonível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Charles_Pellarin. Acesso em: 23 mai 2022. Pellarin, Ch. (1804-1883) doutor em medicina (Paris, 1840), cirurgião naval (1824), jornalista e economista, ativista fourierista, foi membro da Sociedade de Antropologia de Paris (1866) (Fonte DataBNF). Disponível em: https://www.persee.fr/authority/82287. Acesso em: 23 maio 2022.

[26] Ibid, p. 65.

[27] Estado que compõe parte do território da atual Alemanha.

de vehiculo aos agentes de transmissão"[28]. Para esses casos, a melhor solução profilática a adotar eram as desinfecções neutralizantes e desinfetantes, em que o doutor Goes Sequeira recomendava o emprego do sulfato de ferro. De acordo com suas análises:

> O sulfato de ferro suspende a putrafacção das matérias animaes e organicas, formando combinações novas e inofensivas para o homem: é sobretudo apoderando-se dos gazes ammoniacaes hydrosulfurados, que são os mais poderosos factores da cholera, que o sulfato de ferro se torna um dos preservativos mais eficazes. (GOES SEQUEIRA, op.cit, p. 66).

Sob esse enfoque, avaliava que, para anular os efeitos dos agentes integrados à matéria orgânica, seriam suficientes a proporção de até 2 kg do produto para cada 100 litros. Para emprego de composições, as quantidades a serem misturadas eram de 25 kg. de sulfato de ferro, 50 kg de terra argilosa, 10 kg de sulfato de cal para cada 2 kg de carvão animal. Outra composição eficaz, segundo sua avaliação, se fixaria na razão de 2 kg de "proto-sulfato de ferro", para 1 kg de cal em pó e igual quantidade de carvão vegetal.

Nós nos detivemos sobre esse artigo para observar soluções empíricas que compunham alguns dos artifícios e estratagemas de desinfecções para a época[29], provavelmente, algo próximo do que foi adotado para "neutralizar" os dejetos e as "águas paradas" no interior das valas abertas para as obras do Canal do Mangue e do sistema de coleta de esgotos da "City", anteriormente citadas.

---

[28] Ibid, p. 65.

[29] De autoria do próprio Goes Sequeira, o artigo "Trabalhos Originaes: hygiene publica" – publicado no número 7, em 10 de outubro do mesmo ano, na Gazeta Médica da Bahia –, a título de orientação a diretores de hospitais e asilos, há uma série de diretrizes detalhadas e de receitas de preparados para desinfecção de roupas, bacias e "ourinóes", latrinas, salas de autópsia, enfermarias, e etc. que nos permite avaliar como eram realizados os variados procedimentos de desinfecção.

Voltando às alterações normativas de 1851 anteriormente mencionadas, estas perduraram por cerca de 30 anos, como vimos. Contudo, no que dizia respeito às desinfecções, em geral, estas foram pouco indicadas e seriam determinadas, caso necessário, após exames e indicações das comissões de higiene pública (Decreto nº. 8387, de 19 de janeiro de 1882) em hotéis, teatros, colégios, quartéis, cortiços e hospitais; ou, ainda, em caso de detecção de enfermo contaminado por moléstia transmissível, isolado em seu próprio lar, e que vier a óbito, a correspondente Comissão de Hygiene Pública "mandará praticar a desinfecção, segundo os processos conhecidos ou as prescripções da Junta Central"[30].

Visto isso, em meados de 1884, novo sobressalto é provocado pelo aparecimento do *cholera-morbus* nas cidades portuárias francesas de Toulon e Marselha. A notícia foi estampada na Gazeta Médica da Bahia, em matéria assinada pelo Dr. J. Remedios Monteiro[31]. Assim, de imediato, a Comissão Sanitária da província da Bahia, composta por autoridades do Serviço Sanitário e da Faculdade de Medicina, tomam medidas profiláticas de higiene do porto e da capital (MONTEIRO, 1884, p. 9-10). Entre essas medidas, constavam a desinfecção de navios, cargas e bagagens, nesse caso "por processos aconselhados pela comissão presidida por Wurtz[32], no Conselho de Hygiene Publica de França, para

[30] Art. 33. Decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882. Fonte: Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8387-19-janeiro-1882-544934-publicacaooriginal-56615-pe.html. Acesso em: 15 abr. 2022.

[31] Joaquim dos Remédios Monteiro (1827-1901) foi médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1851). Em 1875, estabelece-se em Salvador, onde exerceu a função de redator da Gazeta Médica da Bahia (1876). Logo a seguir, transfere-se para Feira de Santana – BA, onde foi seu primeiro intendente, com especial atenção à higiene pública e a melhoramentos urbanos. Fonte: QUEIROZ (1997, p. 125-133).

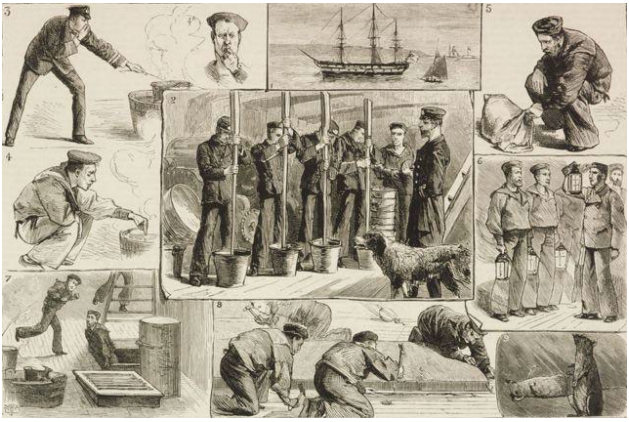
[32] Charles-Adolphe Wurtz (1817-1884), médico e químico francês, foi professor na Faculdade de Medicina de Estrasburgo (1852) e pioneiro a ocupar a cátedra de química orgânica na Sorbonne (1875). Seus prestigiosos trabalhos fizeram de Paris um dos mais importantes centros de educação em química da

o estudo dos processos de desinfecção, isto é, as fumigações de acido sulphuroso, o emprego de solução de chlorureto de zinco, etc."

NOVA REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA PARA A HIGIENE PÚBLICA

Retomando as questões administrativas e de legislação imperial, do ponto de vista operacional e de intendência, foi importante a reforma realizada no sistema de saúde pelo Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886; em que se concedeu maior autonomia aos serviços de saúde e a criação das seguintes repartições dos serviços sanitários, ambas com sede na capital do Império: a Inspetoria Geral de Hygiene, responsável pelo serviço sanitário territorial, e o seu correspondente marítimo, a Inspetoria Geral de Hygiene dos Portos (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 87).

Figura 2: "Antes de la invención del Clayton, la fumigación de los barcos se hacía de forma manual".



Fonte: BBC News (2020).

Europa. Fonte: Britannica. Disponível em: https://www.britannica.com/biography/Charles-Adolphe-Wurtz. Acesso em: 24 maio 2022.

Substituta da Junta Central de Hygiene Pública, a Inspetoria Geral de Hygiene[33] era composta por cinco membros, um deles detinha o cargo de inspetor-geral, acrescidos dos delegados provinciais. Para os serviços da inspetoria, que contava com a assistência dos delegados cariocas para a Corte, havia também o auxílio de "1 medico encarregado da estatistica demógrafo-sanitaria; 4 chimicos para o trabalho de analyses, 2 pharmaceuticos incumbidos da fiscalização das pharmacias, e desinfectadores em número indeterminado". No caso de São Paulo, e de outras quatro províncias[34], foi criado o cargo de inspetor de Higiene, que contava com dois auxiliares, e possuía certa autonomia para propor medidas que julgasse conveniente (Título II, Capítulo I, Artigo 21, Inciso II).

O referido decreto, que estabeleceu a reorganização do serviço sanitário do Império, fundamentalmente procurou exercer maior fiscalização sobre as atividades de farmácia, gêneros alimentícios, serviços de fornecimento de água e coleta de esgotos, latrinas e mictórios públicos; estabelecer práticas de vacinação e revacinação contra a varíola (além da coleta de "lympha vaccinica"), inspecionar as condições higiênicas das edificações urbanas e limpeza pública. Todavia, a maior preocupação dos legisladores recaiu sobre os cuidados com a "higiene no município da corte" (Capítulo III) que mereceu artigos exclusivos e com o controle das embarcações e dos portos.

No que se refere às desinfecções, os delegados de Higiene deveriam gerir os trabalhos dos "desinfectorios parochiaes", além de "presidir as

[33] O decreto instituiu um conselho consultivo ao governo sobre higiene e salubridade pública, o Conselho Superior de Saúde Pública, composto do Presidente da Academia Imperial de Medicina, do Diretor da Faculdade de Medicina do Rio de janeiro e dos Cirurgiões-mores do Exército e da Marinha (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 88).

[34] A saber: Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul.

desinfecções praticadas em toda e qualquer habitação, por motivo de moléstia transmissível" (Título II, Capítulo I, Artigo 26, Incisos XVI e XVIII). Contudo, ao que tudo indica, no período monárquico brasileiro não houve instalação de qualquer "desinfectorio parochial"; bem como, as medidas promulgadas em lei tiveram inúmeras dificuldades de recursos materiais e humanos para serem efetiva e plenamente adotadas e colocadas em prática.

Para que se possa ter noção dessas dificuldades, decorridos cerca 18 meses após a publicação do decreto, verifica-se que o Correio Paulistano notícia uma reunião do conselho de saúde pública da Corte "que resolveu indicar varios assunptos que de preferência deviam attrahir a atenção dos poderes públicos no sentido de modificarem-se as condições sanitárias da capital do império"[35]. A seguir, a matéria elenca os sete pontos que deveriam ser objeto das principais ações a serem executadas: organização de seção estatístico-sanitária; eliminação dos cortiços; vacinação e revacinação variólica, desinfecção domiciliar e criação de "desinfectorios parochiais"; abastecimento d'água domiciliar; drenagem do solo urbano e instauração de hospitais de isolamento. A própria reunião foi objeto de discussão na 68ª Sessão do Senado do Império, ocorrida em 6 de agosto daquele ano, em que os mesmos pontos foram aludidos[36], foram preteridos por falta de recursos, conforme transcrição da declaração do Inspetor de Higiene (Barão de Ibituruna).

[35] Correio Paulistano, 02/08/1887, p. 1.

[36] Senado Imperial. Anais do Senado – Annais do Senado do Imperio do Brazil, anno de 1887 – livro 4. Secretaria Especial de Editoração e Publicações – Subsecretaria de Anais do Senado Federal (transcrição), p. 74-75. Disponível em: https://www.senado.leg.br. Acesso em: 17 maio 2022.

OS CONGRESSOS SANITÁRIOS LATINO-AMERICANOS

Nesse ínterim, em 1887, ocorreu o Congresso Sanitário do Rio de Janeiro, em que também participaram Argentina e Uruguai. O evento foi provocado pelo violento surto de cólera surgido em outubro de 1886, em Buenos Aires (CHAVES, 2022, p. 3). Como consequência, as autoridades brasileiras resolveram embargar a carne de charque importada dos países platinos e o ato unilateral gerou problemas comerciais e diplomáticos entre as partes. A questão foi resolvida ao final do encontro, em que se estabeleceu uma convenção a ser seguida pelos três países.

Logo a seguir, ocorreu o Congresso Sanitário Americano, em Lima, no Peru (1888), em que tomaram parte o país-sede e representantes do Chile, Bolívia e Equador. Convidados, Brasil, Uruguai e Argentina não participaram "em função do acordo já estabelecido no ano anterior" (CHAVES, 2013, p. 429).

Necessitando adequar-se aos acordos sanitários firmados com seus vizinhos, o Brasil tratou de se preparar para refrear o ingresso da cólera a seus portos. Além disso, desde a década de 1870, inúmeros surtos de febre amarela eclodiram nas cidades litorâneas brasileiras (DOLINSKI, 2017, p. 49). Somente no Rio de Janeiro, o número de óbitos foi estimado entre 3 e 4 mil indivíduos.[37] Vários outros motivos de ordem econômica e de disputas médicas retardaram o acordo, proposto em 1873, entre os países que até recentemente compunham a Tríplice

[37] Ver: A busca de um lugar ao sol: doenças e epidemias no Rio de Janeiro (1850-1880). Biblioteca Virtual em Saúde – Adolpho Lutz, [*s. d.*]. Disponível em:

http://www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/html/pt/static/trajetoria/volta_brasil/busca_doenca.php#:~:text=A%20febre%20amarela%2C%20em%20anos,270%20mil%20habitantes%20em%201872. A cesso em: 31 maio 2022.

Aliança[38]. As divergências entre as comissões médicas se antagonizaram entre duas posições: Argentina e Uruguai propugnavam a adoção de medidas calcadas nas teorias contagionistas em oposição aos brasileiros que firmavam convicções miasmáticas (DOLINSKI, 2017, p. 50). Outro importante motivo a impedir a ratificação da convenção sanitária de 1873, e retardar um acordo entre as partes, residiu no antagonismo e competição entre o Império brasileiro e a República Argentina, que disputavam "a mão de obra estrangeira e buscavam forjar imagens positivas de seus países, em detrimento do país vizinho, e garantir a entrada em seus portos dos vapores europeus abarrotados de imigrantes" (CHAVES, 2013, p. 417).

Como vimos, nos estertores do reinado de D. Pedro II, em 1887, um acordo seria estabelecido, porém, seus efeitos só alcançariam ressonância no início do período republicano. Ou seja, como consequência, as autoridades brasileiras editaram o Decreto nº. 10.181, de 9 de fevereiro de 1889 (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 92), que estabeleceu crédito suplementar para despesas extras e urgentes a cargo do Ministério dos Negócios do Império. Em vista disso, parte dos recursos (5.000:000$) foi destinada a autorizar a Inspetoria Geral de Hygiene da capital e a tomar as seguintes medidas:

> 1º. [...] crear os hospitaes que fossem necessários para isolamento e tratamento das pessoas acometidas de febre amarela no perímetro da cidade;
> 2º. Para organizar o serviço de prompta remoção dos doentes para os mencionados hospitais, que ficariam sob sua imediata direção;
> 3º. Para aumentar o numero de desinfectadores na proporção das necessidades do serviço;

[38] Acordo militar entre Argentina, Brasil e Uruguai durante a Guerra do Paraguai e que vigorou de 1865 a 1870.

> 4º Para crear desinfectorios, utilizando-se das estufas Geneste e Herscher adquiridas pelo Ministerio do Imperio, emquanto não se pudesse obter maior numero de taes aparelhos; [...].

Logo a seguir, foi promulgado o Decreto nº 10.319, de 22 de agosto de 1889, cuja ementa anunciou seu objetivo:

> Manda executar o Regulamento Sanitario internacional para a execução da Convenção sanitaria celebrada entre o Brazil, a Republica Argentina e a Republica, Oriental do Uruguay.
> Para a execução da Convenção sanitaria celebrada entre o Brazil, a Republica Argentina e a Republica Oriental do Uruguay, hei por bem Ordenar que seja observado e cumprido o Regulamento Sanitario Internacional, que com este baixa, firmado nesta Côrte aos 26 dias do mez de Novembro de 1887 pelos Plenipotenciarios da referida Convenção.

O documento determinava o estabelecimento de quarentenas, hospitais flutuantes, lazaretos e hospitais anexos. Além disso, todos esses locais deveriam ser dotados de estufas desinfectadoras "pelo vapor de agua", em quantidade suficiente:

> Art. 46. As bagagens, roupas e demais objectos que os quarentenarios das differentes classes trouxerem, serão previamente desinfectados por occasião da entrada delles nos estabelecimentos em que deverem soffrer o expurgo; sendo repetidas essas operações cada vez que occorrer entre elles algum caso de molestia pestilencial exotica. Estas novas desinfecções só se applicarão ás bagagens, roupas e objectos do grupo de passageiros a que pertencer o doente; e nesse caso a quarentena primitiva para esse grupo se renovará a contar do ultimo caso e da desinfecção a que elle der logar.
> Art. 47. Os convalescentes de molestias pestilenciaes procedentes dos hospitaes fluctuantes farão, antes de ser postos em livre pratica, uma quarentena de duração igual á do periodo de incubação maxima da molestia de que houverem sido acommettidos, quarentena esta effectuada no lazareto fluctuante.

> Art. 48. O desembarque das bagagens, roupas e demais objectos pertencentes aos passageiros que houverem purgado quarentena nos lazaretos fluctuantes não poderá ser realizado em caso algum sem desinfecção no momento do desembarque.
> Art. 49. Caso não haja logar disponivel nos lazaretos, o expurgo sanitario poderá ser feito a bordo dos navios em que chegarem os passageiros.

Nos dispositivos deste decreto, embora centrados na fiscalização das embarcações atracadas nos portos, encontravam-se a estrutura operacional e ações básicas que seriam adotadas pelo governo brasileiro a partir de 15 de novembro de 1889. Por consequência, parte daquelas determinações viria a compor o arcabouço do Serviço Geral de Desinfecção do Serviço Sanitário paulista, articulado e estruturado sobre o tripé: o isolamento em lazaretos, os pelotões de desinfetadores e as desinfecções por meio de estufas desinfetadoras.

A REPÚBLICA, A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA E OS DESINFECTORIOS

A partir da vigência do princípio republicano no Brasil, os serviços de saúde pública foram descentralizados, cabendo a cada província (agora denominados estados do sistema federativo) compor sua própria estrutura de saúde pública; ou seja, doravante competiria a esses estados, como foi o caso de São Paulo criar, organizar e cuidar de seus serviços, de forma autônoma, independente e subvencionada por dotação orçamentária própria.

No caso da Capital Federal, o espólio carioca da Inspetoria de Hygiene, extinta pela Lei Orçamentária nº, de 30 de dezembro de 1891, foi destinado ao patrimônio e serviços municipais do Distrito Federal

(Rio de Janeiro)[39], compreendendo "Hospital de S. Sebastião, Desinfectorio, Assistencia á infância" [...] (REBELO, 2013, p. 98). Nesse caso, supõe-se que o desinfectorio citado refere-se ao Desinfectorio Central, situado na Rua Clapp[40].

Conforme Rebelo (2013, p. 781), em 1891, existiam três desinfectórios no Rio de Janeiro. O mais importante deles, provavelmente, o mais antigo construído no Brasil com função específica de atendimento à saúde pública em geral, era o Desinfectorio Central – também denominado de Estação Central de Desinfecção, na Rua Clapp, nas proximidades da Praça Quinze de Novembro.

A instrução sanitária que regulamentou as ações de combate à febre amarela no Rio de Janeiro, emitida pelo Ministério do Interior em maio de 1903, inseriu no prédio do Desinfectorio Central (edifício da Inspectoria de Isolamento e Desinfecção) a sede do Serviço de Prophilaxia da Febre Amarela, conforme o texto legal: "A sede do serviço será por enquanto o Desinfectorio Central de onde partirão as turmas para qualquer ponto da cidade".[41]

---

[39] O desligamento definitivo foi regulado oficialmente pela Lei nº 85, de 20 de setembro de 1892, que estabeleceu a organização municipal do Distrito Federal.

[40] Segundo estudo de Fonseca e Lima, o imóvel situava-se na antiga Rua Clapp, número 17 – atual Avenida Alfredo Agache –, onde se instalou Oswaldo Cruz, ao ser empossado diretor na sede da recém-criada Diretoria Geral de Saúde Pública. Anteriormente, a Rua Clapp era denominada de rua Fresca. O Desinfectorio também mantinha entrada pela Rua D. Manoel, ou praia de D. Manuel (principiava à Praça Quinze de novembro e terminava na Rua Clapp), conforme jornal *O Tempo* (RJ), edições de 07/01;1892, p.2, e 09/02/1892, p. 1. Fonte: BnDigital - Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=218731&pesq=CLAPP&pasta=ano%20189&hf=memoria.bn.br&pagfis=894;e http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=218731&pesq=CLAPP&pasta=ano%20189&hf=memoria.bn.br&pagfis=1021. Acesso em: 13 abr. 2022. Para Rua Fresca e praia de D. Manuel: Almanak Gazeta de Notícias, 1901, p. 330. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=829579&pesq=CLAPP&pasta=ano%20189&hf=memoria.bn.br&pagfis=7597. Acesso em: 13 abr. 2022. Provavelmente, a Rua Clapp - atualmente desaparecida e da qual não se tem maiores informações – recebeu esse nome em homenagem ao educador, comerciante e abolicionista João Fernandes Clapp (1840-1902). Para biografia de João Clapp, ver: Alves (2019).

[41] Ministerio do Interior: Instrucções para o Serviço de Prophilaxia da Febre Amarella, de 5 de maio de 1903, art. 9, *In*: BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 113).

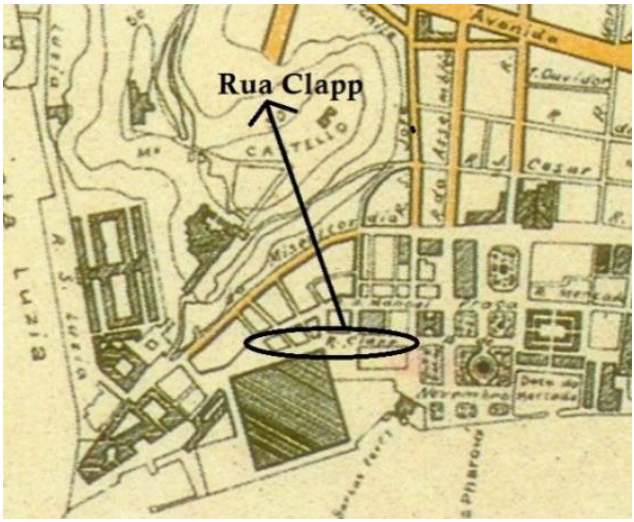
Segundo denotaram Barbosa e Rezende, e que vem ao encontro do que se deduz em relação às práticas das desinfecções no Brasil, elas nem sempre eram realizadas. No entanto, quando o eram, não deveriam seguir disciplinarmente a preceitos precisos e rigorosos. Afirmaram os autores (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 150) que "antes de 1890, a desinfecção era serviço do qual se descurava, e que não possuía instalação nem organização regulares". A assertiva, essencialmente, refere-se aos serviços praticados na capital do Império, maior cidade do país e porto de maior importância para a economia brasileira, de onde se infere às precárias condições em que eram conduzidas em localidades mais distantes e menos sujeitas à supervisão dos organismos criados para essa finalidade. Prossegue, ainda, o relato evidenciando que:

> A prática de desinfeção, de acordo com os preceitos scientíficos e segundo a organização capaz de produzir resultados eficazes, só foi iniciada na cidade do Rio de Janeiro em 1890, [...]. Nesse anno, a 2 de julho, foi inaugurado e começo a funcionar o primeiro estabelecimento de desinfecção da cidade, o qual ficou situado á rua Clapp n. 19, e preenchi os desideratos essenciaes de taes construcções. (BARBOSA; REZENDE, p. 150)

Figura 3: Sede da Diretoria Geral de Saúde Pública, na Rua Clapp, ca. 1905.

Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Figura 4: Mapa da Praça Quinze e arredores e a localização da Rua Clapp, ca. 1905.



Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Corrobora para esta dedução outro relato[42] no que se refere às desinfecções realizadas a bordo dos navios[43]:

> A desinfecção no porto do Rio de Janeiro, por motivo de molestias infectuosas nos navios, era d'antes feita de modo primitivo, irregular e completamente ineficaz, 'desinfecão comica' em que se borrifavam com uma solução antiseptica os sapatos dos passageiros e em panellas, a esmo, se quimava enxofre no navio".

Portanto, supõe-se que o primeiro desinfectório construído no Brasil para essa específica finalidade, projetado para administrar a desinfecção de forma metódica e regulamentar, foi o da Rua Clapp, na região central do Rio de Janeiro. Sobre ele, temos algumas informações e escassas referências em termos de iconografia, carecendo de maior aprofundamento de pesquisa para se inteirar de suas precisas características físicas e arquitetônicas. Contudo, como não se trata do escopo deste trabalho, ficaremos com os elementos contidos na descrição de Benchimol (1999, p. 292):

> O desinfectório central foi construído pelo engenheiro sanitário Eugênio Ferreira de Andrade[44] [...]. Era dividido em duas seções laterais: a dos contagiados e a dos desinfectados, que abriam para pátios, garagens e portões independentes. No pátio da primeira havia serviços de banhos com três gabinetes: um para o doente, outro para vestiário e receptáculo de roupas e objetos já desinfectados, e o terceiro com câmara para queima de enxofre, a cujos vapores eram submetidos os objetos eu o vapor danificaria. O corpo central do edifício era separado no comprimento por um muro no

[42] Ibid, p. 142.

[43] Vide também Figura 6 anterior.

[44] Eugênio Ferreira de Andrade formou-se em engenharia a Escola Polithecnica do Rio de Janeiro em 1882. Foi membro do Clube de Engenharia carioca e exerceu cargos de direção entre 1888 e 1898. Em 1887, ingressou como engenheiro sanitário na Inspetoria Geral de Higiene. Fonte: Marinho (2008).

> qual estavam engastadas três grandes estufas geneste e Herscher, providas de portas que abriam para o lado puro e impuro, sem nenhum contato.

As autoridades da então capital federal providenciaram mais alguns equipamentos semelhantes, de dimensões reduzidas, em prédios adaptados para compor um sistema de estações de desinfecção que procurasse atender às principais regiões do território carioca de então.

> Em concomitância com esta estação principal de desinfecção (o Desinfectorio Central, observação minha), também foram construídas, por essa epoca, duas outras estações filiaes, menores, uma no chamado Largo do Matadouro, outra na Rua da Relação, obedecendo tudo ao plano do professor Rocha Faria. (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 150).

O desinfectório do Largo do Matadouro localizava-se na atual Praça da Bandeira, local também conhecido como Engenho Velho. Como indica a toponímia, ali funcionou o antigo matadouro, construído em 1846 e inaugurado em 1853[45]. A autoria da edificação original foi atribuída ao arquiteto José Maria Jacinto Rabelo (1821–1871), discípulo do arquiteto Grandjean de Montigny[46]. Jacinto Rabelo foi responsável por significativa reforma da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro – momento em que se construiu o grandioso frontão neoclássico –, e pelo Palacete do Conde do Itamaraty, em meio à floresta da Tijuca

[45] Ver ROCHA (2020, p. 101).

[46] Auguste Henri Victor Grandjean de Montigny (1776-1850) foi arquiteto, urbanista, formado pela Académie Royale d'Architecture de Paris. membro da chamada Missão Artística Francesa, chegou ao Rio de Janeiro em 1816. Foi professor de arquitetura da antiga Academia Imperial de Belas Artes (1827) e, além disso, deixou importantes, porém, poucas obras de edifícios no Rio de Janeiro. Foi considerado um dos responsáveis pela consolidação do neoclassicismo como a arquitetura oficial da Corte no Rio de Janeiro. Fonte: Enciclopédia Itaú Cultural. Verbete: Grandjean de Montigny (atualizado em 2014). Disponível em: https://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa214530/grandjean-de-montigny. Acesso em: 19 jun 2022.

(depois Hotel White), e partes importantes do atual Palácio do Itamaraty[47].

Figura 5: Antigo Matadouro Municipal.

Fonte: *Diário do Rio*. Disponível em: https://diariodorio.com/historia-do-matadouro-da-cidade-do-rio-de-janeiro. Acesso em: 19 jun. 2022.

Figura 6: Largo do Matadouro, 1863. Augusto Stahl. Acervo: Instituto Moreira Salles.

Fonte: IMS. Disponível em: https://acervos.ims.com.br/portals/#/detailpage/68334. Acesso em: 19 jun. 2022.

Quanto ao desinfectorio da Rua da Relação, que figurava no então distrito de Santo Antônio, nenhuma informação foi possível obter e

[47] Rebelo é considerado um dos mais importantes arquitetos do século XIX. Disponível em: http://www.inepac.rj.gov.br/index.php/bens_tombados/detalhar/305. Acesso em: 26 jun. 2022.

careceria maior aprofundamento de pesquisa. Contudo, como ambos edifícios – construídos em 1891 (REBELO, 2013, p. 781) – não constituem o principal escopo deste artigo, apenas adotamos essas informações e as imagens anteriores.

No que se refere ao Desinfectorio Central, da Rua Clapp, são significativas as imagens a seguir, muito embora correspondam ao período após 1903 –ano da posse de Oswaldo Cruz como diretor da Diretoria Geral de Saúde Públca (DGSP) – e que retratam equipes de desinfecção e expurgo do Serviço de Profilaxia da Febre Amarella, que funcionou no antigo Desinfectorio Central, na Rua Clapp, nº. 17; ao lado da Diretoria Geral de Higiene (Rua Clapp, nº 15).

Para compreender as ações registradas nestas fotos, remetemos às determinações das "Instrucções para o serviço de prophylaxia" específica da febre amarela, por ato promulgado pelo Ministério do Interior, em 5 de maio de 1903 (BARBOSA; REZENDE, 1909, p. 113-114).

> Art. 10. Durante a permanência no Desinfectorio, o pessoal da brigada, com exceção dos médicos auxiliares, ficará sob autoridade do inspetor do isolamento, a quem cabe a responsabilidade da parte administrativa do serviço [...].
>
> Art. 12. Recebida a notificação, o diretor de serviço, por si ou por intermédio de seus auxiliares, julgará a possibilidade do isolamento em domicílio ou da necessidade da remoção e, no mais curto espaço de tempo, deve ficar isolado ou removido para os hospitais de isolamento [..].
>
> Art. 14. As remoções serão feitas em vehiculos fornecidos pelo Desinfectorio Central, quando se tratar de indigentes, ou quando, pelas más condições sanitárias das habitações, os enfermos devam ser removidos para os hospitais a cargo da Diretoria de Saúde Pública. Fora desses casos, poderá o Desinfectorio Central incumbir-se das remoções particularmente requisitadas, mas a título oneroso, [...].

Art. 21. Serão feitas nos prédios suspeitos e nos contíguos queimas sucessivas de enxofre e phyrethro, além de vaporizações de formol, tantas quantas se tornarem necessárias para a extinção dos mosquitos que possam ter sido infectados pelo doente.

Art. 25. Terminados os trabalhos de isolamento, o medico auxiliar fará proceder em toda a casa á queima de pyrethro, ou enxofre, ou a vaporização de formol.

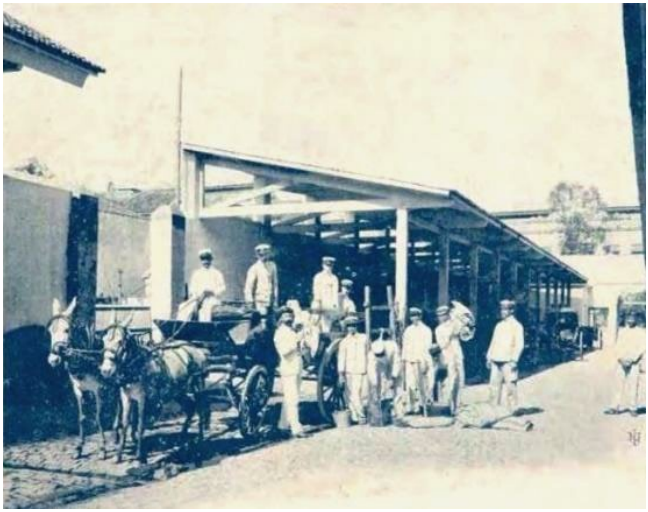
Figura 7: As turmas de prontidão – Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.

Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Figura 8: Partida de uma turma para isolamento de um doente.

Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Figura 9: Turma do expurgo. Serviço de Profilaxia da Febre Amarela.



Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Figura 10: Carro para remoção de doentes. Provavelmente pertencente ao Desinfectorio de Botafogo.

Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Em virtude do grave surto de febre amarela ocorrido no Rio de Janeiro, novas determinações governamentais foram editadas para reorganizar e dar forma definitiva ao atendimento de urgência e cuidados com a saúde pública do Rio de Janeiro, como foi o caso do aviso

571, de 15 de abril de 1903, que criou o citado Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, subordinado à Diretoria Geral de Saúde Pública. Em termos de recursos humanos empregados, a sua estrutura operacional ficou assim estabelecida[48]:

> Inspetoria de Isolamento e Desinfecção: 1 inspector; 1 administrador; 2 escripturários; 2 encarregados de Serviço; 5 chefes de turma; 10 desinfectadores de 1ª classse; 20 desinfectadores de 2ª classse; 1 machinista; 3 foguistas; 1 feitor de cocheiras; 2 ajudantes do feitor; 20 cocheiros; e 20 serventes [49].

Em 1909, ano em que Oswaldo Cruz deixou o comando da Diretoria Geral de Saúde Pública e passou a se dedicar exclusivamente ao Instituto de Manguinhos (atual Fiocruz[50]), a Inspetoria de Isolamento e Desinfecção contava com a seguinte estrutura[51]: o Desinfectorio Central de Botafogo, construído em 1904, a estação de desinfecção do Largo do Matadouro e o desinfectório em construção na Rua do Resende (Desinfectorio Geral), anexo ao prédio-sede da Diretoria Geral de Saúde Pública, ainda em construção naquele momento. Com relação aos recursos humanos, a Inspetoria era composta de um diretor (médico): [...] um administrador, um ajudante do administrador, 30 desinfectadores, 20 serventes, 20 cocheiros, um machinista, três foguistas[52].

Em quantidade e qualidade de veículos e equipamentos, possuía:

---

[48] Ibid, p. 127.

[49] Lembremo-nos que, nesse período, o transporte e tração de veículos eram realizados por intermédio de tração animal; no caso do seu emprego em meio urbano eram utilizados muares e equinos, em geral.

[50] Fundação Oswaldo Cruz.

[51] Ibid, p. 149.

[52] Ibid, p. 149.

> 7 Pulverizadores a vapor, locomoveis de "Geneste & Herscher"; 8 Apparelhos "Trillat" para desinfecção pelo formol; 22 Apparellhos "Lingner", para desinfecção a formol; 27 Aparelhos "Hoton" para desinfecção a formol; 27 apparelhos "Schering", para desinfecção a formol; 16 carros ambulâncias para transporte de enfermos; 6 Berlindas para transporte de enfermos; 11 Carros para transporte de cadáveres; 29 carros de 4 rodas para transporte de pessoal e material; 2 carros de 2 rodas para transporte de pessoal e material; 12 Carros de 4 rodas para transporte de roupas; 6 Estufas fixas de Geneste & Herscher, de vapor d'agua sob pressão; 7 Estufas locomoveis de Geneste & Hersher, de vapor d'agua sob pressão; 2 padiolas com rodas; 4 padiolas de mão; 9 Tilburys para conducção de médicos; 5 Victorias para conducção de médicos[53].

Observe-se que, nesse período, os veículos ainda eram puxados por meio de equinos ou muares; portanto, a designação "carros" acima refere-se a veículos tracionados por parelhas de animais. Tilburys e Victorias eram viaturas mais sofisticadas, possuíam sistema de amortecimento de melhor desempenho, cobertos ou fechados, tinham capacidade para transporte de poucos passageiros e maior conforto. Podemos deduzir que se tratavam de condução para médicos e dirigentes da Inspetoria, enquanto que as equipes de desinfectadores embarcavam nos carros de transporte de pessoal.

Como o presente trabalho, nesse estágio de pesquisa, não tem por objetivo focar a trajetória da Diretoria Geral de Saúde Pública e seus desinfectorios, encerraremos com algumas informações que possam dar conta de seus destinos, com preocupação de mencionar, por seu paralelismo, o caso dos desinfectórios paulistas, em particular o Desinfectorio Central do Bom Retiro.

[53] Ibid, p. 149.

Figuras 11: Tilbury utilizado pelo Serviço Geral de Desinfecção de São Paulo, cerca de 1900.

Fonte: Acervo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Figuras 12: Vitcoria utilizado pelo Serviço Geral de Desinfecção de São Paulo, cerca de 1900.

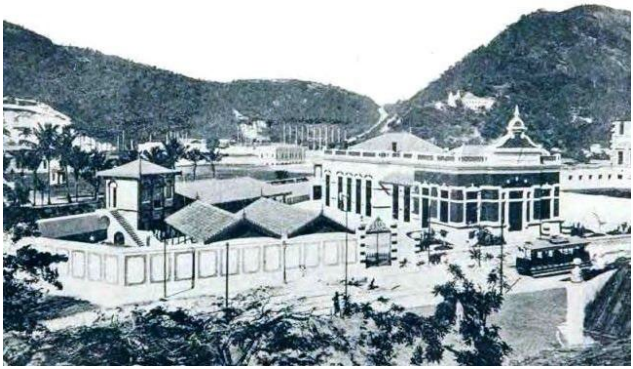
Fonte: Acervo do Museu de Saúde Pública Emílio Ribas.

Nesse sentido, por fim, em relação aos equipamentos urbanos guanabarinos, recolhemos as seguintes informações:

> O Desinfectorio Central da Rua Clapp foi demolido em 1906, por ser o respectivo terreno necessário á construção do Novo Mercado Municipal da cidade; em substituição a ele foi construída a estação de desinfecção da rua General Severiano, em Botafogo á qual se fez referência, e que é construção modelo em seu gênero[54].

[54] Ibid, p. 150.

Figura 13: Desinfectorio Central de Botafogo, 1909.



Fonte: Barbosa e Rezende (1909).

Figura 14: Antigo Desinfectorio Central de Botafogo, atual Hospital Rocha Maia, c. 2015.

Fonte: https://br.worldorgs.com/cat%C3%A1logo/rio-de-janeiro/hospital/hospital-municipal-rocha-maia. Acesso em: 20 jun. 2022.

Segue o mesmo relato:

> A estação sucursal do Largo do Matadouro acha-se ainda em função, e na rua do Resende está em construção o edifício que será a sede futura da Directoria Geral de Saude Publica e no qual se compreende outra estação completa de desinfecção[55].

[55] Ibid, p. 150.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que pudemos constatar, durante o período imperial[56], a desinfecção no Brasil se compôs de práticas de assepsia de doenças infectocontagiosas calcadas em noções empíricas retiradas do cabedal que os conhecimentos científicos foram capazes de fornecer. Inicialmente, houve um esboço de institucionalizar a profilaxia e terapêuticas assim que se iniciaram os cuidados com a saúde coletiva apenas como meio de evitar surtos epidêmicos.

Nesse tempo, a principal preocupação do governo recaiu sobre a inspeção dos portos e do isolamento, no princípio em relação ao ingresso de massas de cativos e, posteriormente, ao final dos anos de 1800, da admissão de imigrantes como força de trabalho livre.

Contudo, em meados do século XIX, aos serviços de saúde brasileiros já praticavam a desinfecção com emprego de ampla gama de produtos químicos farmacêuticos. No entanto, até a chegada da República, os sistemas oficiais incumbidos das desinfecções não tinham suporte físico ou edifícios-sede. Além disso, os cuidados com a higiene urbana, incluindo o espaço público e as edificações, foram adotados apenas a partir da segunda metade do século XIX.

A construção ou adaptação de prédios existentes para acomodar os serviços de desinfecção foram realizados a partir de 1889, com a organização do estado republicano. Alguns poucos equipamentos destinados ao emprego desse tipo de profilaxia, adquiridos pelo governo imperial, foram aproveitados sob o novo regime e cuidou-se para erguer

[56] Nesse sentido, englobamos o período imperial, propriamente dito, o intervalo em que as cortes portuguesas permaneceram no Brasil e este equiparou-se a Portugal como Reino Unido. Também incluímos o espaço estendido durante a regência do príncipe D. Pedro de Alcântara.

ou adaptar arquiteturas para seu abrigo e uso, como foi o caso de incineradores, estufas fixas; além das parelhas de muares para a tração e respectivos veículos de transporte, para o estoque de gêneros químicos e exercício das atividades administrativas das inspetorias médicas e das brigadas de desinfetadores. Surgia, então, a necessidade de providenciar a arquitetura específica para essa atividade, e o resultado foi consequência das especificações determinadas pelos compêndios de arquitetura, dos tratados de higiene pública e dos manuais técnicos dos fabricantes de equipamentos. Tratava-se de um dos elementos de projeto de cidade concatenados a ideais europeus de modernidade, progresso e civilização.

Por fim, a publicação de Plácido Barbosa e Cassio de Rezende, obra de grande e alentado fôlego, apesar das relevantes informações, também tinha, entre outros objetivos, ressaltar a figura política do médico Oswaldo Cruz[57]. Evidentemente, a comparação entre as ações e as estruturas governamentais entre o auge do seu período no comando da Diretoria Geral de Saúde Pública (cargo quase equivalente ao de ministro de Estado), ao redor de 1910, e as de um século anterior. Evidentemente, esse confronto lhe é favorável ao se defrontar seus feitos de cunho "científico e moderno" e o empirismo médico-científico e sanitário empregados na maior porção do século XIX.

[57] Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917) foi um médico, bacteriologista, epidemiologista, sanitarista e político brasileiro.

Figura 15: Antigo Desinfectorio e sede da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), na Rua do Resende, nº 128.

Fonte: Mauricio Lobo. Acervo do fotógrafo. Disponível em: http://saudadesdoriodo luizd.blogspot.com/2017/06/rua-do-resende-n-128.html. Acesso em: 13 maio 2023.

Figura 16: Antiga sede da DGSP, Rua do Resende, nº. 128, 2017 (atual sede do Instituto Nacional de Câncer – Inca).

Fonte: Sergio De Simone. Acervo do autor.

REFERÊNCIAS

ALVES, Sirlene Ribeiro. Liberdade e instrução: o trabalho de João Clapp na luta abolicionista. *In*: 9º ENCONTRO ESCRAVIDÃO E LIBERDADE NO BRASIL MERIDIONAL, Florianópolis (UFSC), 14-18 maio 2019. [...] **Anais**. Disponível em:

http://www.escravidaoeliberdade.com.br/site/images/9encontro/textos/sirlene_alves.pdf. Acesso em: 18 abr. 2022.

AMARAL, Isabel *et al*. Contribuições para a História da Medicina Tropical nos séculos XIX e XX: um olhar retrospectivo. *In*: 2º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA TROPICAL. Universidade Nova de Lisboa, v. 12, 2013. [...} **Anais**.

AZEVEDO NETTO, José M. de. Cronologia do abastecimento de água com especial atenção ao Brasil (até 1970). **Revista DAE**, São Paulo, v. 44, n. 37, jun 1984, p. 106–111.. Disponível em: http://revistadae.com.br/artigos/artigo_edicao_137_n_1175.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

BARBOSA, Plácido; REZENDE, Cassio Barbosa de**. Os Serviços de saúde pública no Brasil**. Especialmente na Cidade do Rio de janeiro, de 1808 a 1907 (esboço histórico e legislação). Trabalho organizado pelos drs. Placido Barbosa e Cassio Barbosa de Rezende por ordem do Dr. Oswaldo Gonsalves Cruz – Diretor Geral de Saúde Pública. Primeiro Volume (esboço histórico). Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Saúde Pública/Imprensa Nacional, 1909.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos**: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Febre amarela e epidemias: configurações do problema ao longo do tempo. **Revista Nupem**, Campo Mourão, v. 13, n. 29, p. 36-71, maio/ago. 2021.

CAMPOS, Murillo de. **José Pereira Rego. Patrono da Cadeira nº 7**. Tribuna Médica, Rio de Janeiro, p. 14-16, out. 1968. Arquivo pessoal da Academia Nacional de Medicina. (ANM). *In*: MONTEIRO, Rodrigo Borges; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; MADUREIRA, Francisco José Chagas. **REGO, JOSÉ PEREIRA**. Verbete. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/regojope.htm. Acesso em: 4 maio 2022.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CHAVES, Cleide de Lima. A ciência médica na Convenção Sanitária firmada entre o Brasil, a Argentina e o Uruguai em 1887**.** *In*: VII ENCONTRO INTERNACIONAL DA ANPLHAC, Campinas, v. 1, 2006. [...] **Anais**.

CHAVES, Cleide de Lima. Poder e saúde na América do Sul: os Congressos Sanitários Internacionais, 1870-1889. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 20, p. 411-434, 2013.

CHAVES, Cleide de Lima. Um relato de viagem ao Rio da Prata e ao Brasil (1886-1888): cotidiano, epidemias e quarentenas no Cone Sul. *In*: XII ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA ANPUH-RJ 2006. [...] **Anais**. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Cleide%20de%20Lima%20Chaves.pdf. Acesso em: 31 maio 2022.

COUTO, Alfredo da Graça. **A desinfecção publica no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1897.

DELAMARQUE, Elizabete Vianna. **Junta Central de Higiene Pública**: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates). 2011. 187 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

DIAS. Alexandre Pessoa. **Análise da interconexão dos sistemas de esgotos sanitário e pluvial da cidade do Rio de Janeiro**: valorização das coleções hídricas sob perspectiva sistêmica. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro Centro de Tecnologia e Ciências Faculdade de Engenharia Departamento de Engenharia Sanitária e do Meio Ambiente, Rio de Janeiro, 2003.

DOURADO, Maria Teresa Garritano. História Social da Guerra do Paraguai: fome, doenças e penalidades. **Albuquerque: Revista de História**, Campo Grande, MS, v. 3, n. 6, p. 129-150, jul./dez. 2011.

ENGEL, Magali. **Meretrizes e doutores**: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense, 1989.

FIOCRUZ. Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro: histórico. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Disponível em: http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/labhigrj.htm#topo. Acesso em: 21 jun. 2022.

FONSECA, Maria Rachel F.; LIMA, Ana Luce G. S. **Cruz, Oswaldo Gonçalves** (verbete). *In*: Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Disponível em: http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/cruz.pdf. Acesso em: 13 abr. 2022.

MEDEIROS, Raphael C., DANIEL, Luiz Antonio. Cloração de esgoto sanitário: variação de cloro residual e o uso de parâmetros facilmente mensuráveis na indicação de *breakpoint*. **Revista DAE**, São Paulo, n. 206, maio-ago. 2017, p. 87–98. Disponível em: http://revistadae.com.br/artigos/artigo_edicao_206_n_1674.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

NUNES, Rosana Barbosa. Imigração portuguesa para o Rio de Janeiro na primeira metade do século XIX. **História, e Ensino**, Londrina, v. 6, p. 163-177, out. 2000.

PIMENTA, Tânia Salgado; BARBOSA, Keith; KODAMA, Kaori. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. **Dimensões**, v. 34, p. 145-183, 2015. ISSN 2179-8869.

REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 765-796, abr./jun. 2013.

REGO, José Pereira. **Esboço historico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro**, desde 1830 a 1870 pelo Dr. José Pereira Rego. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1872.

REMÉDIOS MONTEIRO, Joaquim dos. **O cholera-morbus em Toulon e Marseille**. In. Gazeta Médica da Bahia. Anno XVI, Nº. 1, Salvador, julho, 1884

ROCHA, L.V. E. **História Desanima(liza)da: os matadouros da cidade do Rio de Janeiro** (1777-1881). Tese (Doutorado em História Social do Instituto de História da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2020.

RÜCKERT, Fabiano Quadros**.** Epidemias de febre amarela no Rio De Janeiro e na Buenos Aires do século XIX. **Historiæ**, Rio Grande, v. 12, n. 2, p. 105-129, 2021.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

SILVA, Manoel Vieira da. **Reflexões sobre alguns dos meios propostos por mais conducentes para melhorar o clima da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Impressão Régia, 1808.

TAVARES, Luís. **Contribuição para o estudo do fenómeno do "bulking"**. 2009. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Dissertação de mestrado. Disponível em: Htttp://Run.unl.pt/bitstream/10362/2525/1/Tavares_ 2009.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

VIGARELLO, Georges. **História das práticas de Saúde**: a saúde e a doença desde a Idade Média. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

7

PRÁTICAS DE REMEDIAR: A CRENÇA NA CURA DA LEPRA EM BELÉM-PARÁ, ENTRE OS SÉCULOS XIX/XX

Elane Cristina Rodrigues Gomes

INTRODUÇÃO

O texto propõe abordar distintos percursos traçados na busca pela cura da lepra na cidade de Belém, entre o final do século XIX e o início do século XX. Para tanto, se debruça sobre as notícias de jornais que traziam à tona propaganda de medicamentos, práticas de pajelança, ou mesmo uma rede de comunicação entre a população que construiu suas estratégias de sobrevivência quando a doença se fazia atuante. A partir desses indícios, estabelece um diálogo sobre a medicina oficial e as práticas de remediar na cidade, que estavam para além das paredes do consultório de um médico. Não é de se estranhar que o hábito de frequentar um consultório distanciava-se da rotina de muitos enfermos que ora se viam fazendo uso de curas que se misturavam ao misticismo e de outros que simplesmente procuravam um farmacêutico para indicar-lhes uma medicação para a cura de uma possível doença.

A experiência da população com os unguentos e ervas desafiava a ciência que se mostrava distante do cotidiano urbano e de suas práticas de cura populares, tendo em vista os conflitos que se estabeleciam, seja na linguagem técnica e principalmente nas práticas culturais que impunham uma normatização nos costumes, com a justificativa de que o povo precisava ser civilizado. Afirma Beatriz Weber que os envolvidos em práticas de cura, com diversas concepções de mundo, não apenas

reagiram à imposição da ciência, mas representaram construções dos grupos sociais dos quais faziam parte, segundo suas crenças e rituais tradicionalmente usados em seu cotidiano para lidar com a doença (WEBER, 1999, p.179).

O discurso da primeira metade do século XX estava arraigado na tentativa de transpor para a ciência a crença na cura, mas dentro das brechas do que a ciência não conseguia responder sobressaía o uso de ervas, unguentos e de elixires que prometiam sanar a angústia promovida pela ausência da saúde.

Um professor de Montpellier, Bernard de Gordon, definiu a lepra em 1305 como uma enfermidade que afeta todo o corpo, "provoca pústulas e excrecências, a reabsorção dos músculos, principalmente entre o polegar e o indicador, insensibilidade das extremidades e afecções cutâneas", a doença destruiria a cartilagem entre as narinas, causaria mutilação nas mãos e pés, engrossaria os lábios e provocaria o surgimento de nódulos pelo corpo, dificuldades de respirar e rouquidão (BENIAC, 1997). Mesmo fazendo referência a uma definição do século XIV, esses são alguns dos principais sintomas da doença que acometiam um doente de lepra. A contaminação ocorre por meio da bactéria *Mycobacterium leprae*, também conhecida como bacilo de Hansen, devido tal descoberta ter sido realizada pelo norueguês Gerhard Henrick Armanuer Hansen em 1874 (BENCHIMOL, 2003).

Segundo o guia para controle da hanseníase elaborado pelo Ministério da Saúde, trata-se de uma doença infectocontagiosa com evolução gradual e que apresenta sintomas dermatoneurológicos, com lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A lepra recebeu várias denominações ao longo do tempo, que se fazem presentes nas fontes como: Morfeia, Gafa, Elefantíase[1], Hanseníase, Mal de Hansen ou Mal de Lázaro, as quais são alguns dos nomes que foram atribuídos à contaminação através da *Mycrobacterium leprae*. O termo lepra foi usado na antiguidade e estava atrelado a doenças de pele que provocavam descamação, narrativa presente na tradução dos livros hebreus e associada à ideia de impureza, ou mesmo como um castigo divino. Talvez a classificação lepra tenha sido usada para outras dermatoses confundidas pela dificuldade de diagnóstico entre tantas afecções de pele.

A expressão "Mal de Hansen" faz referência ao descobridor do bacilo, tal como "Mal de Lázaro" é uma analogia com as chagas que São Lázaro teria carregado no corpo. Gafa foi um termo presente no século XVIII em regiões de Portugal e Espanha para referir-se à lepra e aos leprosos. O significado em consonância com o filólogo Houaiss remonta ao léxico árabe que significa "contraída", relacionado aos dedos curvados dos leprosos, enquanto o vocábulo gafanhoto, descrito em Portugal já nos meados do XIV seria derivado de gafa, com o significado de "gancho". Na Europa, o termo gafaria foi usado para nomear os espaços de isolamento para doente de lepra (FIGUEIREDO, 2008).

Os registros bíblicos do Levítico fazem referência às instruções que Moisés teria recebido para identificar a enfermidade e tratar. A historiadora Dilma Cabral aborda a indefinição que pairou no espaço

[1] A elefantíase era geralmente associada aos sinais físicos característicos dos indivíduos portadores da filariose, como por exemplo, o inchaço das pernas que as deixam parecidas com as dos elefantes, confundida no passado com a lepra e outras doenças que apresentavam sintomas semelhantes. Ver: Rita Farinha, Alberto Manuel Brandão Simões, e o *Online Distributed Proofreading Team* em http://www.pgdp.net (arquivo produzido a partir de imagens generosamente disponibilizadas pela Biblioteca Nacional de Portugal), busca on-line disponibilizada pelo Dicionário Aberto em http://dicionario-aberto.net.

médico sobre o uso do termo morfeia ou elefantíase, pois existia uma associação da lepra com essas doenças, observando que se confundia muito a lepra com outras enfermidades de pele, por essas apresentarem semelhanças em alguns aspectos, porém com etiologia, sintomas e lesões orgânicas distintas (CABRAL, 2006).

A ciência do final do século XIX e início do XX mostra-se neste texto em consonância com a apresentada pelo historiador Silvio Rodrigues, ao pontuá-la com suas fragilidades, dúvidas e divergências. A partir da premissa de que o poder inquestionável da medicina ganhou rumos diferentes no que diz respeito às atitudes tomadas em relação ao tratamento da lepra, os doutores tiveram muitos desafios tanto na aproximação com a população, quanto na tentativa de desvelar práticas de cura dessa tão antiga, porém desconhecida doença (RODRIGUES, 2008, p. 29).

A representação social das doenças se modifica de acordo com o tempo e com as tensões sociais que alteram as relações de poder, pois quando são incuráveis e mortais tendem a ganhar um valor simbólico no imaginário coletivo, "entrelaçada psicossocialmente ao agir humano e, deste modo, muito além da temporalidade de sua manifestação, vai constituindo ambiguidades que se dilatam ao longo do tempo" (NASCIMENTO, 2018, p.41). A partir desses aspectos, propõe-se abordar como os sujeitos envoltos a tensões, no que concerne ao desconhecimento a respeito da doença, desenvolveram práticas de curas, no cotidiano da cidade de Belém.

PRÁTICAS DE CURA NAS PÁGINAS DOS PERIÓDICOS

No final do século XIX, percebia-se em Belém uma agitada propaganda para elencar a cidade como um espaço civilizado. O intendente Antônio Lemos, ao assumir o cargo em 1897, investiu em direção a uma política para "tornar a capital do Pará mais visível ao mundo civilizado" (SARGES, 2002, p.117). Através da produção de relatórios minuciosos tentou realizar uma radiografia da cidade, descrevendo suas ações em prol de uma "cidade civilizada". Nessa política, a lepra foi vista como retrocesso e as ações tinham características excludentes, ao passo que o tempo da evolução do progresso não poderia ser freado ou ameaçado pelo risco da doença. Logo, a cidade não poderia ter sua imagem manchada na corrida pela busca da civilidade.

Em todo caso, as ameaças de epidemias na cidade se faziam presentes na escrita jornalística, que denunciou em algumas situações a negligência das autoridades frente à ausência de assistência à saúde. O atendimento precário dos médicos em espaços domiciliares implantado por Antônio Lemos, a falta de vacinas em momentos de surtos de doenças contagiosas, a carências de espaços para abrigar os doentes são indícios de como a doença revelava-se um campo minado de pendências (SARGES, 2002).

Ocorria, no entanto, que a segunda metade do século XIX veio acompanhada de uma nova perspectiva acerca dos hospitais. Esses tiveram por longos anos um papel atrelado à ideia de caridade, espaço para receber doentes pobres que por motivações diversas viam-se reféns das mais diversas doenças. Destacando nesse contexto o papel que as irmandades religiosas desempenharam, tal como na instalação

das chamadas "Santas Casas de Misericórdia". Em Belém, essa instituição remonta ao século XVII, mantendo-se por vários anos com serviços insuficientes e à base de esmolas, ainda assim simbolizando para os necessitados um acolhimento frente ao abandono provocado pela doença e a pobreza.

O Hospital da Santa Casa de Misericórdia foi fundado no princípio de 1650, para mais tarde se tornar responsável pela administração de vários espaços de saúde em Belém. No final do século XIX, o governador Justo Chermont assinou o decreto estadual n° 291, de 20 de novembro de 1890, colocando essa instituição na condição de Associação Civil de Caridade. Também foi em seu governo que ocorreu o início das obras do novo prédio que abrigaria essa instituição, situado à Rua Oliveira Belo, no ângulo com a Rua Generalíssimo Deodoro. Porém, a inauguração ocorreu em 15 de agosto de 1900, dez anos após o início das obras, quando o então intendente de Belém, Antônio Lemos, estava à frente da provedoria da Santa Casa. O final do século XIX e o início do XX são relevantes nas reformas estruturais que essa instituição ganhou, pois foram inseridas especialidades médicas e feita a organização de um espaço terapêutico destinado a cuidar da doença. Sendo notável uma influência na perspectiva médica em suas práticas e em seus espaços, demarcando mudanças que alteraram o seu preceito inicial enquanto instituição religiosa de assistência aos enfermos (MIRANDA, 2019).

Assim, a inserção de aparelhos, especialidades médicas e divisão especializada no espaço físico do hospital ou mesmo hospitais específicos para doenças contagiosas são indícios da construção de um atendimento hospitalar na cidade no final do século XIX. O caráter terapêutico que o hospital ganhou veio acompanhado das transformações no âmbito da medicina e da necessidade de controlar e

tratar as doenças, porque essas podiam paralisar a vida, desacelerar o ritmo nas relações de trabalho, comprometer a imagem da cidade e desviar o caminho rumo ao progresso.

Informando a respeito de algumas instituições de saúde em Belém, é importante destacar alguns espaços, dentre esses: o Hospício de Alienados, com prédio próprio na Avenida Tito Franco, inaugurado em 3 de março de 1893; o Hospital Domingos Freire, inaugurado em 29 de abril de 1900 pelo governador Paes de Carvalho, destinado aos tuberculosos, em prédio próprio na Estrada José Bonifácio; o Hospital de São Sebastião inaugurado pelo governador Paes de Carvalho para variolosos e fundado em 14 de fevereiro de 1900, situado na travessa Barão de Mamoré, fora da área urbana de Belém; Instituto Pasteur, inaugurado em 04 de agosto de 1917, o qual achava-se instalado em prédio próprio na rua João Diogo; o Hospital Dom Luiz I que acolhia associados da Sociedade Beneficente Portuguesa[2] e indigentes que iam em busca de ajuda; o Hospital de São Francisco, pertencente à Ordem Terceira de São Francisco, praticamente restrito aos irmãos da ordem, formado por três enfermarias: São Roque, Santa Clara e Santo Ivo; os hospitais militares: Hospital Militar Federal, Hospital da Marinha e o Hospital Militar do Estado; a Colônia Lazarópolis do Prata, inaugurada em 1924, no município de Igarapé Açu, para portadores de lepra e o Asilo

[2]"A Beneficente Portuguesa também percorreu o bairro do Comércio até ganhar sede no bairro de Nazaré, numa estrada de terra que hoje é uma das Avenidas mais importantes da capital paraense. Em 1874, atendendo às exigências de higiene e saúde da época, lança-se a proposta que compreendia edifício amplo, com boa insolação e luminosidade sendo bastante ventilado e arejado, condições essenciais para evitar as possíveis insalubridades produzidas pelas águas e pela umidade abundantes em Belém" (MIRANDA, Cybelle Salvador. **Memória da assistência à Saúde em Belém-PA:** Arquitetura como documento. I Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo - I ENANPARQ, 2010, p. 4).

do Tucunduba para leprosos, criado por volta de 1814, fora da zona urbana, no bairro de Santa Isabel.[3]

Mas o que seria uma doença? O conceito de doença segundo Roy Porter é complexo e enigmático, pois existem várias percepções em função da temporalidade, do local e da cultura de uma dada sociedade a partir de rupturas e permanências. Nesse contexto, grupos sociais distintos conceituam doenças de diversas formas. Assim como as doenças são observadas de diferentes maneiras pelo paciente e os praticantes da arte de curar, o primeiro constrói sua experiência individual com a doença enquanto o médico traça um olhar objetivo com pretensões científicas em decorrência da busca por um diagnóstico e prognóstico (PORTER, 2006).

A partir do princípio de que o conceito de doença se encontra associado a uma dimensão temporal, espacial e cultural, percebemos distintas experiências entre a população ao tratar, justificar ou mesmo buscar a cura de uma enfermidade. Folhear os jornais é se deparar com notícias que viraram caso de polícia ou de medicamentos que foram recorrentemente usados em tempos diferentes com múltiplas finalidades. É o caso da "mulata" Maria Thereza, que orientada por seus vizinhos levou seu amante, como dizia a notícia, para ser atendido no bairro do Telégrafo Sem Fio por uma mulher considerada chefe dos pajés, onde várias pessoas dançavam chocalhando um maracá e invocavam a "sacrílega" Santa Barbara e aos poucos ia chegando um caruana[4] de cada vez. Segundo o jornal, o local era frequentado por

[3] BRAGA, Theodoro. **Noções de Chorografia do Estado do Pará**. Belém: Empreza Graphica Amazonia, 1919, p. 328-329.

[4] Corresponderia a um ente sobrenatural que habitaria o fundo dos rios, igarapés ou matas, o qual era invocado para livrar as pessoas de doenças e feitiços. Ver: FIGUEIREDO, Aldrin Moura. **A cidade dos encantados:** pajelança, feitiçaria e religiões afro-brasileiras (1870-1950). Belém: EDUFPA, 2008, p. 132.

"gente simples" e também um "pouco mais ou menos", que procuravam por esses lugares para saber a causa do azar e buscar a cura. Eis um trecho da narrativa:

> Maria Thereza, para evitar complicações com outro seu amante, o sexagenário, que a visita em dias determinados e que é quem concorre para a sua manutenção, passou o doente para a casa da visinha, de pessôas de sua amizade. Ahi devido agravar-se a moléstia do alfaiate, aconselharam a amante leviana que fosse buscar a "gente" de Santa Barbara, que o poria bom. Terça-feira ultima, a mulata Maria Thereza foi buscar, em automóvel, o pessoal da santa pageina e levou-o a vêr o doente.
> A "sessão" começou ás 2 horas da tarde e terminou a 5.O que passou não se sabe. O certo é que o pobre alfaiate esticou as canellas ás 9 da noite.
> E ahi está em que dá a pajelança. (JORNAL FOLHA DO NORTE, 1919)

A busca por espaços de cura que não se encaixavam dentro do que se considerava medicina oficial parecia ser uma prática muito frequente nos bairros, e a troca de informação entre os vizinhos indica uma rede de cumplicidade quando a doença batia à porta das pessoas. Não se sabe qual era a moléstia do amante de Thereza, mas o caminho traçado quando o desespero da doença se apresentou pode evidenciar como esses aspectos também são vigentes na experiência e nas crenças de um grupo social, já que a concepção de saúde e doença está atrelada aos valores culturais e à temporalidade em que se encontram os sujeitos de uma dada sociedade. Era comum a maioria dos jornais depreciar as práticas de pajelanças no final do século XIX e início do XX, como uma estratégia para enaltecer o trabalho do médico e desvalorizar curandeiros, pajés, espíritas, entre outros. Ficava na narrativa uma lição à sociedade, pois, quase sempre, nos casos selecionados pelo periódico, o paciente vinha a óbito (PEREIRA NETO, 2001).

Sugere François Laplantine que a representação da doença e da cura precisam ser concebidas a partir de um pluralismo etiológico e terapêutico, em que a relação vai muito além da distinção entre "medicina oficial" e "medicinas paralelas", já que a primeira abarca diversas medicinas organizadas, às vezes, por modelos antinômicos e a segunda pelo antagonismo, semelhança e divergência. No campo de ação em que envolve um sujeito doente e um médico, o espaço do doente é demarcado pela consciência da experiência mórbida que não progride lado a lado no mesmo ritmo da ciência e que pela sua carga simbólica zomba da racionalidade. No campo médico, em grande parte, existe uma recusa da experiência do doente, em nome do conhecimento objetivo como única fonte autêntica (LAPLANTINE, 2010).

A queixa da dor crônica, a descaracterização do corpo, os olhares vigilantes, eram sinais que acirravam a procura pela sensação de alívio e a possibilidade de atenuar a dor da existência. Recuperar tudo isso seria trazer de volta a esperança da cura ou pelo menos da redução das dores que dilaceravam o corpo (LE BRETON, 2013). A procura pela cura e a retomada de um convívio social, talvez tenha estimulado muitos leprosos a trilharem caminhos díspares na procura incessante por uma profilaxia que poderia estar nas ruas, nas páginas dos jornais, nos postos médicos ou na informação dada pelos vizinhos.

Segundo Dilma Cabral, o debate etiológico sobre a lepra buscou esclarecer clinicamente a doença e esteve cercado de pesquisas e diversos experimentos com o único objetivo de elaborar uma terapêutica peculiar para a enfermidade. Essa perspectiva foi pensada tendo em vista os conhecimentos médicos do século XIX sobre o corpo, em que se empenharam por uma causalidade da moléstia, pois a dinâmica estabelecida era de que o ambiente estava em interação com o

doente. Assim, a doença resultava da relação de troca entre a constituição física e as circunstâncias ambientais. Por esses motivos, muitos médicos associaram a lepra durante certo tempo à população pobre, a quem atrelaram a falta de higiene e ausência de condições à salubridade (CABRAL, 2013).

O historiador Aldrin Figueiredo, trilhando os passos da pajelança em Belém a partir da ótica dos intelectuais, destacou como os pajés estavam presentes na cidade, seja nas páginas dos jornais, no discurso policial ou atendendo a quem lhes procuravam. Eles tiveram uma importância singular nos rituais de curas e na tentativa de defender as suas práticas religiosas. Porém, por não obedecerem a uma prova das leis da ciência da saúde, só lhes cabia o sentido pejorativo que era estampado nos jornais da Belém de outrora. Se, por um lado, tentavam julgar e inferiorizar a pajelança, os "pajés científicos"[5] da capital se organizavam para promover o lançamento de um folheto com seus principais nomes e os seus principais remédios, tais como xaropes, infusões e elixires, medicamentos que certas vezes teriam sido receitados pelos médicos das faculdades aos seus pacientes (FIGUEIREDO, 2008).

A reclamação do médico Eduardo Léger[6] pairava justamente sobre as acusações de pajelança, que sofreu da "oligarquia lemista" por quatorze anos, através do jornal Província do Pará. Na publicação

[5] Termo usado de maneira pejorativa pelos jornais para caracterizar os curandeiros na prática de sua "miraculosa ciência" e que receitavam muitas vezes elixir, xaropes, assemelhando-se tal aos clínicos formados nas faculdades de medicina. Ver: FIGUEIREDO, Aldrin Moura. **A cidade dos encantados:** pajelança, feitiçaria e religiões afro-brasileiras (1870-1950). Belém: EDUFPA, 2008, p. 132.

[6] Formado pela Faculdade de medicina do Estado da Bahia, mas de origem maranhense, em sua escrita dedicou uma de suas publicações, intitulada "O Mesticismo na sociedade Belemnense", em 1901, ao mestre e amigo Raymundo Nina Rodrigues, tendo como referência a obra "As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil-Bahia 1894", em que expunha como a mestiçagem no Pará teria contribuído para a degradação da raça humana.

"Sciencia In Partibus", defendeu a necessidade de os médicos conhecerem as contribuições da flora amazônica e que, além da ignorância das autoridades, faltava em Belém botânicos e químicos para ajudarem na classificação e separação do princípio ativo dos vegetais. Entre seus experimentos, têm-se o uso do batatão, chaulmoogra[7], cará, bananeira, jataúba, entre outros. Inclusive, o batatão e o óleo de chaulmoogra foram utilizados como experimentos na terapêutica da lepra; o médico citava ainda sobre a ausência de um laboratório à altura da pesquisa, pois se sua existência fosse possível, a terapêutica destinada às várias moléstias poderiam ser quase exclusivamente originada da flora (LOBÃO JUNIOR, 1916).

Uma das questões que vinha a público na escrita de Eduardo Léger era o fato de os seus colegas de trabalho já não pensarem mais em buscar caminhos possíveis para a cura, sem o uso dos "ferros", ou seja, do instrumental cirúrgico, o que muitas vezes foi divulgado como sendo o que existia de mais inovador e eficaz no ramo da medicina. O médico alertava o leitor, pontuando que a grande maioria dos pacientes que o procuravam no consultório, eram pessoas pobres, que não tinham nem como comprar medicamentos, logo, se fazia necessário utilizar possibilidades que estivessem ao alcance dessa população. No entanto, reconhecia que os vegetais jamais representavam caminhos de curas

[7] As plantas conhecidas pela designação de chaulmoogras pertencem à família das Flacourtiáceas, e seus óleos contêm os ácidos hidnocárpico e chaulmúgrico, que são considerados os responsáveis pela ação terapêutica nos casos de lepra. Essas plantas tropicais são angiospermas (possuem flores e frutos) e crescem, normalmente, até a altura de um arbusto ou árvore mediana. Os gêneros dessa família conhecidos como chaulmoogras são: *Hydnocarpus*, *Carpotroche*, *Caloncoba*, *Oncoba*, *Lindackeria* e *Mayna*, tendo sido, estes dois últimos, pouco empregados no tratamento da lepra. O gênero *Hydnocarpus* corresponde à maior parte das espécies das chaulmoogras e inclui as espécies que possuíam maior valor no tratamento da lepra. Ver: DE SOUZA, Leticia Pumar Alves et al. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 29-47, jan./mar. 2008.

infalíveis, apresentando limitações e, paralelamente, eram utilizados devido ao seu valor, apesar de não comprovados na prática médica. E manifestava que seus colegas de profissão não podiam se omitir em relação aos conhecimentos trazidos pelo povo.

Não apenas os doentes se viam sem um caminho a trilhar, também os médicos ofereciam diversas possibilidades de cura para a lepra, pois desconheciam um medicamento específico para sua cura. Assim, não era incomum as páginas dos jornais refletirem essa miscelânea de tratamentos que propunham a cura da lepra, eram notícias locais e de outras capitais que circulavam relatando tentativas e experiências que ficavam no âmbito da incerteza. Práticas anteriormente já conhecidas na sociedade são retomadas para responder aos anseios e angústias de uma população que se via em pânico diante das incógnitas do diagnóstico e posteriormente do tratamento, como o sugerido pelo Dr. Antonio Aguiar:

> A Cura da Morphéa
>
> Sob esse título, o dr. Antonio Aguiar acaba de publicar na capital federal uma obra de valor, e em que o seu author, estuda a fundo a cura da morphéa. Para o dr. Aguiar a morphéa é uma myslite, e o tratamento com sanguessugas ao longo do rachis, ao lado de um regimen hygienico conveniente, tem lhe dado fructos extraordinários. As notas publicadas são effectivamente dignas de attenção e devem induzir os homens da sciencia a experiementar o methodo. Trata-se de uma moléstia terrível e até hoje julgada incurável.
>
> Bem seria que mandasse em Tocunduba proceder a esse tratamento em alguns dos infelizes recolhidos nesse asylo.
>
> O nome do sr. dr. Aguiar vale por um bello atestado (JORNAL FOLHA DO NORTE, 1899, 4).

A notícia não se colocava como uma possibilidade para amenizar os infortúnios da lepra, mas como a cura, assinada por um médico diplomado e de reconhecimento. O método do homem da ciência rememorava antigas práticas de mais de mil anos, porém, com finalidades atuais, por acreditar que as sanguessugas ajudariam com a inflamação da medula espinhal, mielite, o que o médico acreditava que seria a lepra. Desse modo, o médico pensava que o uso das sanguessugas associado às práticas de higiene permitiria avanços na redução dos sintomas do paciente e ainda reforçava a importância de sua experiência, tendo em vista reconhecer que a doença era sentenciada como incurável. Indicava o uso do tratamento sugerido aos internos do primeiro leprosário, da cidade de Belém, o Asilo do Tucunduba[8]. Observa-se que as conclusões do Dr. Aguiar são posteriores à Conferência Internacional sobre a Lepra, na qual o médico Armauer Hansen havia publicado, após suas pesquisas, que a lepra era proveniente de um bacilo e que ela era uma doença infecciosa e crônica.

Os anúncios se avolumavam nas páginas dos periódicos no final do século XIX, oferecendo à população uma "cura completa"; entre estes, aparecem os de farmacêuticos que medicavam elixir à base de carnaúba e estabeleciam a semelhança entre a lepra e a sífilis, ou médicos que também manipulavam seus medicamentos e divulgavam, ou ainda outros dos quais se desconhecia a profissão associando a doença aos

[8] Descrito como lugar distante do centro da cidade, cercado de uma natureza repleta de caminhos lúgubres e cortado por um igarapé que dava o mesmo nome ao asilo. Ali ficavam fileiras de casas em volta de uma área que não tinha energia elétrica, saneamento básico e o deslocamento dos doentes para a cidade se dava na maior parte das vezes andando, de carroça ou a cavalo. Entre o limite do urbano e suas margens estava o Tucunduba, espaço distante para muitos da civilização e da modernidade. Ver: GOMES, Elane Cristina Rodrigues. **A lepra e a letra: escrita e poder sobre a doença na cidade de Belém (1897-1924)**. Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em História Social, do Centro de Humanidades, da Universidade Federal do Ceará, 2019.

sintomas que marcavam a pele e provocavam deformidade, o que a definia, segundo o anúncio, como uma doença feia:

> É MUITO FEIO!
> Os darthros, empigens, tetingas, lepra, etc
> Desfeiam as creaturas
> O celebre unguento Níger cura tudo isso,
> Vende-se na drogaria Nazareth, a calçada do collegio. (JORNAL PROVÍNCIA DO PARÁ, 1890, p.3).

Conforme o anúncio, o unguento propunha curar múltiplas doenças, restabelecer a estética do paciente e era fácil de ser encontrado, logo ali, em uma drogaria na calçada de uma escola. Desconhecia-se no anúncio a origem da fórmula proposta, quem a elaborava e a imagem do produto, ou o valor dele, aliás, esse último não aparecia nos jornais em que a pesquisa se debruçou. Tais facilidades contribuíam também para compreender porque nem sempre o paciente precisava recorrer ao médico para solucionar os problemas de saúde, tendo em vista que o unguento Níger era um dos muitos que enchiam as páginas dos jornais da época com a promessa de sanar a lepra no corpo. A existência da propaganda do unguento Níger se prolonga no jornal até por volta de 1918, explicitando como as práticas persistiam. É importante perceber essa temporalidade não a partir de uma perspectiva cronológica, mas em função de uma construção sociocultural, em que "cada época, determina um modo específico de relacionamento entre o já conhecido e experimentado, como passado e as possibilidades que se lançam ao futuro, como horizonte de expectativa" (KOSELLECK, 2006, p.24).

Sobre a relação entre a beleza e a medicina, menciona a historiadora Denise Bernuzzi que o sofrimento humano caminhava lado

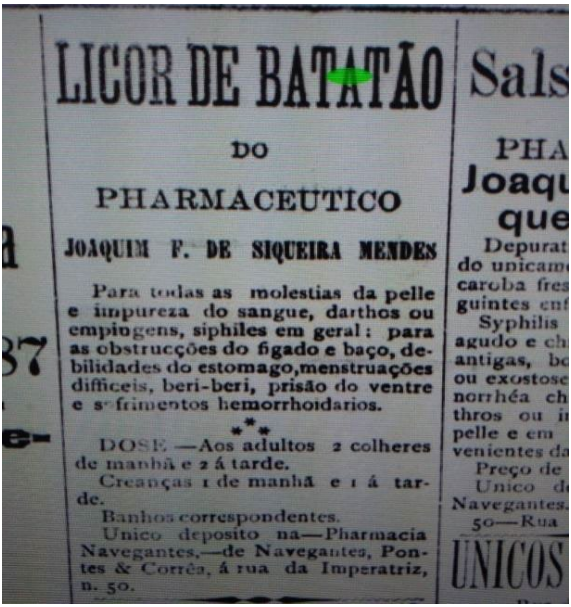
a lado com as dores resultantes da ausência de beleza, que uma doença provoca. Assim, os anúncios misturavam os atributos dos produtos de beleza com os de saúde, que prometiam curar várias doenças ao mesmo tempo em que os sinais da doença apareciam como a negação da beleza. Dessa maneira, de acordo com a publicação do jornal, a lepra, ao tornar-se visível na pele, ia aos poucos caracterizando aquele corpo como "feio", horrendo ou que destoava da normalidade. Logo, "o mapa da feiura também era marcado por doenças, sem contar os casos de quem tivesse o azar de nascer com alguma deformidade" (SANT'ANNA, 2014, p.32).

Os anúncios de remédios nos jornais continham promessas milagrosas e expressões que enalteciam suas potencialidades no restabelecimento da saúde, no caso do unguento Níger, que era de uso externo, parecia ser um ato de remediar que se restringia ao espaço privado, já que deveria ser aplicado no corpo, mais precisamente nas áreas afetadas por doenças como lepra e impigens, e isso incluía partes íntimas do corpo. Para a historiadora Denise Bernuzzi, os anúncios indicavam o cotidiano da cidade a partir das doenças existentes na época e as diferentes formas de remediar, pois alguns, de acordo com a sua composição, pontuavam a dificuldade de locomoção e a necessidade de usá-lo nas residências, enquanto outros, em forma de cápsulas, apresentavam praticidade (SANT'ANNA, 2014).

A despeito do uso de elixir e licores, destacamos o licor de Batatão, pois os jornais foram incisivos em divulgar suas vantagens, ambos com finalidades depurativas que almejavam limpar o sangue e atuar como um tônico fortificante. Ambos consumidos oralmente, o licor recebeu a legitimidade da junta de higiene para ser comercializado, porém apenas o que era produzido pelo estabelecimento do Senhor Rodrigues Silva &

C., mas existiam outros fabricantes, tais como a Farmácia Bernardo Paes e de Joaquim F. de Siqueira Mendes. Esse último prometia a cura de todas as moléstias de pele através do uso do licor de batatão. Segue o anúncio abaixo:

Figura 1: Anúncio de licor de batatão.


LICOR DE BATATÃO

DO

PHARMACEUTICO

JOAQUIM F. DE SIQUEIRA MENDES

Para todas as molestias da pelle e impureza do sangue, darthos ou empingens, siphiles em geral: para as obstrucções do figado e baço, debilidades do estomago, menstruações difficeis, beri-beri, prisão do ventre e soffrimentos hemorrhoidarios.

***

DOSE —Aos adultos 2 colheres de manhã e 2 á tarde.

Creanças 1 de manhã e 1 á tarde.

Banhos correspondentes.

Unico deposito na—Pharmacia Navegantes,—de Navegantes, Pontes & Corrêa, á rua da Imperatriz, n. 50.

Sals

PHA

Joaqu

que

Depurat

do unicam

caroba fres

guintes enf

Syphilis

agudo e ch

antigas, bo

ou exostose

norrhéa ch

thros ou i

pelle e em

venientes da

Preço de

Unico d

Navegantes.

50—Rua

UNICOS

Fonte: Jornal Diário de Notícias. Belém, 01 de julho de 1887 p.4.

Por um lado, existia um consumo desenfreado de licor, elixir e demais medicamentos, os quais inclusive conduziam o paciente na prescrição, que informava a quantidade e horários a serem ingeridos, por outro lado, o batatão também esteve atuante no preparo dos chamados curandeiros e feiticeiros, que justificavam que seus preparos só continham o conhecido batatão, sendo esse último manipulado por várias farmácias e comercializado com a autorização da fiscalização pública. A cearense Maria Sussuarana de Negreiros, que morava na travessa Santo Antonio, entre a Rua das Flores e São Vicente, foi

interrogada pela polícia em 01 de agosto de 1888 após denúncia de um rapaz conhecido como Oliveira, que denunciou a mulher porque sentiu-se enganado no preparo de uma pussanga destinada a fazê-lo conquistar o amor não correspondido de sua amásia. Nesse contexto, a cearense teria lhe cobrado o valor de 500$00 contos de réis. Sendo assim, Maria foi acusada de feitiçaria e, no depoimento, ao ser questionada sobre a composição dos seus "poderosos amavios", disse que no preparo da garrafa só tinha batatão. Segue o trecho: "Hontem esteve na policia, para ser interrogada, a feiticeira que se chama Maria Sussuarana de Negreiros. Interrogada, disse somente que a garrafa, por ela preparada, foi batatão".[9]

O batatão, além de destinar-se à cura de várias doenças, fazia-se presente nos preparos para conquistas amorosas. Porém, é interessante a justificava da cearense Sussuarana, no sentido de afirmar que sua pussanga não continha nada que configurasse feitiçaria, haja vista ser composta por batatão, que era usado por médicos no tratamento de várias doenças na cidade de Belém. O saber científico e as práticas dos chamados feiticeiros tinham em comum o uso do tubérculo, no entanto, com múltiplas finalidades.

Além das versões em licor e elixir, é interessante mencionar que o batatão também poderia ser encontrado em formato de injeção para o tratamento de blenorragias, destinado à gonorreia, doença sexualmente transmissível. Tais usos sobre a persistência de certos medicamentos permitem observar as experiências do tempo na utilização dos medicamentos, pois o batatão esteve presente no final do século XIX e perdurou no século XX, mesmo surgindo outras práticas de remediar.

[9] "Feiticeira" **Jornal Diário de Notícias**, Belém, de 01 de agosto de 1888, p. 2.

A historiadora Aline Medeiros, propõe em sua tese, que os medicamentos precisam ser concebidos para além dos unguentos, pílulas e xaropes, pois a prática de medicar abarcava gestos, plantas, orações e livros destinados a ensinar práticas de cura. Essas medicações traziam perspectivas de transformações e diversificação na lógica de remediar, principalmente nas proporções sobre o passado e o futuro (MEDEIROS, 2015).

Cabe aqui compreender também essa relação estabelecida entre a enfermidade e a aparência presente na propaganda, pois no caso da lepra as chagas na pele eram elementos de identificação que promoviam estranhamento e expunham o dano visível por meio das ulcerações no rosto, no braço, na perna e em tantos outros lugares que nem sempre eram possíveis de serem ocultados, sinalizando uma íntima relação entre o corpo e a higiene, uma vez que a ausência da saúde fazia referência em muitos casos à falta de limpeza e à possibilidade de contágio (VIGARELLO, 1996).

O TEMPO DA DOENÇA DESAFIA OS CÂNONES DA CIÊNCIA

Georges Vigarello comenta sobre como a descoberta microbiana impulsionou a importância dada à limpeza na virada do século XIX, pois o corpo é visualizado como um envoltório permeado por algum agressor tão diminuto que pode ser o portador de uma doença infecciosa. Se a modernidade traz consigo uma preocupação com a limpeza invisível, o impacto das chagas de um leproso na pele, sujeito ao espetáculo do olhar, era a concretude da existência da doença, pois talvez para alguns cruzar na rua com um leproso era tornar visível o horrendo, o sujo e o doente (VIGARELLO, 2011).

Pode-se dizer que as hipóteses sobre as crenças na cura da lepra são diversificadas por vários motivos, entre eles têm-se a diversidade de perspectiva de ciência professada pelos médicos, mas principalmente o crescimento da doença e o desafio de colocar a ciência em diálogo com uma doença incurável, que renderia, sem dúvidas, tentativas de vários segmentos na procura pela cura. No momento em que a ciência galgava um espaço na busca de reconhecimento perante a sociedade, a doença colocava à prova a sua eficácia, expondo os percalços que os homens da ciência teriam para percorrer caminhos concretos que permitissem ter do paciente um crédito de confiança.

Anunciava-se, dessa forma, o tempo da doença que desafiava os cânones da ciência e era campo minado para a entrada de múltiplos experimentos que envolveram leigos e homens da ciência, pois o enfermo frente a uma doença desconhecida se via às vezes disposto a aceitar as variadas terapêuticas que pudessem sanar as chagas expostas e evitar a perda dos movimentos, antes que fosse excluído do convívio social. O leproso se percebia em um tempo em que a doença sem cura o fazia pensar na espera da morte e a possibilidade da cura trazia uma expectativa de futuro atrelada à longevidade e de retomada do que lhe foi furtado, a saúde (KOSELLECK, 2006).

O tempo da ciência vem perseguindo um progresso marcado pela evolução, que consistia na negação de um espaço de experiência pautado em crenças ou conhecimentos que estavam à margem da legitimidade dos seus cânones. Dessa forma, o horizonte de expectativa desse grupo impunha que o corpo doente deveria ser objeto de estudos do saber médico, sugerindo a intervenção direta sobre o corpo do outro, tido como perigoso e que deveria ser isolado com vistas a uma provável cura. Ainda estaria se constituindo o que o sociólogo Pierre Bourdieu

denominou de "campo científico", em que, paradoxalmente, o avanço da ciência e do conhecimento científico é resultado de lutas entre posições e agentes que disputam uma espécie específica de capital simbólico: a autoridade e/ou a legitimidade científica (BOURDIEU, 1983).

Ao que parece, práticas que não tinham a legitimidade da medicina científica possuíam um amplo espaço na cidade, amparadas em vários argumentos que sobrepujavam a necessidade de arrefecer a dor, mas incluíam também as crenças e a resistência da população devido à interferência direta que a medicina exercia nos costumes. As práticas de cura da ciência tentavam construir uma tensão entre o antigo, relacionado aos curandeiros, e o moderno, porém, a população por vezes não conseguia superar o conhecido e experimentado em relação ao que estava por vir, mantendo-se na tensão da coexistência das diversas dimensões temporais, abarcando dessa forma práticas antigas e modernas (KOSELLECK, 2006).

A convivência entre várias práticas de cura com a medicina oficial viveu momentos de tensões quando se imprimiu uma narrativa que desqualificava, incriminava e incluía na seção policial a caça aos curandeiros, classificados, quase sempre, como assassinos ou charlatões. A chegada da Comissão de Profilaxia Rural na cidade de Belém, em 1921, intensificou os conflitos, a ponto de a comissão passar exigir dos médicos, de acordo com o artigo 155 do Regulamento Sanitário Federal, o registro de seus títulos acadêmicos no Departamento de Saúde Pública, a fim de exercerem sua profissão no país. Tal empreitada teve o apoio da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará e em três meses a comissão registrou que existiam 62 médicos formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e 30 pela Faculdade do Estado da Bahia (ARAUJO, 1922). Essa ação foi considerada uma

campanha contra o charlatanismo na cidade, não ficando restrita aos clínicos, logo se estendeu a farmacêuticos, dentistas e parteiras[10].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fontes permitiram observar que a ineficiência da medicina oficial diante da lepra fragilizava-a, produzindo questionamentos em relação às terapêuticas, já que essas ganhavam divulgação na sociedade. Isso também indica que o crescimento da lepra na cidade de Belém e a falta de tratamentos eficazes no âmbito da medicina oficial tenham alimentado proporcionalmente os anúncios de medicamentos e conflitos, entre os que estavam envolvidos com o espaço da cura, e nesse ambiente, estavam os licenciados lutando pelo controle do exercício terapêutico. O discurso dos jornais ao julgar e inferiorizar outras práticas de cura é uma forma de legitimar o saber da ciência. Ao que parece, a linguagem médica distanciava-se do cotidiano da população, e as crenças dos doentes e a ineficiências dos tratamentos incentivaram muitos doentes a procurarem ajuda em outra freguesia, a qual poderia estar para além dos muros dos hospitais e consultórios médicos, pois se faziam atuante nos anúncios ou mesmo na troca de informações entre vizinhos.

FONTES

"É muito feio" **Jornal Província do Pará**, Belém, 03 de maio de 1890, p. 3.

"Pagelança" **Jornal Folha do Norte**, Belém, 27 de janeiro de 1919, p. 2.

"Feiticeira" **Jornal Diário de Notícias**, Belém, de 01 de agosto de 1888, p. 2.

LOBÃO JUNIOR, Eduardo Léger. **Sciencia In Partibus**. Belém: Typ. F. Lopes, 1916.

[10]Idem, p. 194.

"Maus tratos no Tocunduba" **Jornal Folha do Norte**, Belém, 22 de março de 1899, p.4.

ARAUJO, Heraclides C. de Souza. **Prophylaxia Rural no Estado do Pará Vol. 1.** Belém: Typ. Livraria Gillet 1922.

REFERÊNCIAS

BENCHIMOL, J. L. 'Adolpho Lutz: um esboço biográfico'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. 10(1): 13-83, jan-abr. 2003.

BÉNIAC. François. O Medo da lepra. In: LE GOFF, Jacques (apresentação). **As doenças têm história**. Portugal: Terramar, 1997.

BOURDIEU, Pierre. **O Campo científico**. São Paulo: Ática, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CABRAL, Dilma. **Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CABRAL, Dilma. **Lepra, morféia ou elefantíase-dos-gregos:** a singularização de uma doença na primeira metade do século XIX. Rio de Janeiro: História Unisinos 10(1):35-44, janeiro/abril 2006.

COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Direção). **História do Corpo:** da revolução à grande guerra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura. **A cidade dos encantados:** pajelança, feitiçaria e religiões afro-brasileiras (1870-1950). Belém: EDUFPA, 2008.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura. Assim como eram os gafanhotos: pajelança e confrontos culturais na Amazônia do início do século XX. In: MAUÉS, Heraldo; VILLACORTA, Gisela Macambira (organizadores) **Pajelança e religiões africanas na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

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

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

LE BRETON, David. **Antropologia da Dor**. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

MEDEIROS, Aline da Silva. **Os remédios, os livros e os tempos**: consumo de remédios e experiência do tempo entre o Lunário perpétuo e o Diccionario do Dr. Chernoviz. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História Social. Centro de Humanidades. Departamento de História. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2015.

MIRANDA, Cybelle Salvador *et al.* Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2013.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo *et al.* "O indivíduo, a sociedade e a doença: contexto, representação social e alguns debates na história das doenças". Khronos, **Revista de História da Ciência**, nº 6, pp. 41. 2018. Disponível em: http://revistas.usp.br/khronos. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil:** o passado no presente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PORTER, Roy. O que é a doença? In: **História da Medicina**. Rio de Janeiro: editora Revinter, 2006.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. **Esculápios Tropicais**: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de pós-graduação em História Social da Amazônia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. Belém, 2008.

SANT´ANNA, Denise Bernuzzi de. **História da Beleza no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2014.

SARGES, Maria de Nazaré. **"Memórias do Velho Intendente" Antonio Lemos (1969-1973).** Belém: Paka-tatu, 2002.

VIGARELLO, Georges. Higiene do Corpo e Trabalho das aparências. In: CORBIN, Alain;

VIGARELLO, Georges. **O limpo e o sujo:** uma história da higiene corporal. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense-1889-1928. Santa Maria: Ed. Da UFSM; Bauru: EDUSC, 1999.

8

ENTRE NOTÍCIAS E DENÚNCIAS: A IMPRENSA PARAENSE CONTRA A PAJELANÇA AFRO-INDÍGENA NA AMAZÔNIA (SÉCULOS XIX – XX)

Flaviana Moraes Pantoja

INTRODUÇÃO

As práticas de cura realizadas por homens e mulheres conhecidos como curadores ou curandeiros, devido aos seus conhecimentos em chás de ervas**,** banhos, garrafadas etc., por muito tempo tem chamado a atenção da historiografia. Tais sujeitos, além dos conhecimentos de folhas, cascas, cipós, têm como característica a realização de seus tratamentos orientados pela fé. Destaca-se que ao longo de nossa história, as práticas e hábitos de cura realizados por aqueles que não detinham a formação acadêmica da medicina têm suprido a falta de atendimento médico em localidades remotas. Entretanto, os praticantes de curandeirismo também eram vistos como feiticeiros, e por muito tempo conviveram com perseguições. Desde o período colonial os homens recorrem à chamada feitiçaria ou práticas mágicas na resolução de problemas concretos, como curar males, trazer de volta a pessoa desejada, diminuir a aspereza da vida etc. (SOUZA, 2009). Deste modo, uma vez que faltassem explicações naturais, o homem se voltava para as sobrenaturais.

E, conforme aponta Lycurgo Santos Filho (1991) quando o Brasil ainda pertencia ao vasto império português, práticas de cura provenientes dos mais diversos universos culturais eram comuns. Luiz

Otávio Ferreira (2003), também aponta que a medicina no Brasil teve suas bases socioculturais formadas a partir da combinação de três tradições culturais distintas: a indígena, africana e européia e durante a Colônia, a prática da medicina ficou majoritariamente nas mãos de curandeiros, feiticeiros, reizeiros, benzedores, padres, barbeiros, parteiras, sangradores, boticários e cirurgiões, pois o número de médicos era muito reduzido em comparação com a Europa, onde esses profissionais ocupavam um lugar distinto na sociedade e assim, os terapeutas populares eram os que gozavam de maior prestígio entre grupos subalternos e a elite.

Na Amazônia, tais ofícios de cura popular são também conhecidos como pajelança afro-indígena; que é compreendida como uma forma de xamanismo com o intuito de curar doenças por intermédio dos pajés ou curadores que atuam com base na religiosidade. A pajelança afro-indígena é uma prática xamânica que combina as tradições indígenas relacionadas ao uso de ervas com as tradições do catolicismo popular ibérico, enriquecidas por elementos das culturas africanas, nas quais as ervas e as expressões religiosas também são indissociáveis (NASCIMENTO, 2007).

Claude Lévi-Strauss (1975) compreende o conceito de xamanismo enquanto uma prática religiosa e mística que envolve a comunicação entre os humanos e os espíritos da natureza e assim, a magia seria uma linguagem simbólica. Esses espíritos são conhecidos por proteger, curar e punir, o que faz com que as gerações aprendam a respeitar sua autoridade, são os chamados “encantados”. O conceito de "encantado" refere-se a um ser ou entidade que habita o fundo das águas, em uma região conhecida como "encante", e que não pode ser visto pelos leigos

e essa crença nos encantados é fundamental para compreender a pajelança afro-indígena (MAUÉS; VILLACORTA, 2008).

A pajelança é um sistema de compreensão do mundo pelos indígenas e ribeirinhos, onde os sacerdotes e sacerdotisas atuam para curar doenças físicas e espirituais, através de práticas como defumação, benzedura e puxar os ossos para o lugar (VAZ FILHO, 2016). No entanto, o papel dos pajés não é de curar diretamente, mas sim de serem intermediários para a manifestação dos encantados ou caruanas, seres sobrenaturais que são os verdadeiros agentes de cura.

É importante ressaltar que o termo "pajé" pode ser considerado pejorativo por alguns praticantes da pajelança devido à sua associação com práticas de feitiçaria. Em contraste, os termos "curador" ou "curandeiro" são vistos como menos estigmatizantes. Segundo Heraldo Maués (2008), a pajelança cabocla é mais do que um simples ritual de cura, pois envolve uma concepção de mundo que mescla elementos das religiosidades indígena, católica, kardecista e umbandista. Não há uma identidade pajeística única, pois os praticantes se veem como "bons católicos". Nesse contexto, Agenor Pacheco destaca a importância da pajelança afro-indígena na reafirmação da resistência das religiões de matriz indígena e africana na Amazônia, apesar da perseguição histórica por parte da fé católica (PACHECO, 2010).

Ainda hoje, segundo Elvira França (2002), a busca por práticas naturais de cura simbólica é uma forte herança das tradições indígenas e africanas na região amazônica. Aliada à dificuldade de acesso aos médicos tradicionais, especialmente nas áreas rurais, essas práticas continuam a ser procuradas e sobrevivem com a força de seus representantes, mesmo com o crescente uso de medicamentos industrializados e da medicina laboratorial. É importante destacar que

entre os séculos XIX e XX, os médicos acadêmicos coexistiram com esses curandeiros, o que muitas vezes colocou em questão a hegemonia dos procedimentos na área da saúde praticados pelos primeiros (RODRIGUES, 2008).

Durante a chamada *Belle Époque*, período marcado pela intensa modernização urbana em Belém, impulsionado pelos ganhos econômicos da exploração da borracha, as práticas curativas populares como a pajelança eram combatidas e consideradas um atraso na capital e nos interiores do Pará. Na virada do século XX, as denúncias contra a atuação dos pajés se multiplicavam nas páginas dos jornais, mas a população amazônica continuava a buscar seus cuidados em vez dos médicos acadêmicos (FIGUEIREDO, 2003). Nesse contexto, curandeiros, parteiras, espíritas, homeopatas e farmacêuticos sem diploma acadêmico eram vistos como concorrentes da medicina oficial e se tornavam alvos preferidos dos médicos que queriam ter o monopólio da arte de curar (RODRIGUES, 2008). Apesar de uma relação tensa e conflituosa, as alianças e trocas simbólicas entre as diferentes práticas de cura podem ser percebidas quando voltamos nosso olhar para os indícios do passado e permanências do presente.

De acordo com Figueiredo (2003), a imprensa teve um papel significativo na tentativa de acabar com a prática de pajelança em Belém, e essa campanha não passou despercebida pelos leitores das gazetas que circulavam no Pará. Na virada do século XIX, os jornais estavam repletos de denúncias contra o que era conhecido na época como "calamidade dos pajés". No entanto, paradoxalmente, as páginas dos jornais também estavam repletas de anúncios de consultórios, farmácias e remédios com composição semelhante às ervas indicadas pelos pajés. Essa contradição tornava possível identificar intercâmbios

entre as diferentes formas de tratamento, incluindo o uso de ervas prescritas pelos pajés em algumas fórmulas farmacêuticas da época, como já havia sido destacado por Figueiredo (1996).

Diante da ampla variedade de práticas terapêuticas presentes na história da medicina brasileira, a prática da pajelança no Pará é um exemplo relevante de como a diversidade cultural influenciou a forma como a saúde e a doença foram compreendidas e tratadas em diferentes épocas. E nesta perspectiva, é importante reconhecer a imprensa paraense enquanto uma fonte importante para analisar como as práticas terapêuticas não acadêmicas eram representadas e construídas discursivamente na sociedade da época. Nesse sentido, a análise dos discursos presentes em artigos, reportagens e denúncias contra a prática de pajelança no Pará pode contribuir para uma compreensão mais ampla da história da medicina brasileira e da relação entre ciência e cultura em diferentes contextos históricos. O objetivo deste estudo é investigar esses discursos presentes na imprensa paraense, a fim de analisar como a prática da pajelança foi representada e construída discursivamente na sociedade paraense dos séculos XIX e XX, bem como compreender a relação entre as práticas terapêuticas não acadêmicas e a medicina oficial nesse contexto.

A DISPUTA PELA HEGEMONIA TERAPÊUTICA: UMA ANÁLISE DOS DISCURSOS CONTRA A PAJELANÇA NA IMPRENSA PARAENSE.

Com base na perspectiva discursiva de Michel Foucault, este estudo tem como referencial teórico a análise dos discursos presentes na imprensa paraense sobre a pajelança e seus praticantes, considerando que tais discursos exerciam um determinado poder na sociedade paraense. Para Foucault (1998), a análise de um discurso não pode ser

desvinculada das relações de poder existentes na sociedade em que ele é proferido. Ele argumenta que o discurso pode ser usado para reforçar o poder, mas também para miná-lo. E, assim o discurso não é apenas uma manifestação de ideias, é também um meio de exercer poder, é um objeto de desejo para se obter controle, refletindo as forças, as lutas e os desejos da sociedade em que está inserido. Ao analisar os discursos sobre a pajelança na imprensa paraense, torna-se fundamental compreender a relação entre o discurso e o poder que o permeia, considerando que estes podem ser usados de diversas formas para exercer influência e controle sobre a sociedade.

Durante o período republicano, à medida que a medicina oficial consolidava seu controle hegemônico sobre as práticas de saúde, a imprensa se tornou um importante instrumento na perseguição generalizada aos concorrentes dos médicos formados em faculdades. Essa perseguição teve início ainda no final do Império. De acordo com Gabriela dos Reis Sampaio (2001), a imprensa do Império frequentemente apoiou a desqualificação de toda e qualquer medicina diferente da medicina erudita, rotulada pelos intelectuais médicos como "charlatanismo". No Pará, durante a transição do século XIX para o XX, a persistência e a força das terapêuticas populares mostraram que a conquista da tão sonhada hegemonia pela medicina erudita não seria uma tarefa fácil (RODRIGUES, 2008). Entretanto, a imprensa no Pará seria uma importante aliada dos médicos eruditos contra a ação dos pajés, curandeiros, curandeiras e feiticeiros, termos utilizados pela imprensa para descrever qualquer pessoa que exercesse ilegalmente a medicina. Estes sujeitos eram frequentemente denunciados por articulistas de jornais noticiosos, que ocasionalmente, também ironizavam a inação dos chefes de polícia diante das ações dos pajés.

Os discursos contrários à prática da pajelança no Pará eram manifestados através de diversas formas, incluindo as crônicas dos articulistas. Esses discursos muitas vezes eram veiculados na imprensa paraense, e exerciam certo poder na sociedade local, contribuindo para a construção de uma visão negativa sobre os pajés e seus possíveis clientes e seguidores, desqualificando suas práticas de saúde populares. Uma crônica com este teor foi publicada pelo periódico *Diário de Notícias* de 1891, onde o articulista que assinava apenas como "Fabrício" relaciona o ofício do curandeiro à figura do diabo, além de classificar seus clientes como tolos ao acreditar em suas práticas de cura milagrosas realizadas após entregarem seus dinheiros, como visto na transcrição fidedigna a seguir:

> Cosmorama: O curandeiro
> Esculapio dos milagres, alchimista dos parvos.
> Vive em relação directa com o outro mundo, emquanto os seus clientes andam no mundo da lua.
> Pela lei da metempsychose, o Curandeiro na outra vida, foi primo irmão do diabo... coxo. Agora tem com elle parentesco de simples e respeitosa affinidade.
> Como reminiscencia da tal vida anterior conserva ainda o conhecimento das peloticas e dos sortilegios.
> Com esse conhecimento, escamoteia os cobres dos pacientes e faz passes de Ilusionismo com a inspectoria de hygiene.
> Curandeiro é especialista no tratamento da espinhela caída. Tira quebrando de toda a gente... Da policia é que não. Fabricio.[1]

Há vários pontos que chamam atenção nessa passagem, o texto - embora não sendo uma denúncia - evidencia a atuação de curandeiros

[1] Jornal Diário de Notícias, Cosmorama: Curandeiro. Belém/PA, 08 de agosto de 1891. Acervo da Biblioteca Nacional.

e de muitos clientes, estes últimos são vistos como tolos e alienados ao viverem "no mundo da lua". Claramente a intensa atuação de pajés ou curandeiros no cotidiano do articulista o incomoda e isso é refletido em sua escrita a partir da associação com o diabo. Interessante é que ele cita a metempsicose, uma teoria religiosa de reencarnação dos espíritos, para explicar a associação maléfica ao curandeirismo.

É observado ainda a ironia do articulista em relação à ação da polícia e à possível falha do órgão fiscalizador sanitário atuante na época, ao comentar que a inspetoria de higiene parecia não ver ou seria enganada pelas ações de curandeiros, o que nos sugere que embora haja essa caça aos pajés, ela não era efetiva em alguns casos. O mesmo para a ação da polícia, pois o "quebranto" ou "quebrante" na Amazônia, segundo Raimundo Morais (2013) significa prostração, cansaço, fraqueza, abatimento físico atribuído a mau olhado. Ou seja, a crônica sugere a inação da polícia frente à prática de pajelança.

Os fins do século XIX foram turbulentos para os praticantes da pajelança com tantas denúncias nos jornais, inclusive com atribuições de mortes aos seus remédios. Em fevereiro de 1891, o periódico *A República* acusa Felipe Benício de tal, de ser pajé e estar "fazendo <o diabo>"[2] no rio Acaraqui, pertencente ao distrito de Abaeté no Pará. Segundo narra o jornal:

> Inculca-se como o supremo curandeiro do rio e n'estas vistas vae matando a torto e a direito, ora ao som do cachimbo e do canto, ora da dansa e das evocações. No dia 2 d'este mez enterrou-se na Vila de Abaeté a rapariga Umbelina de Tal, victima do terrível pagé.
>
> O enterro, segundo nos consta, fez-se sem ter se procedido diligencia alguma para averiguar se realmente existe um crime, como é voz pública.

[2] [Grifos do original].

> Chamamos atenção do dr. chefe de polícia e pedimos providências energicas contra o pagé[3].

As acusações ao pajé de Abaeté são graves, a expressão "fazer o diabo" é o mesmo que dizer que Felipe atuava livremente na cidade, ao ponto de cometer o crime de homicídio. Interessante é que o articulista menciona que as ações eram "ora ao som do cachimbo e do canto, ora da dansa e das evocações", em uma referência irônica ao ritual de pajelança afro-indígena com seus cantos, o uso do cachimbo e evocação dos espíritos encantados. Outro aspecto dessa denúncia é que embora o pajé seja acusado da morte de Umbelina, ao mencioná-la como vítima do pajé, em seguida é dito "o enterro, segundo nos consta, fez-se sem ter se procedido diligência alguma para averiguar se realmente existe um crime", sugerindo que não haveria nenhuma prova concreta de que a vítima teria sido morta pela ação direta do curandeiro. Se existiu crime ou não, nas linhas do jornal dedicadas ao caso é dito que o pajé Felipe Benício de tal estava matando a "torto e a direito", dando a entender, inclusive, que poderiam ter mais de uma vítima.

Em algumas ocasiões, as denúncias feitas aos chefes de polícia eram acompanhadas de comentários irônicos ou ofensivos, como quando houve a denúncia da presença de um pajé no bairro Pratinha, na capital paraense, publicada no *Diário de Notícias* em maio de 1985. Com o título "Um pagé em scena!", o articulista recomendava à polícia que desse um passeio "lá p'ras bandas da Pratinha", pois lá estaria "exercendo o officio de pajelança o já muito celebre - Pae Adão". O articulista acrescenta: "Esse patife, segundo nos informam, acha-se há dias em sua casa fazendo curativos a uma mulher. O sr. sub-prefeito do

[3] Jornal A República, Pagé. Belém/PA, 06 de fevereiro de 1891. Acervo da Biblioteca Nacional.

3º districto, arrume esse Esculapio de nova especie n'uma enxovia, ahi assim por uns oito dias".[4]

Ao que tudo indica, Pai Adão já era uma figura conhecida na época por exercer seu ofício como pajé, embora não tenha encontrado outras denúncias ou notícias que confirmem essa suspeita. Ao ser chamado de "o já muito célebre", o articulista dá a entender que Adão atuava há bastante tempo no bairro Pratinha, localizado na região nordeste de Belém. É interessante notar que na denúncia Adão é referido como "Esculápio de nova espécie", uma ironia em relação ao deus grego da medicina e da cura, sugerindo um certo desdém em relação ao pajé. O termo "patife" também é utilizado, como a intenção de desqualificá-lo, associando-o a malandragem e desonestidade; enquanto o pedido de enclausuramento em um tipo de prisão severa reforça a reprovação do articulista sobre a prática do curandeirismo.

Outro exemplo, trata-se da denúncia intitulada "Pagé", publicada na seção "Solicitados" do *Diário de Notícias,* pelo articulista de pseudônimo "O bulle de chá da casa dos alferes" que chamava a atenção do "sr. capitão Candido subprefeito da Trindade para uma mulher que mora na travessa Campos Salles n.99 conhecida por Xica Pagé."[5] A travessa Campos Salles da qual o articulista se referia localiza-se na região conhecida como centro da capital. Entretanto, conforme ainda a denúncia, a referida mulher que: "estando em mudança para Barcarena onde vae exercer as altas funcções da pajelança, pede se a s. s. que lhes dê uma recommendação para as autoridades daquele logar, já que aqui não é possível."[6] Será que Xica, a mulher pajé, estaria de mudança para

[4] Diário de Notícias: Um Pagé em scena. Belém/PA, 13 de maio de 1892. Acervo da Biblioteca Nacional.

[5] Diário de Notícias, Solicitados: Pagé. Belém/PA, 22 de dezembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

[6] Idem.

outro município para se livrar da polícia? Não foi possível prendê-la em Belém e por isso foi preciso recomendar às autoridades de Barcarena? Há perguntas que não podem ser respondidas diretamente, mas onde quer que Xica fosse, sua atuação não passou despercebida pelos olheiros dos jornais incomodados com sua pajelança.

Um fato importante é o reconhecimento de uma mulher no ofício de pajé. Xica poderia ser chamada de feiticeira ou bruxa como é percebido, na mesmíssima página de jornal na chamada "Parte Policial" onde são informados os nomes de pessoas detidas naqueles dias finais de 1896. Entre esses nomes é informado que por ordem do subprefeito da Sé foram detidos "José Ferreira Conde, José Alvez Lins, por desordens, Paula Maria de Nazareth por <bruxaria> e Lourenço Vidal por desordens"[7][Grifos do original]. Não há mais informações da prática exercida por Paula que tenha provocado sua prisão, mas é interessante apontar que por vezes as mulheres praticantes de pajelança, como Xica, são retratadas pela imprensa enquanto bruxas e feiticeiras, já os homens que foram presos na mesma situação, são apenas classificados como desordeiros. Indícios das desigualdades entre papéis de gênero presentes nos discursos jornalísticos.

Ao analisar as fontes advindas da imprensa percebemos que o uso dos termos feitiçaria ou feitiço associados à prática de pajelança, ou mesmo ao termo curandeirismo por vezes expressam uma visão maléfica, principalmente quando a prática tem relação com a atuação de mulheres. É o que observamos em uma notícia a respeito da prática de pajelança exercida por "Júlia" de tal, publicada no periódico *Folha do Norte* em 1896:

[7] Diário de Notícias, Parte Policial. Belém/ PA, 22 de dezembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

> "Julia de tal, moradora & rua Henrique Gurjão n. 9, é uma mulatinha maranhense, magrita, dentes postiços e nada devendo a formosura.
> Parece à primeira vista a creatura mais sonsa d'este mundo.
> Pois não é.
> Bem diz a tal sabedoria popular: d'onde mal se espera, de lá é que vem.
> Essa Julia, com toda a sua sonsidade, tem sido já causa de enormes desguisados entre homens e mulheres.
> A mulherzinha deu ultimamente para Pagé, e diz a quem a quer ouvir que ella é pagé de nascença.
> Costuma dar sessões em dias determinados, e é um gosto ver as collegas incautas cahirem com os cobrejos para que a Julia faça uma puçanga contra esta, bote um aborrecimento n'aquella etc. etc.
> Hontem teve denuncia d'estas bravatas o sr. capitão Candido, o inexorável subprefeito do 3º districto, o que equivale a dizer que a Julia está metida em calças, isto é, em saias pardas"[8].

Na análise deste trecho, podemos observar uma descrição estereotipada e racializada de Júlia, presente nos adjetivos utilizados pelo articulista, como "mulatinha maranhense, magrinha, dentes postiços e nada devendo a formosura". Esses termos não apenas ressaltam as características físicas da denunciada, mas também reforçam as expectativas de beleza e feminilidade da época. É importante destacar que essa forma de descrição não é encontrada com a mesma frequência nas denúncias contra os homens pajés na mesma imprensa. Outro aspecto a ser observado é a associação da figura feminina ao mal, presente no ditado popular "onde mal se espera, de lá é que vem", utilizado pelo articulista para descrever Júlia como uma pessoa aparentemente ingênua, mas que esconde perigos por ser uma pajé. O termo "mulherzinha", utilizado pelo jornalista, pode sugerir um

[8] Jornal Folha do Norte. 14 de novembro de 1896, p. 2. Acervo da Biblioteca Nacional.

certo desprezo em relação a Júlia, que também é descrita como enganando mulheres e homens.

Outro aspecto importante é com relação a como Júlia se autodefine enquanto pajé, não se denominando feiticeira, curandeira ou qualquer outra nomenclatura e sim, pajé, conforme afirma o jornalista. Considerando a afirmativa verdadeira, observa-se que Júlia assume um papel que não é esperado que seja exercido por uma mulher naquele contexto, isto pode ser confirmado ao fim do texto quando há um troca de palavras feita propositalmente pelo articulista ao contar da prisão de Júlia: "que equivale a dizer que a Julia está metida em calças, isto é, em saias pardas". O substantivo "calças" nos remete a pensar o masculino e "saias" nos remete ao mundo feminino. Olhando criticamente para a frase é como se o articulista quisesse dizer que a situação de Júlia era esperada na figura de um homem pajé e não dela, uma mulher pajé.

Um ponto a ser destacado nas denúncias e notícias de prisões veiculadas na imprensa é a presença frequente das descrições dos rituais de pajelança. Embora seja importante reconhecer que as narrativas dos articulistas geralmente apresentavam julgamentos depreciativos e ironias em relação a essas práticas. A prisão do pajé Veridiano Belém Pereira na noite do dia 20 de novembro parece ter sido um acontecimento muito importante na imprensa da época. Isto porque as notícias sobre a prisão do pajé foram detalhadas nos jornais *A República*, o *Diário de Notícias* e *Folha do Norte* do dia 21 de novembro de 1896. A *Folha do Norte,* por exemplo, dedicou uma coluna inteira somente para narrar os fatos daquela prisão. Tão chamativa foi essa batida policial que a prisão de Veridiano também já foi estudada por Luís Cláudio Bandeira (2013) e Sérgio Souza e Agenor Pacheco (2021). Porém, Bandeira (2013) analisou a publicação do jornal *A República* e Souza &

Pacheco (2021) também se depararam com a notícia nas páginas do periódico *Folha do Norte*.

Assim, a fim de comparar com os estudos citados, dedico minha análise à publicação que o *Diário de Notícias* dedicou ao narrar o fato:

> Ante hontem à noite, a ordenança do dr. chefe de segurança, tendo denuncia que n'uma casa à travessa 2 de Dezembro, havia uma grande reunião de pagelança, onde achava-se mais de trinta pessoas assistentes, inclusive a doente Bacelicia Macedo, o pagé Veridiano Belem Pereira e os seus ajudantes secretarios Clementino José da Cruz e Antero José Diniz.
>
> O cabo dirigiu se ao local, acompanhado de algumas praças policiaes, que ao chegarem na dita casa, executaram um plano que era preciso para fazer o cerco na synagoga da pagelança do Belem.
>
> Reinava um profundo silencio, no recinto d'aquella brincadeira, ouvia se sómente o som de um maraca enferrojado e a cantaróla fanhosa do celebérrimo pagé.
>
> Tudo estava bom para o pagé, um pequeno gole de vez em quando lhe vinha n'uma cuia de Cametà e depois um cigarro de tauary era servido por um de seus ajudantes.
>
> Quando ninguem esperava, foram todos surprehendidos com a entrada solemne dos policiaes, n'aquelle recinto onde assistiam com toda attenção os convidados aos actos.
>
> O pagé quando viu-se cercado, gritou: «Salve se quem poder dos policiaes!»
>
> O cabo que estava com bonito plano, disse aos policiaes: «Segure primeiro o chefe da brincadeira! »
>
> Preso o pagé, começaram alguns a evadirem se, sendo unhados outros que foram no embrulho para a estação policial. Deixou de seguir presa n'esse embrulho a doente de nome Bacelicia Macedo, que ficou, por achar-se em estado gravissimo de sua molestia.
>
> Uma enorme massa de povo, acompanhou esses festejados até a estação policial, onde foram recebidos pelo sub-prefeito do 3. districto, fazendo recolher todos os cumplices ao xadrez com toda amabilidade do estylo.

> O cabo que fez essas prisões, trooxe num paneiro com os respectivos remedios inclusive o maracá, a penna de guara e outras hervas proprias para a cura
> - Serão todos multados? Não era mao![9].

A notícia identifica que na sessão liderada por Veridiano encontravam-se em torno de 30 pessoas, além de seus secretários e uma mulher adoentada. O grande número de pessoas poderia demonstrar que na Belém, prestes a entrar em um novo século e em meio ao processo de modernização e da grande influência do sanitarismo na administração pública, os adeptos da pajelança seguiam teimando em realizar suas práticas, ainda que no meio da noite, às escondidas das autoridades policiais. Entretanto, no estudo de Bandeira (2013) é demonstrado que o jornal *A República* não faz menção a esse número total de pessoas, citando apenas 10, além de tratar Clementino e Antero como clientes e não como ajudantes de Veridiano. Outra diferença nas abordagens jornalísticas é que enquanto no *Diário,* e como veremos na *Folha,* é dito que um cabo teria interrompido a sessão de pajelança; o jornal *A República,* conforme Bandeira (2013), aponta o "bondoso subprefeito Nunes" como aquele que invadiu a residência do pajé, enquanto nos demais periódicos o subprefeito não é mencionado.

Na narrativa do periódico *Diário de Notícias* percebemos ainda a descrição de um ambiente que "Reinava um profundo silencio, no recinto d'aquella brincadeira, ouvia se sómente o som de um maraca enferrojado e a cantaróla fanhosa do celebérrimo page". Como dito, a perspectiva do jornal carrega filtros irônicos e depreciativos a respeito da pajelança, observada aqui na utilização de alguns termos ao

[9] Jornal Diário de Notícias. Pagé. Belém/PA ,21 de novembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

descrever a referida sessão e seus elementos como: "brincadeira", "maracá enferrujado" e "cantarola fanhosa". Ao se referir à casa do pajé como "sinagoga da pajelança", em referência ao templo religioso da religião judaica, o articulista não deixa claro sua intenção, uma vez que não faz outras referências da referida religião. E verificando o dicionário *Diccionario contemporaneo da lingua portuguesa*[10] *(1881),* de Francisco Júlio de Caldas Aulete, o verbete "syanoga" remete ao sentido de assembleia de fiéis, reunião judaica. Entretanto, ao verificarmos o significado do termo sinagoga no dicionário da Língua Portuguesa *Houaiss, ele* aponta outros sentidos pejorativos ao termo como "reunião tumultuosa; casa onde ninguém se entende, festa ruidosa; pândega, barulho, desordem, confusão.[11] Assim, também entendemos o uso do termo a partir de uma perspectiva pejorativa do articulista.

Ao mencionar que durante a sessão o pajé "tomava pequenos gole de vez em quando lhe vinha n'uma cuia de Cametá e depois um cigarro de tauary[12] era servido por um de seus ajudantes", observamos que o ritual ali ocorrido estava inserido de fato nas características de um ritual afro-indígena. Além disso, é dito ainda da existência de um "paneiro com os respectivos remedios inclusive o maracá, a penna de guara e outras hervas proprias para a cura". Menciono isto, diante da possível existência de descrições generalistas a respeito de práticas mágico-religiosas por parte da imprensa, dada as suas abordagens

[10] Verbete synagoga. *In:* AULETE, Francisco Júlio de Caldas. **Diccionario contemporaneo da lingua portuguesa**. Imprensa Nacional, 1881.

[11] SINAGOGA. *In*: HOUAISS, **Dicionário Online de Português**. UOL, São Paulo, 2023.

[12] Raymundo Heraldo Maués (1994, p. 74) explica que o cigarro tauari é preparado e enrolado com a casca de uma planta chamada tauarizeiro e fumado ao contrário, com a brasa dentro da boca. O pajé sopra com força para fazer a defumação do ambiente, dos objetos e dos doentes. Quanto ao maracá, trata-se de um chocalho feito com a cabaça de uma planta chamada "balde", ornamentado com penas de arara

carregadas de preconceitos, conforme também observa Bandeira (2013) ao analisar a notícia do jornal *A República.*

Uma descrição mais detalhada do ocorrido foi encontrada na Publicação da *Folha do Norte* também do dia 21 de novembro, onde é possível inclusive saber um pouco mais sobre os indivíduos encaminhados a delegacia, descrições sobre o ritual, além de possíveis inconsistências das informações passadas pelo *Diário.*

> Hontem á 1 hora da manhã, passando por uma casa, sita á travessa 2 de Dezembro, o cabo Manoel Paulino, ordenança do chefe de polícia, ouvio no interior ruidos de maracás, vozes confusas, ao tempo que pelos filamentos das portas da dita casa sabiam grossos rolos de fetida fumaça.
> Como horas antes haviam-lhe comunicado que ali residia um carpinteiro de nome Veridiano Belem Pereira, que trocara o seu honroso efficio pelo de page, e o qual todas as noites dava sessões de pagelança, sendo a sua clientella na mór parte composta de mulheres, o cabo parou e pôz-se a espreitar pelo buraco da fechadura.
> Era uma sala pequena, sem mobilia, mal illuminada. No centro, fumando um grande cigarro de tauary, e de vez em quando agitando um maracá, estava o tal page Veridiano, nú até a cintura, a cabeça amarrada. Em torno d'elle, na mais respeitosa com-postura, viam-se 13 pessoas, 5 homens e 8 mulheres[13].

Além de alguns aspectos já mencionados, com os acréscimos da *Folha do Norte* sabemos que Veridiano Belém Pereira além da pajelança, exercia a profissão de carpinteiro, profissão descrita pelo jornal como honrosa, mas trocada pelo ofício de pajé, vista como desonrosa pelo articulista, observação também feita por Bandeira (2013) e Souza & Pacheco (2021). Somos informados ainda que a referida sessão ocorreu

[13] Jornal *Folha do Norte*, Echos e Notícias, Belém/PA, 21 de novembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional).

na própria casa do pajé e ao contrário do que foi mencionado pelo *Diário de Notícias,* não eram 30 e nem 10 pessoas, como dito n'*A República,* mas 13 pessoas presentes no local, 5 homens e 8 mulheres. Aqui também há a informação que as mulheres seriam maioria nas sessões de pajelança lideradas por Veridiano. De fato, a presença numerosa de mulheres em rituais de pajelança nos chama atenção, seja em posição de clientes, auxiliares de um homem pajé ou mesmo exercendo a função de pajé.

No referido caso, essas mulheres são descritas como clientes de Veridiano, como o caso de Bacelicia, que não é citada pela *Folha*, mas foi descrita como adoentada pelo *Diário*. A informação sobre as mulheres não foi discutida por nenhum dos outros dois estudos sobre o caso do Pajé Veridiano. Enquanto Bandeira (2013) dedicou-se a analisar em sua tese a figura de Veridiano como um popular pajé na *Belle Époque Paraense*, Souza & Pacheco dedicaram-se a entender estes personagens enquanto "pretos e pardos, ocupantes de empregos de baixa remuneração ou desempregados, originados de estados do Norte e moradores de espaços distantes das áreas centrais da cidade os que buscam a cura do corpo e da alma junto aos pajés" (SOUZA; PACHECO, 2021, p.110).

Souza & Pacheco (2021) conseguem esta conclusão porque a *Folha do Norte* nos permite conhecer um pouco mais dos envolvidos ao revelar os seguintes dados:

> Clementino José da Cruz, 27 annos, pardo. maranhense alfaiates;
> José Domingos Pereira, 45 annos, preto, alagoano, funileiro;
> Francisco Muniz da Costa, 23 annos, cearense, pardo, fabricante de bones (livra!);
> José Alves, 19 annos, mineiro, pardo, pintor:
> Raymunda Gomes de Sousa, 19 annos, parahybana, parda, sem profissão;
> Maria Amalia de Carvalho, 30 annos, maranhense, preta, costureira;
> Maria da Conceição, 21 annos, fluminense, preta, cosinheira;

> Maria Euphemia, 33 annos, preta, maranhense, vendedeira;
> Maria Joanna Rosa, 22 annos, preta manhense, cosinheira;
> Adelina Maria da Conceição, 23 annos, preta, maranhense, cosinheira;
> Raymunda da Conceição, 24 annos, preta, maranhense e
> Raymunda Maria da Conceição, 40 annos, mulata, maranhense[14].

Além da predominância de mulheres presentes na referida sessão, o jornal torna explícito que quase todos os participantes eram nordestinos de estados como Maranhão (a maioria), Alagoas, Ceará, Paraíba, mas há também a presença de nascidos em Minas Gerais e no Rio de Janeiro. Lembremos que neste momento Belém, devido à economia da borracha, era uma região atrativa para muitos imigrantes. Infelizmente a naturalidade de Veridiano, o pajé, não é revelada pelos jornais e nem se estavam paraenses na reunião. Entretanto, ao divulgar tais informações, a imprensa contribui para a criação de um imaginário de que a pajelança era uma prática de pessoas pretas ou pardas, ocupantes de classes mais baixas da sociedade, com pouca instrução. Porém, as sessões de pajelança também eram frequentadas por pessoas mais abastadas, brancas, homens da elite, mas estas não apareciam nos registros e quando apareciam, como bem dizem Souza e Pacheco (2021) "seus nomes são ocultados e os envolvidos caracterizados como "boa gente".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos discursos presentes na imprensa do Pará do século XIX a respeito dos praticantes da pajelança, é possível perceber claramente os esforços da elite letrada em criar estigmas e preconceitos em torno da figura dessas pessoas, marginalizando-as e deslegitimando

[14]Idem.

suas crenças. A atuação de homens e mulheres como pajés são descritas nas páginas dos jornais de forma depreciativa, classificando suas práticas como irracionais e primitivas, o que também vale para seus clientes, vistos como ignorantes e crédulos.

Essa narrativa de inferioridade, contudo, não foi suficiente para conter a popularidade da pajelança, que persistiu como uma prática religiosa e de cura relevante para a população local mesmo com a consolidação da hegemonia da medicina oficial. A elite, formada por médicos, jornalistas, comerciantes e governantes, apesar de dispor de mecanismos de poder em suas mãos, como a imprensa, não conseguiu impedir a persistência e a disseminação da pajelança no Pará.

É importante notar que a resistência à pajelança não se limitava apenas ao seu caráter religioso, mas também estava relacionada à ameaça que a prática representava para a hegemonia da elite branca e ocidentalizada na região. Nesse sentido, a deslegitimação dos pajés e de seus clientes era uma forma de reafirmar a superioridade da cultura e dos valores europeus, considerados superiores e civilizados em relação às práticas e crenças dos povos indígenas e afrodescendentes.

FONTES

Jornal Diário de Notícias, **Cosmorama:** Curandeiro. Belém/PA, 08 de agosto de 1891. Acervo da Biblioteca Nacional.

Jornal A República, **Pagé**. Belém/PA, 06 de fevereiro de 1891. Acervo da Biblioteca Nacional.

Diário de Notícias: **Um Pagé em scena**. Belém/PA, 13 de maio de 1892. Acervo da Biblioteca Nacional.

Diário de Notícias, **Solicitados:** Pagé. Belém/PA, 22 de dezembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

Diário de Notícias, **Parte Policial**. Belém/ PA, 22 de dezembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

Jornal Folha do Norte. 14 de novembro de 1896, p. 2. Acervo da Biblioteca Nacional.

Jornal Diário de Notícias. **Pagé**. Belém/PA ,21 de novembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

Jornal Folha do Norte, **Echos e Notícias**, Belém/PA, 21 de novembro de 1896. Acervo da Biblioteca Nacional.

REFERÊNCIAS

AULETE, Francisco Júlio de Caldas. **Diccionario contemporaneo da lingua portuguesa**. Imprensa Nacional, 1881.

BANDEIRA, Luís Cláudio Cardoso. **Rotas e raízes de ancestrais itinerantes**. Tese de Doutorado em História Social, PUC: São Paulo, 2013.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: **Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social**. 2003. p. 101-122.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. **A Cidade dos Encantados: Pajelanças, Feitiçarias e Religiões Afro-Brasileiras na Amazônia (A Constituição de um Campo de Estudo 1970-1950)**. Dissertação de Mestrado, Unicamp. 1996.

FIGUEIREDO, Aldrin Moura de. Anfiteatro da cura: pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX. In: **Artes e ofícios de curar no Brasil: Capítulos de história social**. 2003. p. 273-304.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1998.

FRANÇA, Elvira Eliza. **Crenças que promovem a saúde: mapas da intuição e da linguagem de curas não-convencionais em Manaus, Amazonas.** Manaus: Valer; Edições do Governo do Estado,2002.

HOUAISS, **Dicionário Online de Português**. UOL, São Paulo, 2023.

LÉVI-STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua magia. **Antropologia estrutural**, v. 5, p. 193-214, 1975.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. A pajelança cabocla como ritual de cura xamânica. In. MAUÉS, Raymundo Heraldo; VILLACORTA, Gisela Macambira. (Org.). **Pajelanças e religiões africanas na Amazônia.** Belém: EDUFPA, 2008.

MORAIS, Raimundo. **O meu dicionário de cousas da Amazônia.** Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2013.

NASCIMENTO, Vilme Maria do. **Sagrado/profano no trato do corpo e da saúde na "metrópole negra". Salvador nos anos 1950/1970.** Tese de doutorado. São Paulo: PUC/SP, 2007.

PACHECO, Agenor Sarraf. **Encantarias Afro-indígenas na Amazônia Marajoara: Narrativas, Práticas de Cura e (In)tolerâncias Religiosas.** Revista Horizonte, Belo Horizonte, v. 8, n. 17, p. 88-108, abr./jun. 2010.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. **Esculápios tropicais: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919.** Dissertação de Mestrado: UFPA. 2008.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, CECULT, IFCH, 2001.

SANTOS FILHO, Lycurgo. Medicina no período imperial. In: Holanda, Sérgio Buarque de. (org). **O Brasil Monárquico – Coleção História Geral da Civilização Brasileira.** Tomo II. Volume 3. São Paulo: Difel, 1985.

SOUZA, Laura de Mello e. **O diabo e a Terra de Santa Cruz: feitiçaria e religiosidade popular no Brasil colonial**. São Paulo, Editora Companhia das Letras, 2ª ed. 2009.

SOUZA, Sergio Roberto; PACHECO, Agenor Sarraf. SABERES MÉDICOS E OUTRAS ARTES DE CURAR NA AMAZÔNIA: CONFLITOS E AMBIGUIDADES (1890–1910). **Jamaxi**, v. 5, n. 1, 2021.

VAZ FILHO, Florêncio de Almeida. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia.** Santarém: UFOPA, 2016.

9

AS AÇÕES ASSISTENCIAIS A PARTIR DA PROFILAXIA E TERAPÊUTICA NO POSTO DE HIGIENE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ (1930-1945)

Rakell Milena Osório Silva

INTRODUÇÃO

O contexto brasileiro do século XX foi marcado por inúmeras mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais, transformações e evoluções no campo das ciências e da medicina. O período governamental de Getúlio Vargas (1930-1945) contribuiu para o início da centralização pública federal, principalmente na área da saúde, uma vez que, no período anterior, à saúde pública ainda buscava se estabelecer e se tornar prioridade no país.

O Governo Provisório (1930-1934), foi marcado por uma intensa reforma política e administrativa, com a diminuição do poder das políticas oligárquicas regionais que controlavam o Estado. Com isso, medidas voltadas para a saúde da população, principalmente a do trabalhador, passaram a ter prioridade na agenda estatal. Nesse período, foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), ambos tinham ações voltadas para a saúde pública em âmbito nacional. O MESP estava voltado para a saúde da população brasileira, sobretudo das camadas mais pobres, dos trabalhadores informais e também dos desempregados, já o MTIC para os trabalhadores urbanos, como seguros contra acidentes de trabalho, invalidez, doença, morte, seguro-maternidade, entre outros. (FONSECA, 2007).

As concepções de sanitarismo vinham desde o final da década de 1910, por meio de um processo lento e gradativo de reformas na expansão dos serviços de saneamento e profilaxia rural, em especial no combate das endemias rurais, como malária, doença de Chagas e ancilostomose. A partir disso, foram colocadas em prática as reformas urbanas na capital, objetivando aumentar a circulação das pessoas, mas eram realizadas no centro da cidade, a parte periférica continuava em situação precária. Em todo o estado, já era decretado por lei, desde 1910, a proibição da construção de casas de palha na zona urbana, onde o propósito das autoridades se baseava em reorganizar e higienizar gradativamente a zona urbana de construções de palha e talos de coco. (NASCIMENTO, 2015).

A cidade de Teresina, na condição privilegiada de capital, recebia uma parcela significativa das elites econômicas, políticas e intelectuais no seu centro urbano, o que contribuía para a sua construção como cidade civilizada. Além disso, foram necessárias algumas mudanças ainda no começo do século XX, como o alargamento de ruas, construção de prédios públicos, fornecimento de água encanada em 1906, inauguração da rede telefônica em 1907, instalação de energia elétrica no ano de 1914, início da construção da ponte João Luiz Ferreira em 1915, que ligava Teresina a Timon, e a fundação da Academia Piauiense de Letras em 1917 (QUEIROZ, 1994).

As reformas implantadas na década de 1930 tornaram-se mais complexas, uma vez que a ideia era partilhada por médicos higienistas e pelas elites políticas. A construção político-ideológica possuía uma forte campanha de nacionalização, com base no sanitarismo campanhista, pautado na modernização do sistema político da União, contra o caráter privado da vida pública. (HOCHMAN, 2002).

No início da década de 1930, várias medidas foram adotadas no país em direção à saúde pública e à incorporação da medicina social de caráter preventivo, que visava o controle das doenças e incentivava a salubridade das cidades, onde:

> [...] as políticas sociais foram mecanismos cruciais na penetração do poder público em todo o território nacional. Tais políticas foram instrumentos poderosos para manter a unidade territorial do país, face às eventuais pressões federalistas. (FONSECA, 2007, p. 11).

Não houve rompimento com o que vinha sendo realizado na área da saúde, mas sim uma incorporação tanto das instituições, quanto dos agentes, para estabelecer a normatização, centralização e especialização profissional, uma vez que, nesse período as doenças transmissíveis e as endemias rurais eram as principais causadoras de morte nos estados brasileiras.

Apesar da tímida incorporação do Estado nas políticas públicas de saúde no Governo Provisório, buscava-se cada vez mais centralizar sua administração e estender sua proteção social. A discussão ganhou destaque a partir dos médicos higienistas e elites políticas, que visavam um país modernizado e, para isso, era necessária a incorporação de uma medicina social de cunho preventivo, com medidas profiláticas.

A febre amarela ainda ameaçava a capital do país e os portos litorâneos, a malária circulava fortemente pelo interior do país, a hanseníase ganhava a atenção dos médicos e a tuberculose continuava sendo o mais grave problema sanitário das cidades. (HOCHMAN, 2005). Assim, foram necessárias medidas mais rígidas, que remodelassem os serviços sanitários do país, principalmente no interior, com o intuito de mudar os hábitos da população, que contavam com serviços precários ou praticamente inexistentes.

Por conta dos altos índices de mortalidade infantil e as precárias condições de saúde dos adultos, o poder público, a partir da década de 1930, a família foi colocada como incapaz de proteger a saúde adulta e infantil, por conta dos altos índices de mortalidade infantil e as precárias condições de saúde dos adultos. Dessa forma, Jurandir Costa, com base nos conceitos de Foucault, aborda como o Estado passou a fazer parte da vida privada das famílias, usando essa instituição como instrumento de dominação política para modelar o ideal de família saudável, onde a mãe e a criança passaram a ser o foco desse governo:

> A nosso ver, o controle educativo-terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modelo de regulação política da vida dos indivíduos que, até hoje, vem se mostrando eficiente. Através da tutela terapêutica o corpo, o sexo e as relações afetivas entre os membros da família, como já vimos, passaram a ser usados, de modo sistemático e calculado, como meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa. Todavia, a ação deste tipo de tutela vai mais além. Recupera os efeitos imprevisto dessa manipulação, ocultando-lhes a origem de caráter social. (COSTA, 1989, p. 16).

Os resquícios da Primeira República ainda estavam latentes em 1930, onde as relações desiguais entre os estados se orientavam através das noções de privilégio e exclusão. Nesse cenário de constantes mudanças, em que as normas foram feitas e desfeitas, o Estado passara a ser o principal prestador desses serviços e a saúde pública se tornou delineadora desse modelo centralizado, em contraponto aos interesses privados regionais, que colocavam o higienismo e a salubridade em segundo plano.

As questões de assistência sanitária e bem estar social da população ganharam maior destaque, passando a ser questão administrativa, como afirma Cláudio Bertolli:

> A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Tal promessa foi recebida de modos diferentes pelas lideranças políticas estaduais. Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do governo federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população. (BERTOLLI, 1996, p. 31).

Nesse período, o quadro sanitário da capital ainda não grassava da forma desejada, mesmo havendo a concentração dos programas de saúde na área urbana, as precárias condições de salubridade ocasionavam a presença de diversas doenças endêmicas e epidêmicas. Em contrapartida o interior ficava à margem, com serviços precários ou sem nenhuma assistência (PAIM, 2011).

Em 1937, com a chegada do governo estadonovista, com medidas autoritárias em suas políticas, a saúde pública passou a ser institucionalizada e as campanhas sanitaristas se davam principalmente contra a febre amarela e a tuberculose. No contexto geral, segundo Acurcio (1999), o DNSP foi reestruturado e dinamizado em 1938, visando atuar nas áreas não cobertas por serviços tradicionais, havendo um relativo avanço da atenção à saúde do interior, principalmente no que diz respeito às endemias rurais, com a criação de estruturas sanitárias e campanhas dedicadas ao combate do impaludismo, mais conhecido como malária e da sífilis.

Mesmo com um maior controle político e extensão da proteção social, a partir da centralização político-administrativa, todos esses

avanços nos poderes públicos não eram suficientes para evitar o alastramento das doenças, como afirma Gilberto Hochman:

> Um campo desafiado por um quadro sanitário que, mesmo com avanços do poder público e do conhecimento biomédico, continuava sendo dramático em 1930: a febre amarela ainda ameaçava a capital e os portos litorâneos, a malária grassava pelo interior do país, a hanseníase ganhava a atenção dos médicos e a tuberculose continuava sendo o mais grave problema sanitário das cidades. (HOCHAMAN, 2005, p. 129).

Desse modo, a antiga natureza da saúde pública foi remodelada em todo o país de forma gradual pelos Interventores Federais designados pelo Presidente para cada estado, pois não havia profissionais qualificados, as estruturas eram precárias e os materiais eram insuficientes. (FONSECA, 2007). De acordo com Joseanne Marinho (2018), tais medidas chegaram ao Piauí através da gestão do Interventor Federal Landry Salles Gonçalves (1931-1935), que foi responsável por reorganizar a administração pública, incluindo as instituições públicas de saúde.

Para isso, foram utilizadas como bibliografia as obras de Joseanne Marinho (2018; 2020; 2021) e Ana Karoline Nery (2021), para as discussões acerca da saúde pública piauiense que levaram ao estabelecimento e expansão dos serviços para o interior do estado durante o Governo Interventor. Autores como Teresinha Queiroz (1994) e Francisco Alcides (2015) foram utilizados nas abordagens historiográficas contextuais sobre o Piauí, principalmente no que se refere às questões políticas, econômicas e sociais. Além disso, Gilberto Hochman (2005) forneceu direcionamentos para a análise das relações entre saúde pública e a construção do Estado no Brasil da Primeira República, como também os estudos de Cristina Fonseca (2017), com as políticas voltadas para a saúde pública no Governo Vargas.

Acerca das fontes, foram utilizadas as Mensagens de Governo do Piauí de 1930 a 1945, a Revista da Associação Médica do Piauí de 1939 a 1944, os Códices do Posto de Higiene de São João do Piauí de 1932 a 1944 e os relatórios enviados pelos Diretores das instituições de saúde de Floriano ao diretor do Departamento de Saúde Pública de 1935 a 1943, para o fornecimento de informações sobre como a saúde pública passou a se organizar nesse período no Piauí, especificamente na cidade de São João do Piauí.

A SAÚDE PÚBLICA NO PIAUÍ NO GOVERNO INTERVENTOR (1931-1945)

Apesar de o Interventor Federal do Piauí ser nomeado somente em 1931, medidas mais abrangentes já estavam sendo tomadas pelo governador João de Deus Pires Leal, como é retratado no Relatório Governamental de 1930, apresentado à Câmara Legislativa. Por conta da falta de verbas, o relatório demonstra as dificuldades enfrentadas na expansão do serviço de saneamento para o interior do estado, que visava a melhoria da fiscalização e cumprimento das obrigações legais quanto às instalações higiênicas, por conta da falta de verbas. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1930).

Com a regularidade dos serviços do posto sanitário na capital Teresina, ainda no mesmo ano, este foi transformado em Centro de Saúde e, com isso, houveram mudanças no tratamento de doenças como verminoses, malária e doenças venéreas, o que possibilitou maior suporte para a população local. Além disso, também foi criado o Posto Anti-tracomoso Moura Brasil e o Posto Escolar Abreu Fialho, que no geral eram responsáveis pelo tratamento dos casos que estavam em crescimento de tracoma no estado. (MARINHO, 2018).

Em 1931 foi possível notar mudanças graduais, até mesmo no que tange aos Relatórios Governamentais do Estado. Desde o início da Primeira República até o ano de 1930, o destaque para a saúde pública era mínimo, mostrava-se mais as dificuldades enfrentadas na instalação de serviços públicos com a falta de verbas para custeá-los, do que nas melhorias desempenhadas de forma regular. Todavia, com a Interventoria Federal de Landry Salles Gonçalves, houve o esforço em reorganizar a saúde pública, priorizando a centralização e o controle da administração. Cada serviço de saúde passou a ser organizado burocraticamente para mostrar os avanços no atendimento e a diminuição das doenças que assolavam a região.

O primeiro Governo Vargas foi responsável por priorizar os serviços públicos de saúde, que no período anterior não eram considerados relevantes. No Piauí, houve um aumento significativo nas verbas destinadas para a saúde pública, tanto pessoal quanto material, possibilitando que a saúde se organizasse melhor, com investimentos em profissionais e estabelecimentos hospitalares e elevação do número de Postos de Saúde no interior do estado, não se restringindo somente a capital Teresina ou as cidades de Parnaíba e de Floriano. (MARINHO, 2014).

No comando do Piauí, Landry Salles se reportava diretamente ao presidente Getúlio Vargas, demonstrando preocupação com o estado. De acordo com os registros do interventor, “as primeiras medidas a pôr em pratica foram, portanto, tendentes a fortalecer a confiança popular abalada e garantir os direitos individuaes e colletivos”. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1931-1935, p. 3). Para elevar os serviços prestados à população piauiense, foi necessária toda uma remodelação da administração pública, com uma reforma de caráter centralizador, principalmente no que diz respeito à saúde pública.

Com base no Relatório Governamental de 1931 a 1935, foi possível identificar detalhadamente o funcionamento e atuação da Diretoria de Saúde Pública, com o quadro demonstrativo do movimento dos postos de Teresina, que funcionavam com certa regularidade se comparado aos municípios do interior do estado.[1]

Tabela 1: Posto de Saneamento Rural (Secção João Virgílio).

	1932	1933	1934	1935	TOTAL
Pessoas Matriculadas					
HOMENS	950	816	613	114	2503
MULHERES	650	767	497	77	1991
CRIANCAS	1195	2975	1105	184	5499
Doentes de Verminose	3679	3146	1016	180	8021
Doentes de Impaludismo	784	891	793	128	2596
Doentes de Impaludismo e Verminoses	—	521	—	—	521
Exame de Fezes					
POSITIVOS	3679	4656	2185	417	10937
NEGATIVOS	379	561	247	43	1230
Exames de Escarros					
POSITIVOS	19	16	—	—	35
NEGATIVOS	36	13	—	—	49
Exames de Muco Nasal					
POSITIVOS	5	5	—	—	10
NEGATIVOS	28	2	—	—	30
Exames de Pús					
POSITIVOS	1	1	—	—	2
NEGATIVOS	6	2	—	—	8
Exames de sangue					
POSITIVOS	39	33	—	—	72
NEGATIVOS	26	16	—	—	42
Impaludados matriculados, em tratamento	784	2618	1726	347	5475
Comprimidos de quinino, fornecidos	5677	19553	18723	2924	46877
Injeções de azul de methyleno, aplicadas	201	882	699	28	1810
Injeções de maleizin azul	92	—	—	—	92
Injeções de sezonan, aplicadas	8	—	—	—	8
Papeis de euquinina, fornecidos	—	30	1193	—	1223
Papeis de dolearina, fornecidos	—	—	43	—	43
Vaccinados	433	104	132	351	1020
Revaccinados	1827	355	35	194	2411
Attestados de vacinação, com proveito	—	225	—	543	768
Consultas	7904	11792	6251	1224	27171

Fonte: Relatório Governamental de 1931-1935.

[1] Os dados do ano de 1931 não constam nesses serviços.

Por meio da análise da tabela, foi possível notar um crescente número de crianças matriculadas nos anos de 1932 e 1933 por verminose ou por malária, sendo que, segundo o próprio relatório, todos os doentes já estavam recebendo tratamento. Nos anos de 1934 e 1935, houve uma drástica queda, sem explicação aparente, e consequentemente, o número de doentes também diminuiu. Os números de vacinados e revacinados em todo esse período ora crescia ora diminuía, mas no total, foram números altos.

Tabela 2: Posto de Saneamento Rural (Secção Ribeiro Gonçalves).

	1932	1933	1934	1935	TOTAL
Primeiros Exames (Positivos)					
HOMENS	37	26	38	3	104
MULHERES	63	63	61	5	192
CRIANÇAS	485	289	157	21	956
Primeiros Exames (Negativos)	2385	1413	1123	29	4950
Total de pessôas examinadas pela primeira vez	2970	1791	1379	279	6419
Doentes matriculados	585	378	256	29	1248
Consultas para outras affecções oculares	973	1116	881	174	3144
Curativos	25895	22090	17040	3021	68046
Intervenções cirurgicas	62	71	79	8	220
Total de doentes attendidos	27913	23655	18256	3232	73056
Trachomatosos que tiveram alta, curados	106	63	40	4	213
Numero de dias de serviço	296	286	289	73	944
Media de doentes attendidos por dia	94	82	63	44	283
Porcentagem de casos positivos	19,69%	21,1%	18,36%	10,3%	69,45%

Fonte: Relatório Governamental de 1931-1935.

Desse modo, o Posto de Saneamento Rural Ribeiro Gonçalves fornecia diversos serviços, voltados para consultas de doentes por tracoma, pequenas intervenções cirúrgicas e troca de curativos, onde nesse mesmo período de 1932 a 1935 houve um decréscimo nos doentes matriculados e nos atendimentos, em sua maioria crianças.

De início, para os serviços continuarem funcionando por todo o estado, as verbas, tanto pessoal quanto material, para a saúde pública,

tiveram um aumento significativo e juntamente, houve uma reorganização da Diretoria de Saúde Pública, com seções específicas para as necessidades da população.

> Com a nova orientação administrativa, a Diretoria passou a contar com uma Seção de Assistência Médica, dividida em clinicas médica, cirúrgica, mental e obstétrico-ginecológica, além de uma Seção de Saúde Pública, especializada no enfrentamento de endemias e epidemias. (MARINHO, 2019, p. 43).

Apesar dessas melhorias apresentadas, ainda não era suficiente para suprir a demanda do estado, podendo-se notar o aumento crescente das doenças, principalmente por impaludismo, sífilis e outros tipos de verminose, uma vez que os postos de saúde e as inspetorias que funcionavam regularmente era somente a da capital Teresina, enquanto os serviços de saneamento e as delegacias de saúde no interior do estado, deixavam a desejar, como afirma o próprio Interventor em uma das passagens do relatório de 1937:

> Todos os Postos e Inspectorias da Capital funccionaram regularmente e com apreciaveis resultados, pois nenhum surto epidemico foi registrado. Infelizmente, porém, no interior do Estado os serviços de saneamento muito deixam a desejar. Zonas de grande população vivem ainda sem assistencia sanitaria ou são precariamente attendidas. As delegacias do interior, em numero reduzido, não podem extender o seu raio de actividade a toda a vasta extensão do nosso território. (RELATÓRIO GOVERNAMENTAL, 1937, p. 44).

Além desses serviços, a partir de 1943, viu-se a necessidade de ampliar a assistência e a intervenção médica para as cidades do interior do estado, como: a construção de postos de higiene em Campo Maior, com os serviços de polícia sanitária, um laboratório e uma cozinha

dietética; nas cidades de União, Pedro II, São João do Piauí, Bom Jesus, Piracuruca, Oeiras, Campo Maior, Porto Alegre, Picos, Valença e José de Freitas. As delegacias de saúde foram transformadas em postos de higiene, ampliando a aliança entre a população e os médicos nos cuidados contra diversas doenças, favorecendo a ação médica na difusão das noções de higiene. (CARDOSO, 2017).

Com isso, os serviços assistenciais no interior do estado tinham como objetivo ampliar essa nova organização do Piauí, com ações voltadas, principalmente, para as classes menos favorecidas, uma vez que no período anterior, as iniciativas tinham pouco alcance e reduzida eficiência no território, por conta do escasso financiamento para as medidas higiênicas.

O ATENDIMENTO NO POSTO DE HIGIENE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ POR MEIO DA TERAPÊUTICA E DA PROFILAXIA DAS ENFERMIDADES

A cidade de São João do Piauí, localizada ao sul do estado, instalou seu primeiro Posto de Higiene em 30 de novembro de 1933, subordinado pelo Departamento Estadual de Saúde Pública e administrado pelo médico Agenor Martins. A instalação do posto foi em um edifício adaptado, fornecido pelo próprio município, não possuía estadia provisória para os doentes, como no Hospital de Caridade Floriano, não possuía farmácia própria, não havia salas para intervenções cirúrgicas e não possuía atendimentos específicos para a saúde materno-infantil (PIAUHY, 1939).

As informações sobre o movimento do posto eram organizadas em tabelas, e nelas era identificado a idade dos pacientes, sexo, além de indicar os casos mais recorrentes de doenças, como impaludismo (malária), sífilis e verminoses. O diagnóstico era dado no próprio posto

de saúde ou a partir de visitas domiciliares por guardas sanitários e o tratamento das enfermidades era feito com a distribuição de medicamentos, principalmente o quinino, que na época servia para o tratamento contra a malária (PIAUHY, 1933).

Os dados presentes na documentação pesquisada sugerem que a população do município era calculada em 1400 habitantes, e por isso, apresentava poucos dados. Com isso, foi possível notar que diversas doenças não eram notificadas, como: tuberculose do aparelho respiratório, febre tifoide e paratifoide, tifo exantemático, varíola, sarampo, escarlatina, coqueluche, difteria e gripe ou influenza. Não havia dados exatos sobre os medicamentos fornecidos, somente vacinação e revacinação contra a varíola, injeções de 914 contra a sífilis e distribuição de comprimidos de quinino, para o tratamento da malária (PIAUHY, 1934).

As informações contidas nos códices de março de 1935 passaram a ser estruturadas de outra forma, constando: serviços de profilaxia, baseados na medicina curativa e preventiva, sendo mais recorrente os tratamentos para impaludismo, sífilis e verminoses, mas também havia casos recorrentes de leishmaniose e de lepra tratados pelo próprio posto, uma vez que o Leprosário do Estado se localizava perto de Parnaíba, conhecido como Colônia Carpina; também havia consultas feitas a pessoas doentes, tanto no posto de saúde quanto a domicílio pelos guardas sanitários e medicações fornecidas para as doenças já mencionadas. Enquanto outros serviços não constam dados, como: vacinação e revacinação contra varíola, tuberculose e difteria; soroterapia com a aplicação de injeções contra difteria, peste e tétano; trabalhos epidemiológicos com a notificação de doenças, casos de isolamento, desinfecções e óbitos; saneamento dos locais públicos e

privados, com a construção de fossas higiênicas, poços e valas; educação e propaganda, voltado para o trabalho escolar infantil; e serviços de pesquisa laboratorial, com estudo sobre helmintos, amebas, disenterias e pesquisas de micróbios e parasitas (PIAUHY, 1935).

O posto de higiene também prestava serviços ambulatoriais, que contabilizava o número de pessoas atendidas, dividido em sexo masculino e feminino, idade separada entre adultos e crianças e de nacionalidade brasileira ou estrangeira, notificando as diferentes doenças, entre elas tuberculose, impaludismo, doenças venéreas, gripe, etc. e também fornecia dados sobre o número de consultas, receitas, os diferentes tipos de injeções aplicadas, vacinações e revacinações, o número de visitas domiciliares feitas e o número de comprimidos (quinino e maleizin) fornecidos. Os serviços internos eram feitos por um médico alopata, não havia médicos especializados, dentistas, parteiras e nem enfermeiras. De profissionais auxiliares, havia somente um guarda sanitário para as visitas domiciliares (PIAUHY, 1939).

AS NOTIFICAÇÕES DO POSTO DE HIGIENE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ POR MEIO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DO PIAUÍ

Os relatórios eram enviados ao Diretor do Departamento Estadual de Saúde Pública do Piauí (D.E.S.P.), Dr. Adelmar Soares da Rocha, pelo Inspetor Sanitário, no caso de São João do Piauí, pelo médico Agenor Martins para notificar as ações assistenciais do posto de higiene no município. O primeiro relatório data de 1° de janeiro de 1935, onde o inspetor aponta os dados do movimento do posto de Higiene de São João durante todo o ano de 1935.

O posto foi fundado no ainda no governo do interventor federal Landry Salles, que segundo o inspetor:

> [...] apenas contando trese meses de existencia, já bem acentuados são os beneficios proporcionados aos habitantes desta zona. Embora, pela deficiência de verba e, consequentemente, de material, ainda não se ache bem aparelhada para dar um combate franco, decisivo, continuo a certas moléstias que, até então, anualmente levavam á sepultura, á miseria organica centenas de sertanejos pobres, desamparados pelos poderes publicos, trouxe, verdade inconteste, a salvação de preciosas vidas, o conforto da assintencia medica a centenas de famílias. (DIVERSOS RELATÓRIOS, 1941-1943).

A fundação dos postos de profilaxia nas sedes de cada município, segundo o inspetor, serviu para atenuar os problemas de saúde pública no interior do estado, pois a população pobre procurou médicos e medicamentos para tratar seus males. Todos os doentes tiveram assistência médica, sendo prestado: consultas médicas, receitas, curativos, pequenas intervenções cirúrgicas, injeções aplicadas, medicamentos distribuídos (dentre eles, comprimidos de quinino e vermífugos) e visitas domiciliares. (DIVERSOS RELATÓRIOS, 1941-1943).

Neste mesmo relatório enviado ao Departamento de Saúde, é citado a instalação de um posto provisório na vila de Canto do Buriti, onde foram atendidos diversos doentes, divididos por sexo masculino e feminino, adultos e crianças, sendo praticadas consultas médicas, receitas, curativos, injeções, distribuição de comprimidos, vermífugos e colírios, além de visitas domiciliares, para tratar as doenças mais em voga no período, como: malária, sífilis, verminoses, tuberculose, tracoma, blenorragia, amidalite, etc.

Com a contribuição dos prefeitos de São João do Piauí e Canto do Buriti, foi feita a canalização de água dos pântanos, lagos e rios, para extinguir os focos de mosquitos e diminuir a incidência das doenças causadas pelo transmissor. Também foram doados medicamentos pelo

laboratório Raul Leite, para continuar funcionando os postos de higiene.

Também foi apresentado as estatísticas demógrafo sanitárias do município, baseados nos óbitos, separados pelos meses do ano, de janeiro a dezembro (maior incidência em novembro com 10 mortes), separados por sexo masculino e feminino, adultos e crianças, além das principais causas de morte, entre elas: malária com sete óbitos, doenças do coração com seis óbitos, sífilis e metrorragia com retenção placentar com quatro óbitos cada, tuberculose com dois óbitos e infecção puerperal, pneumonia e homicídio com um caso cada. (DIVERSOS RELATÓRIOS, 1941-1943).

O relatório do ano de 1936, encaminhado ao Diretor do Departamento de Saúde Pública, que no período era o Dr. Lindolfo do Rêgo Monteiro, demonstrou os serviços efetuados na divisão sanitária de São João do Piauí, sem nenhum surto epidêmico grave, somente moléstias endêmicas da cidade. O inspetor sanitário focava no discurso de que a instalação do posto foi essencial para o atendimento e medicamento da população pobre, tendo serviços regulares através da assistência médica à população doente. O relatório foi dividido através de: doentes atendidos entre mulheres, homens e crianças, as principais endemias do ano, entre elas: verminoses (185), malária (173), sífilis (130), tracoma (24), gripe (22). Havia sido a primeira vez que os casos de verminoses ultrapassam os casos de malária, sendo que comprimidos de quinino e vermífugos estavam sendo distribuídos para toda a população desde a fundação do posto de higiene. (DIVERSOS RELATÓRIOS, 1941-1943).

Mesmo com os medicamentos distribuídos para diversas doenças, no relatório o inspetor reclamava que as vezes não havia medicamentos

específicos para tratamento, entre os principais medicamentos listados, estavam: injeções de vitargil, de maleizin, de protijectol, de gonovacin e de cyanurol e pérolas de opilina. Além disso, foram prestados os seguintes trabalhos: consultas médicas, aplicação de injeções, curativos, pequenas intervenções cirúrgicas e visitas domiciliares a doentes. Havia muitas reclamações sobre deixar de tratar boa parte dos doentes por não dispor de material adequado para todos os casos, supondo que não seria possível ampliar os serviços de assistência médica por conta da falta de verbas.

Outro serviço que deixava muito a desejar por ser falho, era o registro civil, responsável pelo controle de natalidade, óbitos, casamentos e batismos. Segundo o Inspetor Sanitário:

> O mesmo se observa quanto ao obituario, pois, somente as pessoas falecidas nesta cidade e seus arredores, são sepultadas depois de preenchidas as formalidades legaes do registro de obito. Nada consta sobre as pessoas fallecidas no interior do municipio. Si a cidade de São João do Piauhy, apresenta um obituario de 54 pessoas possuindo um decimo da população total do municipio, presume-se que o obituario geral deveria ser dez vezes maior. (DIVERSOS RELATÓRIOS, 1941-1943).

Além disso, a preocupação com a mortalidade infantil era frequente, principalmente por conta dos distúrbios alimentares, alimentação deficiente ou exagerada, chegando a culpar as mães por não possuírem conhecimentos adequados para cuidar dos seus filhos. Isso decorreu a partir da ausência de uma proteção especializada para a saúde materno-infantil do período anterior, mas o governo nacional passou a valorizar um novo conceito familiar, separando a condição infantil da adulta, com a proteção e cuidados exclusivos para as crianças.

Com essa incorporação da saúde materno-infantil no país, de acordo com Marinho (2019), o estado do Piauí também buscou ampliar seus serviços, por intermédio dos governos interventores, da parceria do Estado com as questões de saúde pública, passando a privilegiar os temas relacionados à mulher e a criança, com intenção disciplinadora, uma vez que a presença do setor médico na gestão da saúde pública foi uma importante mudança em relação à Primeira República.

Além disso, outros serviços foram prestados à população, complementando ao que já vinha sendo feito, como as inspetorias de demografia, que verificavam a higiene das habitações e eram responsáveis pela profilaxia rural, a polícia sanitária e de saneamento rural, responsáveis pela profilaxia da malária, das verminoses, da tuberculose e do tracoma, a polícia de higiene escolar, que fazia a inspeção e propaganda sanitária, juntamente com visitas aos escolares, a inspetoria de doenças venéreas e lepra, uma vez que os casos de lepra eram crescentes por todo o território. (CARDOSO, 2017).

Estudos sobre a História da Saúde e das Doenças, das Políticas Públicas de Saúde tem adquirido cada vez mais relevância na historiografia piauiense, pois as produções têm privilegiado as análises dos aspectos culturais socialmente construídos, pois embora ocorra a contribuição de outras ciências na dimensão interdisciplinar, a perspectiva dos historiadores é promover a desnaturalização das condições de saúde e das doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto do Governo Vargas, foi possível notar que a saúde pública passou por mudanças a partir na centralização política,

marcadas pelas práticas médicas aliadas ao Estado, promovendo a adoção de campanhas sanitárias, destinadas a combater epidemias urbanas e, posteriormente, endemias rurais.

Com a Intervenção Federal de Landry Salles Gonçalves e, posteriormente, de Leônidas de Castro Mello no Piauí, houve uma remodelação lenta e gradual nos serviços públicos com o início de uma política federal centralizada, principalmente no que tange à saúde pública, através de verbas para a conservação desses benefícios propostos pela Diretoria de Saúde Pública, com a reforma e centralização administrativa.

As políticas públicas de saúde passaram a ser materializadas nas instituições, nos discursos médicos, no tratamento das doenças, nas ações do governo piauiense direcionadas à população, fundamentadas em uma orientação política de saúde, com base no higienismo. Na década de 1930, o município de São João do Piauí, apesar de possuir poucos habitantes, contava com serviços de saúde regulares, mesmo com a falta de trabalhos específicos, voltados para a medicina preventiva, os índices de enfermidades e óbitos se mantinham estáveis. Com o passar dos anos, principalmente no governo de Leônidas de Castro Mello, com o crescente processo de interiorização da saúde pública, o posto se tornou mais equipado, a fim de suprir a demanda da população pobre e amenizar a condição problemática do estado.

FONTES

D.E.S.P. Diversos Relatórios 1931 a 1943. **Relatório do Posto de Higiene de São João do Piauhy encaminhado ao Ilmo. Sr. Dr. Diretor de Saúde Adelmar Soares da Rocha, 1935.** Disponível em: Casa Anísio Brito (Arquivo Público). Acesso em: 08 nov. 2022.

D.E.S.P. Diversos Relatórios 1931 a 1943. **Relatório do Posto de Higiene de São João do Piauhy encaminhado ao Ilmo. Sr. Dr. Diretor de Saúde Lindolfo do Rêgo Monteiro, 1936.** Disponível em: Casa Anísio Brito (Arquivo Público). Acesso em: 08 nov. 2022.

PIAUHY, Departamento de Saúde do. **Boletim mensal de Estatística Demographo-Sanitária do Município de São João do Piauí, apresentado pelo Sr. Dr. Agenor Martins, sobre as atividades realizadas no anno de 1934**. Códices de Saúde do Posto de São João do Piauí. Therezina, 1934. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2022.

PIAUHY, Departamento de Saúde do. **Boletim mensal de Estatística Demographo-Sanitária do Município de São João do Piauí, apresentado pelo Sr. Dr. Agenor Martins, sobre as atividades realizadas no anno de 1935**. Códices de Saúde do Posto de São João do Piauí. Therezina, 1935. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2022.

PIAUHY, Diretoria de Saúde Pública. **Estatística dos Estabelecimentos Públicos e Particulares de Assistência Médico-social, sem internamento, apresentado pelo Serviço de Estatística da Educação e Saneamento ao Ministério da Educação e Saúde, no ano de 1939**. Códices de Saúde do Posto de Higiene de São João do Piauí. Therezina, 1939. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2022.

PIAUHY, Mensagem Estado do. **Mensagem apresentada á Assembléa Legislativa do Estado do Piauhy, a 1º de junho de 1937, pelo Exmo. Sr. Dr. Leônidas de Castro Mello, Governador do Estado.** Teresina: Imprensa Official, 1936. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 set 2021.

PIAUHY, Governo 1930. **Mensagem apresentada à Câmara Legislativa do Estado do Piauhy, a 1º de junho de 1930, pelo Governador, Exmo. Sr. Dr. João de Deus Pires Leal.** Theresina: Imprensa Official, 1930. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/. Acesso em: 23 mar 2022.

PIAUHY, Governo do. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, M. D. Presidente da República, pelo Cap. Landry Salles Gonçalves, Interventor Federal no estado do Piauhy.** Teresina: Imprensa Official, 1931-1935. Disponível em: Casa Anísio Brito (Biblioteca Pública). Acesso em: 09 mar 2022.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. Editora Ática, 1996.

CARDOSO, Elisangela. Infância, médicos e mulheres no Piauí entre 1930 e 1940. **Projeto História**, São Paulo, v. 60, pp. 319-350, Out-Dez, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1992.

FONSECA, Cristina. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. **Revista Imagens**, vol. 9, 2002.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

MARINHO, Joseanne. **"Manter sadia a criança sã":** as políticas públicas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1940. Jundiaí: Paco Editorial, 2018.

MARINHO, Joseanne. A assistência à saúde materno-infantil no Piauí (1937-1945). XII Encontro Nacional de História Oral: Política, Ética e Conhecimento, 2014, Teresina. **Anais Eletrônicos**, 2014.

MARINHO, Joseanne. As políticas públicas de gênero no Piauí: A saúde materno-infantil (1930-1945). **Vozes, Pretérito & Devir** Ano VI, Vol. X Nº I. Teresina, 2019.

MARINHO, Joseanne. Sobre o cuidar do "futuro do Brasil": o atendimento materno-infantil nos estabelecimentos de saúde pública no Piauí (1889-1929). **ANPUH-Brasil**. Recife, 2019.

NASCIMENTO, Francisco Alcides do. **A Cidade sob o Fogo:** modernização e violência policial em Teresina (1937-1945). 2° ed. Teresina: EdUFPI, 2015.

NERY, Ana. A assistência pública aos doentes venéreos nas instituições de saúde de Teresina. **ANPUH Brasil**. Recife, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Séries**, 2011.

QUEIROZ, Teresinha de Jesus Mesquita. **Os Literatos e a República:** Clodoaldo Freitas, Higino Cunha e as tiranias do tempo. Teresina: Fundação Monsenhor Chaves, 1994.

SANTANA, Márcia. Estado, caridade e filantropia: a Santa Casa e o Asilo dos Alienados na assistência médica em Teresina (1889-1909). **Revista da Associação Nacional de História**. Vol. X, n. 19, Fortaleza, 2019.

SILVA, Ieda. A institucionalização da saúde pública no estado do Piauí, 1937-1945**. II Simpósio de História da UESPI/CCM**. Teresina, 2010.

10

POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO PIAUÍ: SERVIÇOS OFERTADOS NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E NOS POSTOS DE SAÚDE DO INTERIOR (1942-1945)

Francilene Teles da Silva Sousa

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira de modo geral, desde o período provincial até o período republicano se apresentava de modo precário. Haviam surtos de epidemias como varíola, cólera, febre amarela, sífilis, entre outras, que se alastravam por várias regiões do país e, especificamente, pela sociedade teresinense. Considerando esse cenário, os médicos sanitaristas de diferentes regiões do país propagavam o discurso de que o Brasil era um grande hospital, no qual a insalubridade do meio ambiente era diretamente responsável pela proliferação das epidemias. Desse modo, o meio influenciava e interagia sobre a saúde da sociedade por meio do clima, do sol ou, até mesmo, da água (SILVA, 2013).

O período estadonovista apresenta-se como um marco entre a Velha República e a Nova República no âmbito do assistencialismo. Essa consolidação foi disseminada nacionalmente de maneira mais enfática a partir da entrada do país na Segunda Guerra, através da decisão de Getúlio Vargas, e da criação da LBA presidida pela esposa do presidente. Tentando implantar um ideal patriótico o presidente viu no assistencialismo uma porta de entrada para legitimar o seu governo,

ganhando o apoio popular, especialmente dos mais pobres (MELO FILHO, 2000).

No campo da história da saúde pública é preciso salientar o poder do Estado, das instituições políticas e dos saberes científicos referentes à área da saúde, que se constituem como instrumentos de controle social e construtores de uma identidade nacional. A partir do período republicano a saúde da população passou a ser uma preocupação do governo, pois as doenças e a insalubridade representavam uma ameaça aos interesses particulares dos governantes que propagavam um discurso de modernização e progresso. As questões médicas e sanitaristas passaram a ser metas dos governos que almejavam uma ideologia modernizadora para o Brasil (HOCHMAN, 2005).

A ineficácia de um saneamento básico nas cidades brasileiras ocasionava a proliferação das doenças, por meio da falta de infraestrutura, como rede de esgoto, abastecimento de água potável, coleta de lixo, dentre outros. Objetivando suprir a falta de infraestrutura adequada, os gestores públicos direcionavam suas ações políticas para reformas urbanas e no melhoramento da higienização dos espaços urbanos. As instituições na área da saúde pública agiram em conformidade com as práticas de urbanização e higienização realizadas em algumas cidades que aspiravam tornarem-se modernas. Nesse contexto, é possível destacar a cidade de Teresina no período do Estado Novo (1937-1945), durante o governo de Getúlio Vargas (SILVA, 2013).

No período do Estado Novo foi instaurada uma política intervencionista, na qual houveram mudanças em relação à higienização pública. Logo, os discursos que fomentavam as políticas voltadas para saúde pública eram propostos para modernização das cidades. Foi durante este período que o Hospital Getúlio Vargas (HGV)

foi inaugurado em Teresina, mais precisamente durante o ano de 1941 na gestão do interventor federal Leônidas de Castro Melo. Com o advento da construção do hospital foi criado o Instituto de Assistência Hospitalar do Estado do Piauí, que tinha como principal função a administração direta do HGV e de hospitais estaduais em outras cidades, oportunizando a elaboração e a execução de um plano hospitalar para todo Estado. Salienta-se que as políticas de saúde implantadas no Estado desde o final do século XIX, foram intensificadas a partir de 1941 (SILVA, 2013).

Para tanto, esse trabalho objetiva analisar as ações do governo estadual do Piauí voltadas para a saúde pública, no Piauí nos anos de 1942 a 1945. Desse modo, são abordadas as características e as questões que influenciaram diretamente o Estado autoritário e as instituições no combate às epidemias, doenças e saneamento na capital enfatizando o funcionamento do Hospital Getúlio Vargas considerado como o centro médico especializado e mais moderno implantado no Piauí durante o Estado Novo e dos postos de saúde espalhados pelo Estado.

O estudo pautou-se em uma pesquisa bibliográfica utilizando uma abordagem descritiva. Assim, foram utilizados livros, teses, revistas, bem como publicações do Diário Oficial de Teresina do ano de 1942 ao ano de 1945, representando o recorte temporal utilizado para o trabalho e representando a conjuntura política na qual os serviços de saúde foram implantados no Estado, especialmente, no âmbito da capital.

Portanto, o interesse nacional pela diminuição da mortalidade, especialmente a mortalidade infantil, bem como pela melhoria da qualidade de vida dos piauienses era um interesse nacional e caracterizava um viés político típico do Estado Novo para promover o desenvolvimento do país e estreitar laços com a sociedade civil. Em

Teresina, a emergente ideia fez surgir a necessidade da construção de espaços para o atendimento materno-infantil e a regularização desses atendimentos consolidou práticas de uniformização do sistema de saúde por todo o Estado. Esse cenário representou um grande desafio para os grupos políticos que desejavam tomar as rédeas do poder.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E AS ASPIRAÇÕES DO GOVERNO PARA EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ

O Hospital Getúlio Vargas, inaugurado em 1941 na capital do Piauí, Teresina, foi representado como centro hospitalar moderno e principal responsável por atender a população pobre piauiense com maior eficácia. Esse cenário marcou o início da organização hospitalar do Estado. Contudo, mesmo com o HGV funcionando de forma intensa para tratamento de doenças e para partos muitas práticas populares continuavam a espalhar-se e atribuía-se a essa prática o aumento dos números de mortalidade infantil (SILVA; MARINHO, 2021). Considerava-se que esse cenário era decorrente:

> [...] da ausência de uma proteção especializada para a saúde materno-infantil do período anterior, mas o governo nacional passou a valorizar um novo conceito familiar, separando a condição infantil da adulta, com a proteção e cuidados exclusivos para as crianças. A família foi colocada como incapaz de proteger a saúde adulta e infantil, por conta dos altos índices de mortalidade infantil e as precárias condições de saúde dos adultos (SILVA; MARINHO, 2021, p. 6).

Portanto, durante o governo Vargas ocorreu, pela primeira vez, uma coincidência de interesses entre os governos e os médicos que passaram a agir com interesse voltado para atenção à saúde pública. Contudo, é preciso ressaltar que a classe médica defendia desde o século

XIX a intervenção do Estado nas questões referentes à saúde das mães e crianças do país. Por essa razão a atuação médica no enfrentamento de problemas como a disseminação de moléstias infectocontagiosas, alimentação incorreta, precárias condições de higiene e o alarmante índice de mortalidade foi essencial (MARINHO, 2017).

O comportamento estabelecido, especialmente do Interventor Leônidas Melo, era assertivamente pensado para que a legitimidade de seu governo como Chefe Político local fosse assegurada, podendo ser defendido, inclusive, no Diário Oficial do Piauí.

> [...] tive a impressão de haver-me transportado aos Estados Unidos ao chegar a Teresina: acolhido pela fidalguia do Interventor Leônidas Melo, visitei esse primor de construção e de instalação, que é Hospital Getúlio Vargas, com 400 leitos, a mais perfeita realização no gênero existente no Brasil (CONFERÊNCIAS, 1942, p. 1).

A fala do diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública do país, ao conceder entrevista para o jornal O Globo, é destacada na primeira página da publicação do Diário Oficial do Piauí como maneira de exaltar a figura do Interventor. A imagem pública foi construída para permitir um suposto diálogo com o povo, sempre procurando aproximar políticos das graças sociais com notícias sobre o desenvolvimento e preocupação social.

Apoiadores do governo costumavam exaltar a imagem do Interventor do Estado como chefe político dedicado ao desenvolvimento de sua gente e marcado pela integridade. Nesse sentido, publicações do Diário Oficial do Piauí dedicavam-se em descrever falas maciças de discursos sobre a boa imagem do interventor. O discurso do prefeito de

Oeiras, coronel Orlando Barbosa de Carvalho, foi categoricamente descrito nas páginas do jornal.

> O Piauí progride, de maneira inédita, sob o influxo da ação patriótica do governo Getúlio Vargas, através do interventor federal, Sr. Leônidas Mello. Apesar das dificuldades advindas da guerra, o Estado encontra-se em pleno desenvolvimento de suas forças econômicas, como o atesta, aliás, sua excelente situação financeira. O interventor Leônidas Mello é homem culto, patriota e profundamente dedicado aos interesses da sua gestão (O PIAUÍ PROGRIDE, 1944).

O progresso do estado deveria imperativamente ser eternizado nas publicações, visto que o governo ditatorial precisava garantir a veiculação de índices positivos do governo. O jornal Diário Oficial do Piauí publicava todos os detalhes das ações e trocas de correspondências entre Teresina e os demais municípios. As ações voltadas para a saúde pública piauiense eram constantemente publicadas.

O ano de 1942 foi considerado o ano no qual o serviço de organização hospitalar no estado iniciou, posto que até então era considerado inexistente sob o ponto de vista técnico e considerando a deficiência de aparelhamento que possibilitasse um serviço eficiente. O que existia no que se refere a serviços médicos era "uma instituição paupérrima, onde doentes desamparados, mal vestidos e mal alimentados, recebiam uma precaríssima assistência médica" (DIÁRIO OFICIAL, 1943, p. 12). Foi a partir da instalação do HGV, hospital que Leônidas Melo considerava o maior feito do seu governo, que o Piauí passou a ter condições de atender a população doente como outros estados já o faziam em seus centros hospitalares.

A partir da construção do HGV, foi criado o Instituto de Assistência Hospitalar do Estado do Piauí para ser responsável pela administração direta do hospital e de outros hospitais. O hospital era composto por:

> a) O prédio principal, em forma de "U", de dois pavimentos com 2.217.14 metros quadrados, onde estão localizadas enfermarias, pensionato, ambulatório, pronto-socorro, salas de operações e curativos, direção do hospital, sede da Associação Piauiense de medicina, pequena maternidade, etc;
> b) Residência das irmãs e enfermeiras, de dois pavimentos, com 214,50 metros quadrados.
> c) Capela, com 214,50 metros quadrados;
> d) Depósito e alojamento, de dois pavimentos, com 201,30 metros quadrados; estando localizado no pavimento térreo diversos depósitos, e ao superior, o alojamento de enfermeiros e empregados (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, 1945, p. 11).

A grande área ocupada pela construção foi pensada para atender um grande número de pacientes e com isso alcançar maior eficácia na saúde pública piauiense. Nesse sentido, o HGV possui clínicas médica, obstétrica, cirúrgica, oftalmológica, pediátrica, urológica, radiológica, fisioterápica e dentária, além de enfermarias, ambulatórios, serviço de pronto socorro completo, inclusive, de acordo com publicação do Diário Oficial do Piauí, era o primeiro serviço de pronto socorro do Estado (INSTITUTO, 1942).

Esse investimento era necessário para que os governos Federal e Estadual conseguissem promover melhorias para a saúde e saneamento da população. Havia, portanto, uma estrutura a ser montada que deveria conter serviços de profilaxia, saneamento, laboratórios, educação e propaganda, para que o governo conquistasse seus objetivos (MELO FILHO, 2000). Para tanto, o poder público tinha como tarefa "[...] o

controle das doenças contagiosas e do saneamento da cidade tendo como prioridade" (MELO FILHO, 2000, p. 17).

Nesse sentido, todas as clínicas do HGV contavam com a aparelhagem moderna para a época. Ademais, contava com pavilhão para atender enfermos com doenças transmissíveis com exceção de tuberculose e lepra (INSTITUTO, 1942). É preciso considerar que havia um discurso ideológico a respeito das moléstias que atingiam a sociedade no qual a estrutura familiar tradicional era considerada uma instituição higiênica, sendo o homem disciplinado e as mulheres orientadas a práticas higiênicas e alimentares conforme estabelecido pela medicina científica (MELO FILHO, 2000).

Em 1942, o Instituto de Assistência Hospitalar do Piauí prestou serviços de saúde por meio dos ambulatórios e enfermarias de quatro hospitais em destaque no estado, a saber: Hospital Getúlio Vargas e Hospital Areolino de Abreu, em Teresina, e Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Marques Basto, em Parnaíba. Enquanto os dois primeiros hospitais citados eram administrados pelo Instituto, os outros dois apenas recebiam subvenção e orientação técnica. Somente no ano de 1942 esses hospitais atenderam no total 66.417 pacientes de todo o Piauí. Nas enfermarias foram atendidos 3.844 doentes que se somaram a 208 doentes vindos do interior, totalizando 4.052 doentes atendidos em regime de internação (DIÁRIO OFICIAL, 1943).

Em relatório divulgado no Diário Oficial, em 1943, sobre os atendimentos realizados no ano anterior a publicação (1942), é possível verificar quantos atendimentos e procedimentos foram realizados no Hospital Getúlio Vargas, Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba e na Maternidade Doutor Marques Basto.

Tabela 1: atendimentos e procedimentos realizados em 1942 em hospitais de Teresina e Parnaíba, Piauí.

Hospitais	Doentes atendidos	Consultas	Procedimentos
Hosp. Getúlio Vargas	56.728	31.321	51.502 – injeções 738 – soros e vacinas preventivas 7.416 – conselhos de higiene infantil 7.416 – prescrições dietéticas 3.134 – aplicações fisiotérapicas 869 – intervenções cirúrgicas 29.637 – curativos 17.332 – receitas 93 – aparelhos 41 – retiradas de corpos estranhos 8.798 – extrações de dentes 159 – obturações 21 – transfusões de sangue 765 – radiografias 104 – raioscopias 254 – abreugrafias 1.409 – exames de laboratório 10 – eletrocardiogramas 5 – exames anátomo-patológicos
Hosp. Psiquiátrico Areolino de Abreu	6.013	3.232	11.663 – injeções 1.913 – curativos 1.842 – receitas 223- choques cardiozólicos 1.290 – eletrochoques 450 – comas insulínicos

Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba	1.297	1.162	8.996 – injeções 322 – conselhos de higiene infantil 322 – prescrições dietéticas 549 – intervenções cirúrgicas 7.346 – curativos 1.078 – receitas 34 – aparelhos 44 – radiografias 14 – radioscopias
Maternidade Dr Marques Basto	2.379	345	1.972 – injeções 28 – intervenções 1.763 – curativos 325 – receitas

Fonte: Diário Oficial (1943).

Observa-se que o hospital que comporta os maiores números em atendimentos, bem como a maior variedade de procedimentos é o Hospital Getúlio Vargas. Para se ter uma ideia, o HGV atendeu em um ano uma quantidade superior a cinco vezes mais que o número total de pacientes dos outros três hospitais analisados no Quadro 1. Esses dados demonstram o impacto causado pelos serviços ofertados no hospital na saúde pública piauiense.

Os adultos, agora preocupados com a segurança e o bem-estar da criança começaram a promover ações para melhorias na saúde e na educação (HEYWOOD, 2004). As modificações estavam diretamente relacionadas à valorização da família, na qual os papéis dos pais deveriam ser construídos considerando a distinção entre a fase infantil e a adulta.

No Piauí, a preocupação com saúde pública ganhava suporte científico e se buscava a todo custo a sistematização do sistema de saúde. Assim, o sistema de saúde seguiu os moldes elaborados pelo Ministério de Educação e Saúde via Departamento Nacional de Saúde. Por isso, o trabalho para que profissionais fossem formados e especializados em saúde pública tornou-se emergente (MORAES, 2014). Foram feitas pesquisas, elaborados regulamentos, leis e códigos sanitários visando à padronização do serviço em todo o Estado.

Para a clínica cirúrgica estabelecida no HGV ressaltava-se em publicação do Diário Oficial que "O serviço de cirúrgica conta com duas salas de operações equipadas com material abundante e moderno, possuindo também ar renovado e filtrado. Nestas salas podem ser executadas as mais delicadas intervenções" (INSTITUTO, 1942, p. 80).

O Hospital Getúlio Vargas contava com serviço de pronto socorro e, para tanto, era divulgado no Diário Oficial o modo como a população piauiense, especialmente os cidadãos teresinenses, principais atendidos pelo serviço, deveria agir para solicitar serviço médico de urgência, conforme é possível evidenciar no comunicado elaborado pelo primeiro diretor do HGV e presidente do Instituto de Assistência Hospitalar do Piauí, Agenor Barbosa de Almeida, e publicado em setembro de 1943 no Diário Oficial:

> A eficiência e presteza dos socorros oferecidos à população desta cidade, exigem para a completa ordem do serviço, que as chamadas das ambulâncias se façam com as indicações necessárias: número de telefone de onde se chama, rua, n. da casa ou outra indicação, e motivo do chamado (perda de sangue, ataque, ferimentos, queda, etc.). Assim se pratica afim de se evitarem socorros sem urgência, inoportunos e até prejudiciais, como frequentemente acontece, com evidente prejuízo para os socorros realmente urgentes e oportunos (HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, 1943, p. 2).

No comunicado expressa-se o desejo de que a população colabore para o bom andamento do serviço de pronto socorro oferecido no hospital, evitando socorros sem urgência. Além disso, o Departamento de Saúde Pública do Piauí também publicava notas alertando a população sobre como proceder para evitar a disseminação de doenças e sobre a importância da utilização correta dos serviços de saúde. Evidencia-se essa intencionalidade na nota publicada em que são repassados cinco conselhos à população teresinense:

> Tendo aparecido nesta cidade alguns casos de febre tífica, pedimos à população que coopere para debelar a expansão do mal, seguindo os conselhos abaixo:
> 1º - vacinar-se o mais breve possível.
> 2º - ferver toda a água a ser utilizada para fins alimentares.
> 3º - evitar alimentos crus. As verduras e frutas devem ser cuidadosamente lavadas em água fervida.
> 4º - combater as moscas, não deixando que elas pousem nos alimentos.
> 5º - comunicar às autoridades sanitárias qualquer caso suspeito de febre tífica (DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DO PIAUÍ, 1943, p. 2).

A difusão de noções de higiene e de puericultura era realizada de acordo com a medicina especializada. O crescimento do número de pessoas que recebiam atendimento médico era animador e representava uma mudança na perspectiva da população em torno da medicina como especialidade apta a curar as mazelas que acometiam a população (MARINHO, 2018).

Considerando a essencialidade da higienização, o hospital contava com uma lavanderia mecânica e um serviço de esterilização movido a vapor e eletricidade que, conforme padrões higiênicos definidos pela medicina da época, eram eficazes. A cozinha hospitalar continha uma

galeria frigorífica para a conservação de frutas e demais alimentos que necessitavam desse tipo de conservação. Grande parte da água utilizada no hospital era filtrada ou aquecida. O sistema de esgoto atendia às exigências sanitárias, bem como os banheiros (INSTITUTO, 1942).

Contando com 200 leitos que em caso de emergência poderiam ser duplicados, dispondo de orçamento satisfatório para cumprir com as despesas necessárias para alimentação dos enfermos, remédios, roupas, médicos e enfermeiras em quantidade suficiente para atender as necessidades do hospital. Destacava-se nas páginas do Diário Oficial que somente no último trimestre de 1941, primeiro ano de funcionamento do HGV, haviam sido atendidos um total de 15.461 doentes, dos quais 166 ficaram hospitalizados. Quanto aos óbitos, registrou-se o número de 16 mortes (INSTITUTO, 1942).

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO PIAUÍ DURANTE O PERÍODO ESTADONOVISTA

O movimento sanitarista buscou diminuir a precariedade sanitária existente em diversas regiões do Brasil, lançando a saúde como agenda nacional e pauta recorrente no discurso político do país. Desse modo, é oportuno destacar que:

> [...] as fronteiras entre os sertões e o litoral, entre o interior e as cidades, entre o Brasil rural e o urbano em função do que consideravam o principal problema nacional: a saúde pública. Esse movimento divulgou exaustivamente uma definição essencialmente política desses limites: os sertões dos médicos-higienistas caracterizavam-se pela concomitante ausência de poder público e onipresença das doenças que pegam, em especial das chamadas grandes endemias rurais (HOCHMAN, 2012, p. 17).

A disseminação de doenças era uma preocupação nacional e no Piauí não era diferente. Havia uma grande preocupação em relação à infraestrutura sanitária do estado. Em vista disso, a construção do HGV representou um marco para a saúde pública. Importa destacar que além dos serviços de saúde ofertados no HGV, na capital, a população piauiense contava com serviços de saúde espalhados por outras cidades do Estado. A difusão de noções de higiene e de puericultura, de acordo com a medicina especializada, era realizada por médicos através do discurso sobre a importância da alimentação de qualidade e da higiene. Com isso, as práticas de saúde ganharam um suporte científico.

Os postos de saúde distribuídos por todo o Estado enviavam por meio de relatórios os dados referentes a quantidades de pessoas atendidas, separados por sexo e por tipo de atendimento recebido. Assim, o governo tinha acesso direto aos dados dos 16 postos de saúde e dos três distritos com sedes nos municípios de Parnaíba, Teresina e Floriano. A localização de cada unidade era definida pela facilidade de acesso e pelas características especificadas através da classificação das doenças (MARINHO, 2018).

O trabalho realizado era "[...] padronizado por intermédio de uma fórmula de relatório mensal, baseada em outra de registro diário de atividades, de maneira a possibilitar a comparação da produção de cada unidade e o cômpulo de todas, nos próximos anos" (RELATÓRIO, 1943, p. 11). A sistematização obrigatória focava no monitoramento da quantidade de pessoas assistidas. A principal mira do governo era a prevenção da saúde dos piauienses para ganhar apoio popular e promover a evolução do Piauí aos olhos de Vargas.

Conforme relatório enviado pelo interventor federal, por meio de publicação no Diário Oficial, em 14 de dezembro de 1943, nota-se a

ampliação dos serviços de saúde. Atendendo homens, mulheres e crianças com consultas, exames, vacinação e distribuição de remédios era sistematicamente detalhado todos os dados, por cada unidade de saúde. Assim, evidenciavam-se os números de atendimentos:

> Posto de campo Maior – foram atendidas 806 pessoas, sendo 264 homens, 332 mulheres, e 208 crianças [...]. Posto de Barras – foram matriculadas 360 pessoas, tendo enviado 404 consultas ao posto e 150 em domicílio. Posto de Valença atendeu a 3571 pessoas, sendo 1263 homens, mulheres 1129, crianças 1179. Posto de União – atendeu 786 pessoas, sendo 239 homens, 308 mulheres e 239 crianças. Posto de Amarante – atendeu 1584 pessoas Posto de Piracuruca – em sífilis foram atendidas 113 pessoas, em malária 491, e em verminose 191. Porto Alegre – o pôsto socorreu 130 portadores de verminoses, 259 de impaludismo, 7 de sífilis aberta [..]. Posto de Pedro II - foram atendidos 90 doentes de impaludismo, 99 de verminose, 20 de gonorreia [..]. Posto de Periperi – 1051 pessoas, sendo 320 homens, 419 mulheres e 322 crianças. Posto de Oeiras – os casos de doentes atendidos atingiram um número de 337 [...]. Posto de Picos – foram atendidas 122 pessoas. Posto de Bom Jesus – foram atendidas 750 pessoas sendo 332 homens 236 mulheres e 182 crianças de ambos os sexos [...]. Posto de São João do Piauí – foram atendidos 421 homens, 697 mulheres e 881 crianças no total de 1999 [...] (RELATÓRIO 1943: 10-11).

Os piauienses passavam a ser assistidos com atendimentos médicos especializados. As doenças mais comuns em todas as cidades eram: sífilis, impaludismo, tuberculose, verminoses, gonorreia, tracoma, entre outras. Evidencia-se que essas doenças eram comuns a homens, mulheres e crianças. Além de consultas e exames eram realizadas pequenas intervenções cirúrgicas, vacinação, distribuição de medicamentos e curativos.

O movimento gerado pelos atendimentos e procedimentos ofertados no HGV desde sua inauguração, em 1941, eram evidenciados

nas publicações do Diário Oficial, um desejo do governo de expor a população e ao presidente Getúlio Vargas o bom andamento dos serviços do hospital. No Quadro 2 elaborado com informações extraídas do relatório publicado no ano de 1943 com a movimentação geral nos primeiros quatro anos de funcionamento do hospital é possível verificar esses dados.

Tabela 2: Movimentação geral do Hospital Getúlio Vargas no período de 01/10/1941 a 31/12/1944.

Serviços ofertados	1941	1942	1943	1944	TOTAL
Doentes atendidos	15.980	59.403	58.817	57.455	191.655
Foram hospitalizados	400	2.507	3.435	2.993	9.335
Consultas	7.658	31.321	22.272	22.376	83.654
Receitas	4.082	17.332	16.025	14.409	51.848
Curativos	6.080	30.637	45.072	48.657	130.446
Injeções	13.448	51.502	72.086	68.942	205.978
Soros e vacinas preventivas	396	738	703	1.017	2.854
Aplicações fisioterápicas	716	3.134	1.871	2.018	7.739
Aparelhos ortopédicos	27	93	155	197	472
Intervenções cirúrgicas	248	869	961	1.143	3.321
Retiradas de corpos estranhos	6	41	39	57	143
Extrações de dentes	2.039	8.798	6.738	5.638	23.213
Obturações de dentes	358	159	19	0	536
Partos	81	417	481	480	1.459
Abortos	2	26	55	44	127
Transfusões de sangue	6	21	44	36	107
Radioscopias	33	104	238	178	553
Radiografias	285	765	594	900	2.544
	0	239	488	636	1.383

Abreugrafias	0	1.407	1.175	2.975	5.557
Exames de laboratírio	0	5	393	383	981
Exames anotomo-patológicos	12	10	0	0	22
Eletrocardiogramas					

Fonte: Diário Oficial (1945).

O crescimento do número de pessoas que recebiam atendimento médico era animador e representava uma mudança na perspectiva da população em torno da medicina como especialidade apta a curar as mazelas que acometiam a população. A prevenção de doenças e o combate à mortalidade infantil eram as impulsionadoras das ações desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde de caráter público e filantrópico.

As doenças e a mortalidade infantil também eram uma preocupação do governo. Conforme publicação do Diário Oficial, "em Teresina, em 1942, falecem só de diarreia e enterite abaixo de 2 anos 266 crianças. Aí, não estão computados os óbitos infantis decorrentes de outras causas, tendo sido 990 o obituário geral" (A CRIANÇA. 1943, p. 4). O combate à mortalidade infantil iniciava no pré-natal.

O atendimento durante o pré-natal consistia no preenchimento de uma ficha (iniciada na primeira consulta da gestante) com exames clínicos, consulta dentária, medição da pressão arterial, exames de urina e de sangue incluindo o exame para detecção de sífilis (MOURA, 2009). Esses serviços eram realizados nos Centros de Saúde, pois os médicos especialistas da época consideravam que a higiene maternal representava um recurso imprescindível para a redução da mortalidade tanto das crianças, quanto das mães (MARINHO, 2017).

Ademais, é preciso destacar que o ideal de prosperidade piauiense era constantemente evidenciado nas páginas do Diário Oficial do Piauí.

> [...] o matutino "A Manhã" publica, sob o título: 'A prosperidade do Piauí', o seguinte tópico: 'Poucas unidades federativas podem apresentar o índice de progresso econômico de que hoje goza o Piauí, com a valorização de seus produtos, e exportação e facilidade dos meios de transportes, a boa arrecadação das rendas e, sobretudo o clima favorável do Estado Novo, que permitiram aquela unidade federativa passar de uma renda de dez mil e seiscentos contos de réis, em 1935, a um orçamento de trinta e três mil e seiscentos contos de réis ano passado (EXCURSÃO, 1942, p. 2).

A economia local cresceu apenas em caráter administrativo, portanto, sem a atribuição de novos impostos à sociedade. Esse feito tornou-se oportuno devido aos elevados lucros obtido com as exportações do óleo de babaçu, da cera de carnaúba e da amêndoa, que estimularam o governo na criação de novos investimentos, como serviços e obras. A partir disso o Piauí ganhou projeção a nível nacional, o que permitiu a construção de novas obras de infraestrutura, conduzindo o estado a um patamar financeiro e social antes apenas idealizado (NASCIMENTO, 2015).

> Em 1943, por ocasião da comemoração dos oito anos de seu governo era divulgado que sua interventoria iria construir Grupos Escolares nos municípios piauienses de Amarante, Barras, Floriano, José de Freitas, Oeiras, Parnaíba, Pedro II, Piracuruca, Valença, Porto Alegre, São Pedro e Buriti dos Lopes. Em apenas dois desses municípios – José de Freitas e União – o Governo Municipal não participou das despesas da construção das obras. Nos demais, aquela política desenvolvida no governo anterior teve certa continuidade (NASCIMENTO, 2015, p. 70).

Desse modo, foram construídas as chamadas escolas agrupadas, em Bom Jesus, Belém, Aparecida, Boa Esperança, Santa Filomena, Canto do Buriti, Luís Correia, Regeneração, Parnaíba, Gilbués, Socorro, Patrocínio e Corrente (NASCIMENTO, 2015). Assim, o Piauí destacava-se como o primeiro estado do Brasil no maior número de matrículas, acrescentando as aulas de Educação Física para a valorização do corpo seguindo o ideal do Estado Novo de criar um novo homem sem considerar, contudo, o número de evasão escolar e a frequência dos alunos.

Alardeando o fato incomum na história do Brasil, o Interventor do Estado enviou ao presidente um telegrama, sobre o exercício do ano de 1941, entusiasmado elencando a prosperidade piauiense. Destarte, na mesma publicação, do Diário Oficial do Piauí, enumeram-se as numerosas obras (escolas, estradas, hospitais, centros de saúde e outros) em andamento no ano de 1942, promovendo a imagem de Leônidas como um benfeitor (EXCURSÃO, 1942).

Durante o período estadonovista, as matérias jornalísticas e a documentação oficial do Piauí privilegiavam as ações do Interventor colocando-o como um defensor dos interesses piauienses. Essa, contudo, era uma estratégia política na busca da legitimação do governo. A divulgação da imagem de um líder político, das falas e a reprodução de suas ações na imprensa era perceptível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O governo de Vargas implantou no Brasil um ideário que consistia no desenvolvimento de uma nação saudável e com assistência nos âmbitos da saúde, da educação e da segurança. As ações públicas

voltadas para saúde da população eram uma preocupação do governo, uma vez que uma população mais saudável resultaria no avanço das cidades e numa possível amistosidade em relação ao governo ditatorial de Vargas.

Dessa maneira, foi construído no território piauiense, um serviço de saúde centralizado administrativamente e burocrático a partir de uma racionalização normativa. Com esse sistema de saúde centralizado o Estado autoritário intensificou os trabalhos para a padronização do sistema de saúde. Com isso, o interventor Leônidas Melo buscava não apenas a melhoria da qualidade de vida do piauiense, mas a legitimação do seu governo.

O Departamento de Saúde Pública do Piauí passou a oferecer ações médicas assistenciais, realizar trabalhos voltados para a educação sanitária e prevenção em diversos municípios, através dos Centros de Saúde e das Unidades Sanitárias. O objetivo consistia na prevenção das doenças que causavam as elevadas taxas de mortalidade. Os números de piauienses assistidos pela medicina cresceu e a imprensa ocupava-se da propaganda desses dados satisfatórios.

Constatou-se que, em Teresina, com a inauguração do Hospital Getúlio Vargas os piauienses passaram a contar com um centro médico mais moderno e com maior capacidade para atendimentos, incluindo um serviço de pronto socorro que até então não existia no Piauí. O governo de Leônidas Melo remodelou os serviços de saúde, os serviços de puericultura, distribuição de medicamentos e vacinas, consultas e combate a moléstias que atingiam grande parte da população piauiense eram oferecidos na capital e nos demais municípios do interior. Embora deficitários, houveram avanços na saúde pública do estado,

principalmente quando comparado aos serviços de saúde durante a Primeira República.

FONTES

A CRIANÇA – problema básico**. Diário Oficial,** Teresina, ano 13, n. 127, p. 3-5, 16 out. 1943.

ASSISTÊNCIA Hospitalar. **Diário Oficial**, Teresina, Ano XIII, Nº 114, p. 12, 14 de dez. de 1943.

CONFERÊNCIA do Rio de Janeiro, **Diário Oficial**, Teresina, Ano XII, Nº 12, p, 1, 16 de jan. de 1942.

DEPARTAMENTO de Saúde Pública do Piauí. **Diário Oficial**, Teresina, Ano XIII, Nº 109, p. 2, 2 de set. de 1943.

EXCURSÃO Interventorial – inauguradas várias realizações e utilidades públicas, **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 39, p. 2, 16 de mar. de 1942.

HOSPITAL Getúlio Vargas, **Diário Oficial**, Teresina, Ano XV, Nº 12, p, 11, 3 de maio de 1945.

INSTITUTO de Assistência Hospitalar do Estado do Piauí, **Diário Oficial**, Teresina, Ano XII, Nº 52, p, 80, 3 de maio de 1942.

MOVIMENTO dos hospitais. **Diário Oficial**, Teresina, Ano XIII, Nº 109, p. 4, 2 de set. de 1943.

MOVIMENTO geral do Hospital "Getulio Vargas", no período de 1/10/41 a 31/12/44. **Diário Oficial,** Teresina, Ano XIV, Nº 49, p. 18, 3 de maio de 1945.

RELATÓRIO Apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, D. D. Presidente da República, pelo interventor federal do Estado, Dr. Leônidas de Castro Melo. **Diário Oficial**, Teresina, ano XII, n. 152, p. 7-12, 14 de dezembro de 1943.

REFERÊNCIAS

HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância:** da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004.

HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930- 1945).** Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141. Editora UFPR, 2005.

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

MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **"Manter sadia a Criança Sã":** As políticas de saúde materno-infantil no Piauí de 1930 a 1945. Jundiaí: Paco editorial, 2018.

MELO FILHO, Antônio de. **Teresina:** a condição da saúde pública na Primeira República (1989-1930). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

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

MOURA, Esmeralda Blanco. O fim, o meio e a forma: O Brasil desejado, a infância e a lei na Assembleia Constituinte de 1934. In: MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Orgs.). **Infância & saúde: perspectivas históricas.** São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2009. pp. 21-59.

NASCIMENTO, Francisco Alcides do. **A cidade sob o fogo**: modernização e violência policial em Teresina (1937-1945). 2. ed. Teresina: EDUFPI, 2015

SILVA, Iêda Moura da. Hospital Getúlio Vargas: a atuação da política de saúde pública em Teresina, 1937-1945. In: SIMPÓSIO NACIONAL: CONHECIMENTO HISTÓRICO E DIÁLOGO SOCIAL, XXVII, 2013, Natal-RN. **Anais...**Natal-RN: ANPUH, 2013, p. 1-9 (Anais eletrônicos).

SILVA, Rakell Milena Osório; MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. A "Bôa Época de Prosperidade": o Governo Leônidas Mello e a Saúde Pública Piauiense (1937-1945). In: ENCONTRO INTERNACIONAL HISTÓRIAS E PARCERIAS, III, Rio de Janeiro-RJ. **Anais...** Rio de Janeiro-RJ, ANPUH, 2021 p. 1-13 (Anais eletrônicos).

11

A RESPOSTA À AIDS E O PRINCÍPIO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO SUS: REFLEXÕES A PARTIR DO GRUPO PARAVIDDA NOS SEMINÁRIOS MUNICIPAIS EM BELÉM DO PARÁ (1992 – 1993)

Paulo Henrique Souza dos Santos

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho[1] é demonstrar as principais articulações do Grupo Para Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids[2] (Paravidda) nos anos 1990, um dos primeiros grupos de assistência para pessoas que vivem com HIV em Belém do Pará. Partimos da realização do I seminário no ano de 1992 até o II realizado em 1993, por entender que estes foram retratados pela imprensa de forma ampla, mostrando a movimentação de vários setores sociais.

Para traçarmos este panorama geral utilizaremos recortes dos jornais O Liberal, Diário do Pará[3] – os principais periódicos de Belém

[1] Esse artigo é parte da Dissertação "A resposta à AIDS na construção do SUS em Belém do Pará: o caso da ONG Paravidda (1992 – 2003)", defendida em 2022 no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz (COC) – Fiocruz. Por conter documentações do tempo presente, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética. O número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 48963021.3.0000.5241 pelo projeto intitulado "O PARAVIDDA E A AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM HIV/AIDS EM BELÉM-PA NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS (1992 – 2006)"

[2] A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (AIDS) é uma doença causada pela ação de um vírus chamado HIV (PERLONGHER, 1986).

[3] O jornal O liberal foi comprado pelo grupo Maiorana em 1966, quando iniciou um processo de modernização gráfica e profissionalização da equipe. Ele liderava o mercado em Belém na década de 1970, tornando-se líder de vendas durante três décadas e chegando aos anos 2000 com um decréscimo em função dos investimentos de marketing realizados pelo Diário do Pará. A família Maiorana, a qual o jornal é vinculado, destaca-se como "jogadora" política e econômica da região, fazendo seu apoio se tornar importante nos processos eleitorais paraenses. O jogo político dessa família tendia a favorecer os candidatos do PSDB, que a colocava em embates com o jornal Diário do Pará (CASTRO, 2012; SANTA

desse período –, documentos rastreados na sede do Paravidda e entrevistas semiestruturadas com membros que participaram da construção e das reivindicações do grupo aqui estudado. Junto disso, articularemos as documentações com pesquisas de outras áreas do conhecimento e com a metodologia da historiografia das doenças e da saúde, que nos permite compreender a Aids e a saúde como pontos de partida para discussões sobre reações societárias e a construção de políticas públicas ao longo do tempo. Nessa direção, mediante a participação do Paravidda nos seminários em Belém, argumentamos que esse grupo pode ser entendido como um dos atores coletivos na implantação de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)[4] em Belém: a participação social.

Já existe uma ampla historiografia que demonstra as potencialidades temáticas que envolvem as doenças e saúde no Brasil. Gilberto Hochman e Diego Armus (2004) realizam um balanço historiográfico sobre as principais abordagens de História da Saúde na América Latina a partir da década de 1980. A primeira perspectiva se centraliza nas reflexões sobre o conhecimento produzido pela medicina a partir de uma ótica que esse saber é social, contextualizando sua produção. O segundo ponto de vista discute uma história da saúde pública com foco nas instituições, Estado, políticas, profissionais de saúde, respostas sociais e o que eles denominam de Transição

BRÍGIDA, 2019). O Diário do Pará iniciou sua circulação em 1982, interligado ao grupo de comunicação chefiado por Jader Barbalho. Nos anos 2000, o jornal assumiu uma polarização política ao O Liberal, disputando vendas com o grupo Maiorana, gerando ampla circulação no mercado local e crescente expressão política (CASTRO, 2012).

[4] O SUS foi definido na lei orgânica de saúde nº 8.080 de 1990, como: "[...] o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público [...]" (BRASIL, 1990, p. 01). Essas ações e serviços de saúde partiam dos princípios basilares do SUS: universalidade, igualdade, integralidade, descentralização e participação da sociedade.

Epidemiológica. A terceira abordagem é denominada de História Sociocultural das Doenças, onde tem ocupado destaque as análises sobre a dimensão cultural das doenças: representações, metáforas, formação de estigmas e o discurso médico.

As historiadoras Dilene Raimundo Nascimento e Anne Jackeline Torres Silveira (2014) discorrem sobre a doença como objeto na História. Para elas, as enfermidades possibilitam a discussão de:

> Estruturas e mudanças sociais, dinâmica demográfica e de deslocamento populacional, **reações societárias**, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas (NASCIMENTO & SILVEIRA, 2014, p.14, grifo nosso).

Sobre reações societárias, Diego Armus (2004) aponta a forma como a tuberculose fez parte das pautas da classe operária argentina para forçar o Estado a constituir infraestrutura sanitária básica no início do século XX.

Situamos esse trabalho, principalmente, na história da saúde pública, por entender que as reivindicações dos grupos por atenção à saúde[5] para Aids implicaram em discussões e direções nas políticas de saúde brasileira nos anos 1980 e 1990. Além disso, essa pesquisa também se relaciona com a história sociocultural das doenças, pois compreendemos as tensões por atenção à saúde vinculadas ao combate de uma dimensão sociocultural em torno da Aids: os seus estigmas[6].

[5] A atenção em saúde inclui serviços e intervenções preventivas, curativas e paliativas prestados a indivíduos ou populações (UNAIDS, 2017, p.10).

[6] Entendo estigma como "[...] um significativo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável que se constitui em poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços socialmente desvalorizados" (GOFFMAN, 1980, p. 53).

O nosso argumento se justifica por constatações na produção historiográfica sobre Aids, assim como na literatura especializada, no campo da saúde, sobre SUS e Aids. Os debates envolvendo essa doença são centralizados em dois eixos na historiografia: o primeiro é expresso por pesquisas que analisam os discursos, as imagens e os estigmas constituídos ao longo da década de 1980 e 1990 (AGUIAR JUNIOR, 2016; BARATA, 2006; NASCIMENTO, 2014; RAMOS, 2016; SANTOS, 2019; SOUZA, 2014; SILVEIRA NETO, 2014; VIANNA, 2013). Outros trabalhos discutem as reivindicações contra os discursos associados à Aids e por atenção à saúde. (VITIELO, 2009; DIAS, 2012; GREEN, 2018).

A literatura especializada sobre implementação do SUS, em regra geral, apresenta argumentos pautados nas ações de gestores institucionais e da sociedade civil no processo de construção do renovado sistema de saúde (ESCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA, 2015; FONSECA, 2015; SILVEIRA NETO, 2014; ADRIÃO, 2019). As investigações sobre atenção à Aids no Brasil no campo da saúde, identificam a relevância das Organizações não Governamentais (ONGs) para a constituição do Programa Nacional nos anos 1980 e 1990, destacam as tensões com os gestores em relação à prevenção e tratamento, a política de distribuição de medicamentos consolidada a partir de 1996 e os acordos com o Banco Mundial entre 1993 – 2002 (BARROS, 2018; GALVÃO, 1997; TEODORESCU & TEIXEIRA, 2015).

Tanto a historiografia quanto trabalhos especializados em Aids e SUS na área da saúde não buscaram integrar, em seus argumentos centrais, as respostas sociais à Aids e a construção institucional do SUS no Brasil. Os trabalhos em História consideram o impacto da epidemia de Aids no campo das representações e as respostas a elas, enquanto o

SUS tangencia suas narrativas. Essas pesquisas enxergam a implantação do SUS e a Política Nacional de Aids como processos paralelos na mesma temporalidade, integrados de forma isolada. Partindo disso, constatamos o seguinte problema: como a atenção de saúde à Aids, em seus múltiplos níveis, tem sido vinculada ao processo de implementação das bases do SUS? Procuramos responder essa pergunta a partir da presença do Paravidda nas discussões sobre HIV em Belém, situando a epidemia de Aids como constituinte de mobilizações locais que também atuaram na implantação do princípio de participação social do SUS em Belém.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS ANOS 1990

A ditadura civil-militar, a partir de abril de 1964, engendrou mudanças na relação entre Estado e sociedade, que no processo de endurecimento político desarticulou a participação social e perseguiu movimentos de oposição ao governo (ESCOREL, 2008; GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005). Durante esse contexto, movimentos sociais foram formados diante da negligência estatal em alguns setores e a saúde também se constituiu como pauta destes nos anos 1970 e 1980.

A literatura sobre a sociedade na luta no campo da saúde e pela reforma sanitária apresenta um aspecto em comum: a associação das reivindicações por saúde à democratização da sociedade, a partir de uma percepção da luta do *direito a ter direito* (CORDEIRO, 2004; ESCOREL, 2008; GERSCHMAN, 2004; JESUS, 2011; LABRA, 2005; PAIVA & FONSECA, 2015; SILVEIRA, PAIM & ADRIÃO, 2019; MENICUCCI, 2007). Dessa forma, a sociedade civil organizada fez parte da construção do

SUS tanto nas discussões anteriores a 1988, quanto na implementação nos anos 1990.

Os movimentos populares em saúde, formados na década de 1970, são caracterizados por Silvia Gerschman (2004) em três fases: a reivindicatória, primeira fase, quando cobravam do Estado medidas pontuais de assistência à saúde; a segunda fase marcada pela criação de espaços que conjugavam demandas dos grupos de bairro em âmbito nacional e estadual, estruturando a maior articulação ante o Estado na década de 1980; e a terceira fase que levou às discussões sobre a institucionalização e o envolvimento nos debates da Constituição de 1988 e do SUS. Grupos de mulheres, da mesma forma, encaminharam pautas para os debates de saúde, como em 1984 no I Encontro Nacional de Saúde em Itapecerica da Serra, que gerou a carta de Itapecerica. Entre divergências internas, destaca-se a participação ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)[7] criado em 1984 (SILVEIRA, PAIM & ADRIÃO, 2019).

O movimento sanitário também é visto com destaque na literatura (ESCOREL, 2008; CORDEIRO, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008, 2009; PAIVA; FONSECA, 2015). Esse grupo heterogêneo foi composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, profissionais de saúde, entidades comunitárias, profissionais sindicais, instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

[7](...) No que se refere às especificidades, o documento denuncia as condições precárias de atendimento às mulheres, sobretudo, as de estratos sociais baixos e sua visão reducionista da mulher como apenas reprodutora (SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019: 281-282).

Essas associações debateram a construção de um sistema de saúde que garantisse a participação social para o funcionamento efetivo e alinhado às demandas da população. Destacam-se algumas arenas de discussões na construção desse princípio no SUS ao longo dos anos 1980: a VIII conferência de Saúde; A Comissão Nacional de Reforma Sanitária; A Plenária Nacional de Entidade de Saúde; A Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente; e a Comissão temática de ordem social[8].

Com intensa movimentação da sociedade ao contexto da saúde nos anos 1980 e aos vetos do presidente Fernando Collor de Melo no início dos anos 1990, a lei n° 8.142/90 foi promulgada com os artigos que regulamentavam o envolvimento da população nos conselhos de saúde e conferências em âmbito municipal, estadual e nacional (ARRETCHE, 2005; CORDEIRO, 2001; GERSCHMAN, 2004; MENICUCCI, 2007; NORONHA & SOARES, 2001). Esses espaços estavam vinculados aos anseios para construir um sistema em articulação com as demandas populares, aspecto importante para efetivar a cidadania e reafirma o projeto democratizante pós-ditadura civil-militar (GERSCHMAN, 2004; LABRA, 2005; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2009). O SUS, portanto, era formalizado com o objetivo de ser para todos e de todos, sendo importante a participação da população para implementação do sistema.

De todo modo, a regulamentação dos Conselhos e Conferências não impede de outros espaços serem direcionados à presença da sociedade nos debates de saúde, pois a Constituição de 1988 formalizou um conceito amplo de participação (BRASIL, 1988). Nessa direção, Maria Labra (2005) menciona que, entre 1986 e 2003, esses objetivos de democratização dos espaços de construção de políticas públicas de

[8] Mais detalhes dos debates nesses espaços, conferir GERSHMAN, 2004.

saúde se expressam nos Conselhos, nas Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde. Assim como nas Conferências de temas específicos, como Saúde da Mulher, Saúde do trabalhador e DST/Aids, nas quais se somam com congressos, fóruns, encontros, seminários e oficinas.

Assim, vamos explorar a participação nesses outros espaços destacados por Maria Labra (2005), pois o grupo Paravidda esteve nos seminários e fóruns na cidade de Belém na década de 1990. Antes disso, é necessário delinear que os espaços de participação social também foram características de iniciativas da Política Nacional de Aids.

OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE AIDS NA DÉCADA DE 1990

A Aids chegou ao Brasil da década de 1980, em meio às pautas citadas acima, e a saúde também esteve na agenda de grupos de múltiplas finalidades: "[...] o ativismo político, que reivindicava os direitos dos pacientes e o da solidariedade, que buscava redefinir os princípios pelos quais a sociedade abordava as pessoas infectadas pelo vírus" (GRANJEIRO, LAURINDO DA SILVA, TEIXEIRA, 2009, p. 90). Os Grupos de Apoio e Prevenção à Aids (GAPAs) foram constituídos por todo Brasil durante a década de 1980 e 1990, compostos por homens homossexuais, mulheres, profissionais de saúde, pessoas com o vírus e seus familiares (BARROS, 2018; CONTRERA, 2000; GRANJEIRO, LAURINDO DA SILVA & TEIXEIRA, 2009). Do mesmo modo, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) foi outra entidade criada, ainda na década de 1980 no Rio de Janeiro, para lutar pelos direitos das pessoas com HIV, destacando as atuações de Herbert Daniel, homossexual e militante desde a ditadura civil-militar, e Herbert de

Souza. Em 1989, Herbert Daniel criou o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (Pela Vidda) (BARROS, 2018; DIAS, 2012; GREEN, 2018; VITIELLO, 2009).

Além do meio associativo ou militante, as Políticas Nacionais de enfrentamento à Aids foram elaboradas por sujeitos de diferentes campos, como médicos, cientistas e indivíduos já inseridos na burocracia do Estado. Em âmbito Federal, elas iniciaram em 1985, sendo as primeiras ações centralizadas na definição dos casos. No ano de 1988, a Aids saiu da Divisão de Dermatologia Sanitária para a criação da Divisão Nacional de DST/AIDS sob o comando de Lair Guerra, que a conferiu mais autonomia ao ampliar suas ações e iniciar um *modis operandis* próprio (BARROS, 2018). A partir disso, Lair Guerra direcionou o foco na estruturação do programa à prevenção e vigilância epidemiológica.

O espaço de diálogo com a sociedade, que já estava sendo discutido nas Conferências de Saúde e nos Conselhos, pode ser verificado na Comissão Nacional de Aids (CNAIDS). Ela foi criada em 1986 com o objetivo de assessorar, acompanhar a execução, participar da avaliação do Programa Nacional e "assumiu importante papel na formulação inicial da política, constituindo-se como um grupo de *experts* no assunto, de diferentes subespaços sociais [...]." (BARROS, 2018, p. 112). Segundo Sandra Barros (2018), o GAPA-SP e a ABIA participaram desse momento da CNAIDS, tensionando as direções das Políticas Nacionais de Aids em relação às campanhas de prevenção.

O Programa Nacional constituiu o projeto "Previna – Prevenção e informação sobre Aids e outras DSTs", entre 1988 e 1989, que tinha o objetivo de alcançar as mulheres prostitutas, usuários de drogas, presidiários, garimpeiros na Amazônia legal, homossexuais e

crianças/adolescentes em vulnerabilidade social. A ênfase nesses grupos seguia os temas de recomendações de ONGs-Aids que compunham a CNAIDS, estes foram: Aids nos presídios (1987); Estratégias com usuários de drogas (1988); Aids e prostituição (1988); Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade (1989); e projetos educativos voltados à grupos homossexuais (1989) (BARROS, 2018).

No governo Collor, Barros (2018) destaca o entrave na implantação do SUS, perda de prioridade para Aids, falta de articulação da nova equipe da Divisão Nacional de Aids com as ONGs, ausência de reuniões da CNAIDS, transformações no Boletim Epidemiológico, início da distribuição de medicamentos e das negociações com o Banco Mundial. Com o retorno de Lair Guerra, em 1992, surgiram outras instâncias de assessoramento do Programa: "[...] comitê de vacinas, a comissão para estudos e ações no sistema penitenciário, o comitê de pesquisa, e um setor específico de articulação com as ONGs" (BARROS, 2018, p.155).

As discussões sobre o esvaziamento e papel da CNAIDS em meio aos novos setores, levaram às modificações em sua estrutura e composição a partir de 1994, influenciadas pelo princípio da participação da sociedade na gestão do SUS através da Lei nº 8.142/90 (BARROS, 2018). Dentro disso, a representação das ONGs-Aids foi dividida para a seguinte configuração: dois do sudeste, dois do norte, nordeste e centro oeste e um da região sul, escolhidas no Encontro Nacional de ONGs Aids (ENONGs). A CNAIDS passou a ter as seguintes atribuições:

> 1. Participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção e controle das DST/Aids; 2. Discutir diretrizes a serem observadas pelo Programa Nacional através dos Planos Operativos Anuais; 3. Identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;

> 4. Assessorar o Ministério da Saúde no desempenho das atividades do Programa Nacional de DST/Aids e participar do redirecionamento de estratégias; 5. Desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do governo e da sociedade civil para a luta contra a epidemia do HIV/Aids (BRASIL, 1994 APUD BARROS, 2018, p. 158-159).

Entre 1994 – 1998, a Comissão discutiu sobre os testes rápidos, o tratamento com antirretroviral e estratégias para adesão; ações descentralizadas, fortalecimento da gestão, questões sobre direitos humanos em HIV/Aids, ensaio de vacinas e operacionalização do projeto AIDS I[9] (BARROS, 2018). A participação das ONGs-Aids foi, principalmente, na constituição dos projetos ao Banco Mundial e às cobranças por tratamento (BARROS, 2018). A Lei n° 9.313, que garantiu a distribuição dos medicamentos, também foi fruto de articulações nesses campos institucionais (BARROS, 2009).

Diante disso, também podemos pensar os seminários de discussões sobre Aids em Belém, que o Paravidda participava, como espaços de construção de políticas de saúde a partir das demandas populares, articulações presente nos princípios do SUS e nas políticas de Aids em âmbito federal.

O GRUPO PARAVIDDA NOS ANOS 1990

A construção do Paravidda ocorreu através de pessoas que se reuniam na Unidade de Referência em Aids (URE-Aids) para difundir

[9] O financiamento do Banco Mundial foi sinalizado como importante para a consolidação do Programa Nacional na década de 1990, aspecto que fez a Aids ser categorizada como "prima rica da saúde". Denominados AIDS I e AIDS II, os acordos foram executados com recursos destinados a quatro setores: Prevenção, Serviços, Desenvolvimento Institucional e Vigilância, Pesquisa e Avaliação. Esses recursos foram utilizados para expansão da cobertura assistencial e financiamento de projetos de ONGs, estimulando o diálogo com gays, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo (BARROS, 2018).

informações sobre a doença, apoiar pacientes e trocar experiências na capital paraense nos anos 1980. O nome Paravidda foi atribuído ao grupo durante os anos 1990, sendo Augusto Marques, Luiz Antônio da Silva e Maria Laurinda Silva Correia, atores chaves no seu processo de organização (CORREIA, 2021; SILVA, 2021; PARAVIDDA, 1992, 1992-B).

Segundo o homossexual Luiz Antônio, o resultado positivo ao HIV o levou a uma pequena reunião de apoio na URE-Aids, indicado por ele como o início do Paravidda:

> Quando [...] eu descobri que eu era portador do HIV. [...] Eu me lembro que quando eu recebi a notícia [...] eu atravessei da rua Castelo pra Magalhães Barata sem olhar para lugar nenhum, como se não tivesse nada, atravessei do lado pro outro e pá! E fui andando, digerindo a ideia [...] Confirmado tudo, [...] Fui indicado para uma reunião pra falar sobre esses assuntos com outras pessoas que viviam, pra dizer assim: 'tu não estás sozinho e tudo mais'. [...] Tinha umas cinco ou seis pessoas numa salinha pequena anexo ao Barros Barreto e [...] eu comecei a participar das reuniões. A cada quinze dias eu ia[...], conversava, falava, contava experiência, o que tava sentindo e tudo mais. A partir daí o grupo foi crescendo, crescendo e ficou pequeno lá a área para conversar, trazer as pessoas. [...] E aí a Eneida: 'bem que poderia formar grupo'. Aí nós formamos [...] um grupinho de pessoas pra conversar. Eu arranjei no meu trabalho lá, uma sala. [...] Eu falei pra minha chefia naquela época: 'nós queríamos uma sala' e ela cedeu. Aí tal hora a gente se reunia por uma hora e tudo mais (SILVA, 2021, p. 01).

Com a expansão da epidemia, as reuniões cresceram e o grupo passou a procurar outros espaços, sendo retirado de diversas casas alugadas quando a vizinhança e os proprietários conheciam o objetivo da ocupação. As dificuldades em relação aos imóveis foram mencionadas por Maria Laurinda:

> Então a gente conseguiu alugar essas casas, coloca-los dentro, tivemos muito preconceito nas casas, nós saiamos de noite e quando chegávamos de manhã tava pinchada "fora aidéticos". Aí a gente mudou pra uma segunda casa na Euclides Figueiredo. Lá tinha uma escolinha e nós éramos proibidos de passar na frente dessa escola, eles fizeram um abaixo assinado e a gente saia da casa, atravessava a rua e passava lá pelo outro lado[...] a gente alugava casas, mas não dizíamos para o que era. A gente alugava no nome de alguns que colaboravam. Tinha uma moça que trabalhava na caixa e ela cedia o nome dela, eu cedia o meu (CORREIA, 2021, p. 03).

Depois de várias tensões, o grupo conseguiu se estabilizar em uma casa ociosa do Governo do Estado no bairro do jurunas, zona periférica de Belém, com o discurso de acolher apenas crianças abandonadas por conta do HIV a partir de 1994 (O LIBERAL, 15 nov., 1994, p. 3) (Ver Figura 1). Ademais, a casa de apoio também passou a abrigar "temporariamente pacientes adultos que vinham do interior para exames médicos ou que estavam em recuperação após alta hospitalar" (TEODORESCU & TEXEIRA, 2015, p. 270).

Figura 1: Recorte do jornal O Liberal sobre a sede do Paravidda

Fonte: O LIBERAL, 15 nov., 1994.p.03).

Voldman (2006) chama atenção para um elemento dos relatos, que não os desqualificam, mas nos faz entender como estes carregam características além da informação constatada neles:

> Para o militante, sejam eles sindicalistas, políticos ou feministas, testemunhar, dar uma versão e uma visão do passado, formar para a história um ponto de vista sobre os fatos e permitir estabelecer a sua veracidade também é controlar posterioridade, ter domínio sobre a imagem que será legada à eternidade: em suma, deter ou acreditar deter a legitimidade de todo movimento (VOLDMAN, 2006, p. 258).

Em meio às imagens que os indivíduos constituíram em suas narrativas, tensões internas e dificuldades constatadas nos jornais e nos relatos orais, as fontes indicam a constituição do Paravidda nos anos 1990. Esse grupo, além das ações de acolhimento e solidariedade às pessoas com HIV, também faria parte de debates sobre políticas públicas através de seminários estruturados por um conjunto de setores durante 1990, aspecto que nos faz entendê-lo como agente coletivo no processo de instrumentalização da participação social no SUS em Belém.

O PARAVIDDA NOS SEMINÁRIOS SOBRE AIDS EM BELÉM ENTRE 1992 E 1993

A construção das políticas de assistência à saúde voltadas para a Aids, em Belém, demonstra a sociedade civil exercendo a cidadania mediante outros espaços: os seminários. Estes reuniram representantes da Secretaria de Saúde Pública do Pará (Sespa), Secretaria Municipal de saúde e Meio Ambiente (Sesma), Divisão Estadual, Comissão Municipal de Aids, diretores de hospitais e a sociedade nos debates sobre a doença durante os anos 1990. Os seminários relacionados à Aids em Belém articulam-se à diversidade de espaços públicos de discussões sobre

saúde constituídos na década de 1990. Maria Labra (2005) indica a participação para além dos conselhos de saúde e conferências, como consta no seguinte trecho:

> Entre 1986 e 2003 [...] têm acontecido [...] inúmeros eventos de distinta natureza, como congressos, fóruns, encontros, seminários, oficinas, plenárias etc., que referendam a participação de representantes da sociedade civil em arenas onde fervilham propostas de novas políticas ou de reformulação das já implantadas, trocas de experiências e contatos entre grupos afins com vistas à formação de redes [...] (LABRA, 2005, p. 6109-6116).

O Paravidda, junto de outras ONGs, também enxergou a possibilidade de discutir as demandas de saúde das pessoas com HIV através dos seminários e encontros da RNP+. Neles, a entidade tensionou as instituições locais para garantirem o direito à saúde via dois eixos: ampliação da assistência e ações de prevenção. Além disso, os principais jornais de Belém, mesmo com seus interesses e vínculos políticos, foram utilizados para ampliação dos debates desses encontros.

Para a historiadora Tânia de Luca (2009), metodologicamente, os jornais podem ser investigados a partir de duas direções: a materialidade e o conteúdo. O primeiro aspecto solicita um esforço para buscar informações sobre os suportes materiais do impresso, sua aparência física (formato, tipo de papel, qualidade da impressão, capa, ilustrações), a forma de estruturação do conteúdo, a relação com o mercado, o público que desejava atingir. Sobre o conteúdo, é importante verificar as motivações de publicação, a constância do assunto no periódico, a coluna publicada, o destaque conferido, pois "[...] é muito diverso o peso do que figura na capa de uma revista semanal ou na principal manchete e o que fica relegado às páginas internas" (DE LUCA, 2009, p. 140). Por se tratar de um tipo de documentação constituído por um conjunto de pessoas, Tânia

de Luca (2009) aponta para a importância de "[...] inquirir sobre suas ligações cotidianas com diferentes poderes e interesses financeiros, aí incluídos os de caráter publicitário" (DE LUCA, 2009, p. 140).

A partir de 1992, a imprensa indicava o Paravidda nos debates sobre a assistência à saúde para a Aids. O I seminário municipal, em 16 de novembro de 1992, foi realizado pela Comissão de combate à Aids da Sesma com apoio da Universidade Federal, Fundação Cultural Tancredo Neves, Companhia Vale do Rio Doce, Petrobrás, Defesa Civil Municipal, Secretaria Municipal de Educação e Cultura e Sespa. Lourdes Jucá, coordenadora do encontro, afirmou que o objetivo era informar a sociedade, relatando um alto número de inscrições. Ao descrever a mesa de abertura, Lourdes Jucá destacou a participação do secretário de saúde municipal Roberto Cruz, o coordenador técnico da Sespa Izamir Araújo, o diretor da Divisão Estadual Jeremias Araújo e representantes das ONGs-Aids (O LIBERAL, 17 nov. 1992; DIÁRIO DO PARÁ, 17 nov. 1992; 18 nov. 1992).

Figura 2: Recorte do jornal O Liberal sobre O I Seminário Municipal

O LIBERAL

Debates sobre AIDS lotam o Centur

O quadro da doença em Belém está sendo analisado no 1º Seminário Municipal. Mais de mil pessoas participam.

Auditório lotado no primeiro dia do seminário, que terminou ontem

Fonte: O LIBERAL, 17 nov. 1992, p.07.

No I seminário, Soter Sarraf, de 49 anos, identificado como voluntário do GAPA e do Paravidda, sinalizou a negligência da Sespa no fornecimento de preservativos masculinos em Belém. (O LIBERAL, 15

nov., 17 nov. 1992; DIÁRIO DO PARÁ, 17 nov. 1992; 18 nov. 1992). O Coordenador estadual demonstrava interesse à prevenção através de ações educativas, indicados nos anexos referente à Aids nos relatórios da Sespa (PARÁ, 1991, 1992). Assim, ele discordava da distribuição de camisinhas, como destacado a seguir:

> Perguntado sobre quais são as prioridades, ele respondeu que a prevenção da doença deve ser feita através de ações educativas. Segundo Jeremias Vieira, a aquisição de camisinhas tem um custo alto para a Sespa. Indagado sobre como prevenir a proliferação da Aids entre os grupos que fazem do sexo seu meio de vida- como prostitutas, os prostitutos homossexuais-, o médico disse: ' esse é um raciocínio que o sistema não pode amparar. Se uma pessoa é promíscua, o estado não pode ampará-la [...] (O LIBERAL, 17 nov., 1992, p. 07).

A barreira levantada por Jeremias Araújo para essa estratégia de prevenção também era permeada por elementos associados à Aids durante a década de 1990: os estigmas (AGUIAR JÚNIOR, 2016; BARATA, 2006; DANIEL; PARKER, 2018; DIAS, 2012; GONÇALVES, 1989; NASCIMENTO; VIANNA, 2013; RAMOS, 2016; SANTOS, 2019; SILVEIRA NETO, 2014; SOUZA, 2014; VIANNA, 2018; VITIELLO, 2009). O coordenador reproduziu o argumento da doença se caracterizar como responsabilidade individual daqueles que tinham práticas "promíscuas", referindo à homossexualidade e à prostituição. Esse aspecto também constituiu entraves nas primeiras respostas à Aids em Belém.

A cobertura do I Seminário foi executada pelos dois jornais como um espaço de discussões, informações e tensões entre ONGs-Aids. Em contrapartida, o jornal O Liberal manteve informando as movimentações do Paravidda e de outras entidades para que o

Coordenador Estadual, Jeremias Araújo, implementasse ações de prevenção e ampliasse a atenção à saúde.

O Paravidda participou de reuniões em conjunto de outras entidades e discordou sobre as prioridades relatadas pelo representante da Sespa, porque segundo Luiz Antônio "Quando metade da população do Estado estiver infectada pelo vírus da Aids, a Sespa terá que arrumar dinheiro para comprar medicamentos e garantir o tratamento dos doentes. E isso vai custar muito mais caro do que comprar camisinhas" (O LIBERAL, 21 nov. 1992, p. 07) (Ver figura 3). As ONGs-Aids, mesmo não tendo respostas favoráveis dos representantes da Sespa, reafirmaram a postura de alerta sobre os recursos da Aids para o Projeto Sentinela. Essa verba constava no relatório da Sespa de 1992 e estava vinculada à transferência do Programa Nacional.

Figura 3: Recorte do jornal O Liberal sobre reuniões com representantes da Sespa

Fonte: O LIBERAL, 21 nov. 1992, p.07).

Esses embates políticos de propostas e perspectivas para o Programa Estadual de Aids em 1992, influiu no afastamento de Jeremias Araújo e a alocação do médico Reinaldo Carvalho Barros na coordenação, este aparecendo como diretor da Divisão Estadual em 06 de dezembro de 1992 (O LIBERAL, 06 dez. 1992). No entanto, sua nomeação no Diário Oficial do Estado do Pará é confirmada na Portaria de n° 20 de 28 de Abril de 1993 (DIÁRIO OFICIAL, 30 abr., 1993).

O II seminário municipal de Aids também reuniu a sociedade civil, Sesma, Sespa e representante do Prefeito de Belém, em 06 de dezembro de 1993 (O LIBERAL, 06 dez., 1993, p 05). Luiz Antônio, do Paravidda, continuou pontuando a problemática de apenas a URE-Aids e o Hospital Barros Barreto fornecerem serviços de assistência à saúde para complicações da Aids em todo Estado do Pará, defendendo a expansão da rede. Em sua fala destacada no jornal, relatou as dificuldades no tratamento às pessoas com HIV no setor público: "Luiz Antônio deplora que apenas um hospital em Belém, o Barros Barreto, com 14 leitos, e um ambulatório, o Centro de Referência da Sespa, estejam aparelhados para atender os portadores de HIV" (O LIBERAL, 08 dez., 1993, p 03).

O Paravidda e outros grupos estabeleceram articulações nesses dois seminários, que envolviam a garantia da criação/manutenção de canais para sociedade civil compor os encaminhamentos, estes publicados no jornal O Liberal:

> O II seminário Municipal sobre AIDS terminou anteontem, no centur, deixando como saldo o início de uma nova briga [...] as entidades ligadas à questão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids querem, agora, que as propostas aprovadas no último dia do seminário sejam postas em prática. Entre essas propostas estão a criação de fóruns locais de discussão permanente sobre o problema e a implantação de uma política de

> ação para DST/ AIDS [...] as propostas aprovadas ao final do encontro expressam também a necessidade de realizar novos seminários municipais, anualmente, e de garantir a implementação e ampliação das ações desenvolvidas pela Comissão Municipal de AIDS[...] (O LIBERAL, 10 dez., 1993: ilegível).

Enquanto o jornal O Liberal continuava retratando as reivindicações no II seminário, o Diário do Pará destacou apenas o teor informativo do evento (DIÁRIO DO PARÁ, 8 dez., 1993). Entre o III e o V seminários, realizados entre 1994 a 1996, os jornais paraenses apresentaram um aspecto comum: os conflitos perdem espaço e as notícias passam a divulgar os avanços na atenção à Aids em Belém.

A participação do Paravidda nesses eventos, também nos faz considerar a constituição da assistência à Aids como uma experiência relacionada à implementação do princípio de participação popular e saúde como direito universal no SUS em Belém. Gerschman (2004), ao estudar os movimentos sociais no processo de implantação de políticas de saúde entre as décadas de 1970 a 1994, considera que a formulação e implantação de políticas sociais não são exclusivas de representantes estatais. Partindo dessa autora, a presença do Paravidda nos seminários pode ser considerada fundamental para "[...] ampliação do exercício da política, levando ao interior do Estado uma problemática que dele estava ausente, ao mesmo tempo em que aproximou das decisões relativas à política de saúde tradicionalmente reservadas ao Estado os destinatários da mesma" (GERSCHMAN, 2004, p. 250).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Situamos o Paravidda no contexto de implantação do SUS, demonstrando como as múltiplas organizações lutaram para a

formalização na constituição e nos debates sobre a saúde durante os anos 1980 e 1990. Diversos setores da sociedade civil reivindicaram o estabelecimento de um sistema de saúde universal, integralizado, descentralizado e com a participação da comunidade, considerando a assistência em todos os níveis de atenção como um direito dos cidadãos brasileiros.

Nesse contexto, os impactos da epidemia de Aids conduziram à formação de diversos grupos pelo Brasil na década de 1980. Estes introduziram reivindicações para as autoridades de saúde garantirem uma atenção de saúde adequada às demandas da sociedade, o que também implicava em romper com todos os estigmas da Aids, pois eram entraves para as políticas de atenção à saúde. Entre todas as tensões, a garantia de espaço participativo também foi uma marca da construção das diretrizes da Política Nacional de Aids brasileira.

Em nível local, o Paravidda em rede com outros setores buscaram ocupar espaços de discussões para sinalizar as direções que as autoridades de saúde no Pará deviam tomar sobre espaços de diálogo e um conjunto de medidas de atenção à saúde. Sendo assim, a experiência do grupo indicou a implantação de um princípio do SUS em Belém: a participação da sociedade nas discussões e nos direcionamentos do planejamento à saúde, levando ao interior das secretarias as problemáticas que delas estavam ausentes para construir um Sistema de Saúde local democrático e universal. Essas reações societárias aos impactos da epidemia de Aids são indícios históricos para pensarmos a implantação dos princípios do SUS durante os anos 1990.

FONTES

DIÁRIO OFICIAL DO PARÁ, 30 abr., 1993.

DIÁRIO DO PARÁ. **No Pará, 8 mil estão com o vírus da Aids e não sabem.** Cidades, 17 nov.,1992, p.10.

O LIBERAL. **Debates sobre Aids lotam o Centur.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.

O LIBERAL. **Entidades Cobram Preservativos da Sespa.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.

O LIBERAL. **Prioridades são outras, afirma Vieira.** Cidades, 17 nov., 1992, p.07.

O LIBERAL. **Crise na Unidade de Aids da Sespa; Impasse começou com a distribuição do AZT.** Cidades, 21 nov., 1992, p.07.

O LIBERAL. **Preconceito nos hospitais piora o atendimento; Elisa Sá diz que a segregação não é a solução.** Cidades, 06 dez., 1992, p.10.

O LIBERAL. **Polêmica agita debate sobre Aids.**Cidades.08 dez., 1993, p.03.

O LIBERAL. **Preço da Camisinha amedronta carente.** Cidades.08 dez., 1993, p.03.

O LIBERAL. **Advogada destaca avanço na área de direito**. Cidades.08 dez., 1993, p.03.

O LIBERAL. **Advogada destaca avanço na área do Direito.** Cidades, 08 dez.,1993, p.3.

O LIBERAL. **Aids: seminário repercutiu bem.** Cidades. 10 dez., 1993.

O LIBERAL. **Creche dá as costas ao preconceito.** Cidades, 15 nov., 1994, p. 3.

PARAVIDDA. **Livro de Assinaturas (presenças) da Assembleia geral de constituição do Grupo Paravidda,** realizada no dia vinte e sete de janeiro de 1992.Belém, 1992,p.1.

PARAVIDDA. **Ata da Assembleia Geral de Constituição do Grupo Para Valorização, Integração e Dignificação do Doente de Aids (Grupo Paravidda**), realizada no dia vinte e sete de janeiro de mil novecentos e noventa e dois. Belém, 1992-B, p.1-2.

CORREIA, Maria Laurinda Silva. [set. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 16 set. 2021.

SILVA, Luiz Antônio. [set. 2021]. Entrevistador: Paulo Henrique Souza dos Santos. Belém, PA, 22 set. 2021.

REFERÊNCIAS

AGUIAR JÚNIOR, Fernando Domingos de. **Imagens da doença, políticas da notícia: cenários e representações da AIDS na imprensa paraibana (1980).** Dissertação de Mestrado, CCHL, UFB, 2016.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992).** Tese de Doutorado defendida na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, 2006.

BARROS, S.G, **Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/AIDS no Brasil** [online]. Salvador: EDUFBA, 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set., 1990.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CASTRO, Fábio Fonseca de. Sistemas de Comunicação na Amazônia. Revista Fronteiras: estudos midiáticos, v. 14, n. 3, nov./dez. 2012. P. 179-191.

CONTRERA, W. F. **Gapas: uma resposta comunitária à epidemia da aids no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS**.** PHYSIS: **Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 2004.

DANIEL, Herbert. PARKER, Richard. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas.** Rio de Janeiro: ABIA, 2018.

DIAS, Cláudio J. P. **A trajetória soropositiva de Herbert Daniel (1989-1992)**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. Ligia Giovanela et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2008.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira**. 2nd ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de AIDS. In: PARKER, R, ed. **Políticas, instituições e Aids - enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA; 1997.

GONÇALVES, Telma Amaral. **Homossexualidade: Representações, preconceito e Discriminação em Belém**. Trabalho de Conclusão de Curso. UFPA. Centro de Ciências Sociais, 1989.

GREEN, James N. **Revolucionário e Gay: a extraordinária vida de Herbert Daniel – pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. Introdução. In: HOCHMAN, Gilberto. **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.11-28. 2004.

JESUS, Washington Luiz Abreu. Princípios e Diretrizes do SUS: expressões de uma luta histórica do povo brasileiro. in: JESUS, WLA., ASSIS, MMA., orgs. **Desafios do planejamento na construção do SUS** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. SciELO - Editora FIOCRUZ. Edição do Kindle, 2005.

LUCA, Tânia Regina de. Fontes Impressas: História dos, nos e por meio dos periódicos. In.: LUCA, Tania Regina de; PINSKY, Carla Bassanezi; MARTINS, Ana Luiza. **O historiador e suas fontes**. São Paulo (SP): Contexto, 2009.

MENICUCCI, TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & SILVEIRA, Anne Jackeline Torres. A doença Revelando a História. Uma Historiografia das doenças. In: _____, & CARVALHO, Diana Maul de. **Uma História brasileira das Doenças**. Brasília: Paralelo, 2014.

NASCIMENTO & VIANNA, Eliza da Silva. "Nunca me senti tão Maldito". O Estigma e a Epidemia de Aids no Brasil. in: **Uma história brasileira das doenças**. vol.4. 1. Ed. Belo Horizonte, MG: Pino Traço, 2013.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

PAIM, Jairnilsom Silva. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PAIM, Jairnilsom Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Assunção; FONSECA, Cristina Maria de Oliveira. A Abrasco na Construção do SUS (1979-1990): ação política na saúde. In: LIMA, N.T., SANTANA, J.P., PAIVA, C.H.A., **Saúde coletiva: a Abrasco em 35 anos de história** [online]. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2015.

RAMOS, Lissandra Queiroga. **Da cara da morte para a cara viva da AIDS: a transição expressa nas campanhas do dia mundial de luta contra a AIDS (1989-2014).** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2016.

SANTOS, Paulo Henrique Souza dos. **A resposta à AIDS na construção do SUS em Belém do Pará: o caso da ONG Paravidda** (1992-2003). Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.

SANTOS, Paulo Henrique S. As representações sobre os casos de AIDS e HIV no Pará a partir do jornal Diário do Pará (1985-1996). **Ensaios de História** (Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UNESP) Franca, SP, Brasil. 2019.

SILVEIRA, Paloma Silva; PAIM, Jairnilson Silva; ADRIAO, Karla Galvão. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe8, p. 276-291, 2019.

SILVEIRA NETO, Adílio Luiz Da. **Nós e o que falavam de nós: subjetividades e discursos jornalísticos - HIV/AIDS em Criciúma (1986/1996).** Dissertação de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SOUZA, Ítalo Cristiano Silva e. **Por uma Epistemologia do Abjeto: A AIDS e o Regime de Verdade produzido pela Imprensa em Teresina na Década de 80.** Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências Humanas e Letras, UFPI, 2014.

TEODORESCU, Lindinalva; TEXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil, v. 2 a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids.** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

UNAIDS, **Guia de terminologia do UNAIDS**. 2017

VIANNA, Eliza da Silva. **Aids por elas: experiências soropositivas de mulheres nos anos 1990**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2018.

VITIELLO, Gabriel Natal Botelho. **A AIDS em cena: os primeiros protagonistas da maior epidemia no final do século XX**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, 2009.

VOLDMAN, Danièle. Definições e usos. In: **Usos & Abusos da História Oral.** Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998.

NOTA DE PESQUISA

12

DA PROVÍNCIA AO ESTADO DE GOIÁS: AS PERCEPÇÕES DE CAUSAS E CURA DA FEBRE PALUSTRE

Thais Teixeira do Nascimento

INTRODUÇÃO

Segundo o historiador Nasr Chaul (1997), durante um longo período desde a criação da capitania de Goiás (1748), ainda no período colonial, até a crise do ciclo do ouro, e o aprimoramento da pecuária, Goiás encontrava-se relativamente isolada do restante do país, o que fazia com que as informações, principalmente as novidades no que diz respeito à saúde, demorassem a chegar mais do que em outras localidades com melhores condições de informação e acesso.

No entanto, essa realidade não permitiu que os goianos ficassem aquém das medidas profiláticas ou ao conhecimento do que poderia ser a causa e a cura para as doenças que os acometiam em diferentes épocas do ano, mesmo que os motivos fossem diversos para cada uma das manifestações.

No que diz respeito aos estudos desenvolvidos quanto a saúde em Goiás, é possível observar um grande interesse pelas doenças relacionadas à alimentação, sendo essa escolha principalmente devido a maior incidência e melhor identificação das mesmas, como é o caso do Bócio[1], por exemplo.

[1] Doença causada devido a uma deficiência de iodo no organismo, fazendo com que a glândula tireoide inche e dê a essas pessoas a aparência deformada de um "papo", decorrente da doença.

Mas, mesmo que essa vertente possua uma quantidade significativa de trabalhos, não se trata nem de longe de ser a única analisada. As doenças infecciosas também apresentam um grande número de trabalhos, sobretudo, aquelas que são envolvidas por "miasmas", nome dado a teoria que atribuía a presença de "maus ares", comumente encontrados em áreas como esgoto a céu aberto, lixo e detritos como causa de adoecimentos (UJVARI, 2012, p.130).

DESENVOLVIMENTO

Neste trabalho não desejamos definir um local específico da capitania/ Estado de Goiás para análise, isso porque buscamos nos ater às modificações sanitárias e os imaginários de forma integrante em todos os locais que poderíamos encontrar indicativos sociais da maneira com a qual os habitantes observavam e acreditavam serem as causas e as curas possíveis para a Febre Palustre.

No que se refere à escolha das fontes utilizadas, uma questão que devemos sempre ter em mente, é a existência de especificidades tanto para o que acreditamos ser a causa de uma doença, como o nome designado a ela, com a Febre Palustre não é diferente. A enfermidade ficou conhecida durante o período provincial principalmente como febre intermitente, pelos portugueses era conhecida como sezão, quartã, terçã ou maleita, pelos espanhóis como calentura e febre palustre, e malária pelos italianos (SIQUEIRA, 1989, p. 200).

Para essa nota de pesquisa, fizemos uso do apenas do termo "Febre Palustre". Essa escolha se deu principalmente levando em consideração a interpretação que as pessoas faziam sobre a causa da doença. "Palustre" significa proveniente do pântano, que era comumente o local

em que mais se viam mais casos da doença, como foi exposto em um relatório datado de 1893 por A. M. de Azevedo Pimentel, chefe da Comissão exploradora do Planalto Central, quanto à incidência da doença em todos os grandes rios analisados. Por esse motivo, foi considerada como uma doença endêmica (SALLES, 1999, p.74).

Para esse trabalho, utilizamos três fontes. A primeira é o relato do viajante Johann Emanuel Pohl (1976), mais especificamente, a sétima seção do documento, intitulada "Estada em Vila Boa – História da Capitania de Goiás". O viajante foi para a Capitania de Goiás e lá analisou tanto o clima e a vegetação apresentada como faz juízos de valor quanto ao caráter das pessoas com quem se relacionavam, além de falar sobre as doenças que assolavam grande parte da população que habitava a região.

As outras duas fontes são recortes de jornais que estão disponíveis na Hemeroteca da Biblioteca Nacional. Uma publicação do jornal "O Publicador Goyano" (GO) que faz parte da seção "Hygiene Conservadora", que aborda a respeito das possíveis causas e danos causados pela doença, publicada em 11 de abril de 1883. O outro recorte vem do jornal "O Planalto" (GO), tem como título "Um caso triste - Quatro filhos envenenados, desatino dos Paes", que comenta a respeito da cura para a doença, que infelizmente não foi o suficiente para salvar os quatro filhos de uma família, a matéria foi publicada em 10 de janeiro de 1916.

Pohl (1976) iniciou sua seção abordando sobre o clima no período em que ele adentrou a região, que era de estação chuvosa, noite e dia, de forma quase contínua e em grande quantidade, tornando os caminhos pantanosos e dificultando o segmento da viagem e fazendo com que os animais que viajavam junto a eles tivessem de serem substituídos com

muita frequência. O viajante reclamou a respeito da índole das pessoas que o serviam que em todas as oportunidades que tinham passavam-lhe a perna, além de "serem preguiçosas e insubordinadas" (POHL, 1976, p. 121).

Entre 1822 e 1889, a sociedade goiana teve diversas modificações, seu desenvolvimento foi crescente e os males relacionados à saúde não ficaram de fora, principalmente ao levarmos em consideração as condições de saneamento enfrentadas por essas pessoas em suas condições de trabalho no ciclo do ouro, e também pela interação entre diferentes pessoas e de diferentes localidades.

Salles aponta o aumento da proliferação dessas doenças através também da miscigenação, isso porque os descendentes de europeus que vieram acabaram mesclando seus males com os dos escravos trazidos da África e os índios que já tinham seus males e habitavam a localidade (SALLES, 1999, p. 69- 73).

A questão da dificuldade de acesso é algo trabalhado por todos os autores que utilizamos para a construção dessa pesquisa. É nítida a diferença existente na campanha de saneamento e eficácia da mesma em diferentes regiões. No caso de Goiás é ainda mais perceptível após a crise do ciclo do ouro e após a consolidação das tentativas de inserção do Estado de maneira mais efetiva na economia nacional, isso através do desenvolvimento da pecuária e da construção de linhas férreas e rodovias.

Sobre o imaginário apresentado pelas pessoas quanto aos métodos de cura, retomamos a questão do distanciamento da província em relação à Corte para acesso a recursos tanto médicos como de qualquer outra espécie, mas isso passou por intensas alterações a partir do desenvolvimento da pecuária. No entanto, mesmo com esse avanço,

podemos observar os métodos de cura ainda mais arraigados aos conhecimentos populares, de natureza vegetal, e também por crenças de fé, como era percebido no uso de amuletos para afastar as doenças causadas pelo "mau olhado" e pela ação maléfica do ar (SALLES, 1999; MAGALHÃES, 2014).

Ainda falando a respeito das causas que a população acreditava serem as responsáveis pela Febre Palustre, no jornal "O Publicador Goyano", em um primeiro momento, a matéria fala a respeito do que eles imaginavam ser a composição do ar, a maneira como ele penetrava os pulmões e o que causava ao adentrar ao organismo, falavam também da diferença que o ar possui conforme o local em que ele se encontra, da importância do ar puro para a saúde das pessoas, mas que o ar atmosférico poderia também conter agentes infecciosos ou miasmas, sendo isto devido em grande parte aos pântanos e as terras virgens.

Após fazer uma breve descrição do que eram os miasmas, a matéria fala sobre os miasmas pantanosos de maneira específica, caracterizando-os como,

> (...) os miasmas provêm da decomposição de detrictos vegetaes e animaes sob influencia do calor solar e de humidade.
> Os miasmas palustres são uma causa poderosa de degradação physica e moral dos habitantes de certos pontos do nosso império.
> Pode-se zombar impunemente do typus e da peste e de tantos outros males que inffligem a humanidade, mas nunca de febre palustre, porque os effeitos que Ella produz no organismo humano são terríveis (...) [HYGIENE Conservadôra, 1883, s/p.].

No jornal "O Planalto", ao contar o triste relato sobre a morte de quatro crianças de uma família em decorrência da Febre Palustre, podemos observar duas coisas: a fatalidade provocada pela doença

quando as condições de quem a contraiu são mais debilitadas (como é o caso de crianças e idosos), e o acesso a diferentes formas de medicamento, principalmente ao se considerar a raridade de utilização de medicamentos com substâncias químicas industrializadas.

> (...) A dose de arseniato de quinina para adulto é de cinco a vinte miligrammas por dia, e casa um dos pobrezinhos tomou de uma vez *meio cabo de colher!* Que horror, santo Deus!
> A venda de drogas perigosas, fora das pharmacias, devia ser expressamente prohibida pelo governo. A lei a prohibe, é certo, mas os poderes públicos fecham os olhos e as victimas vão apparecendo, como no caso presente, em que de um dia para outro despovoou-se um lar dos innocentes anginhos que faziam a sua felicidade (UM caso triste quatro filhos envenenados, desatino dos Paes, 1916, s/p.).

Outro ponto essencial que devemos levar em consideração a partir do trecho acima é a importância de se ter certo conhecimento sobre as substâncias empregadas antes de utilizá-las. Isso porque, após considerar as informações presentes na matéria e o posicionamento demonstrado pelo jornal perante a fatalidade ocorrida com as crianças, não podemos deixar de pensar que a quantidade de medicamento ministrado às vítimas não foi a única causa responsável pelo óbito das mesmas. É necessário realizar uma reflexão sobre a venda desses produtos, sua procedência, validade, forma de armazenamento, bem como a falta de informação sobre o uso desse e outros medicamentos por parte da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta breve nota de pesquisa, discutimos a respeito do imaginário de causa e cura da Febre Palustre na transição entre a

província para o Estado de Goiás. A partir das fontes analisadas, observamos uma série de continuidades e preocupações que devem ser consideradas antes de se realizar qualquer juízo de valor sobre os métodos utilizados pelas pessoas durante essa temporalidade, sobretudo ao considerarmos como os métodos de curar variam conforme o espaço e a crença em que essas pessoas se inserem.

Um ponto abordado aqui e que acreditamos que deva ser incessantemente discutido e problematizado diz respeito a maneira com a qual se julga a percepção que as pessoas faziam sobre as formas que eles poderiam curar certas doenças. Mesmo com a ideia de isolamento, em que Goiás encontrava-se afastado das demais localidades, isso não significa que essas pessoas ficavam à mercê da sorte para se tratarem, até porque se formos problematizar até mesmo as circunstâncias em que os médicos autorizados pelo rei, e posteriormente pelo presidente da República, atuavam não significaram êxito em seus tratamentos apenas por seu caráter oficial.

Devemos dar mais atenção ao modo como se desenvolviam as formas de curar, que eram provenientes de outros saberes, que não o científico especificamente. Mesmo que as tentativas de cura definitiva não tenham sido possíveis para as doenças existentes no período, os conhecimentos e ações desempenhadas com o objetivo de tornar os sintomas da doença mais brandos ou que preveniam sua ocorrência, mesmo que por pouco tempo, eram algo de grande valor para a qualidade de vida dessa população que se encontrava em situação de vulnerabilidade devido à carência de saneamento básico e cuidados médicos eficientes.

FONTES

HYGIENE Conservadôra. **O publicador Goyano**, 11 de abr. 1883. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReaderMobile.aspx?bib=716774&pasta=&pagfis=&pesq=Febre%20Palustre. Acesso em: 14 dez. 2017.

POHL, Emanuel J. Sétima seção - Estada em Vila Boa. In: **História da Capitania de Goiás**. Tradução de Milton Amado e Eugênio Amado; apresentação e notas de Mário Guimarães Ferri. Belo Horizonte: São Paulo: Ed. Itatiaia, Ed. da Universidade de São Paulo, 1976, p. 121- 145.

UM caso triste quatro filhos envenenados, desatino dos Paes. **O Planalto**, Goyaz, 10 de jan. de 1916. Disponível em: http://memoria.bn.br/DocReader/DocReaderMobile.aspx?bib=720020&pasta=&pagfis=805&pesq=. Acesso em: 14 dez. 2017.

REFERÊNCIAS

CHAUL, Nasr N. F. Passa boi, passa boiada.... In: CHAUL, Nars N. F. **Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade**. Goiânia: Ed. da UFG, 1997, p. 84- 143.

MAGALHÃES, Sônia M. **Males do sertão: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX**. Goiânia: Cânone, 2014.

SALLES, Gilka V. F." Saúde e doenças em Goiás – 1826- 1930". In: FREITAS, Lena Castello B. F. (org.). **Saúde e doenças em Goiás: A medicina possível**. Goiânia: Ed. da UFG, 1999, p. 63- 119.

SIQUEIRA, Márcia T. A. D. **Saúde e doença na província do Paraná (1853-1889)**. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Demográfica, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1989.

UJVARI, Stefan C. **A história da humanidade contada pelos vírus**. São Paulo: Editora Contexto, 2012, 199p. Disponível em: https://ensaiosflutuantes.files.wordpress.com/2016/03/a-historia-da-humanidade-contad-stefan-cunha-ujvari.pdf. Acesso em: 01 jul. 2023.

ENTREVISTA

13

ARTES DE CURAR E ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: ENTREVISTA COM A HISTORIADORA TÂNIA SALGADO PIMENTA

Bárbara Barbosa dos Santos
Ejhon Lucas Dias Costa
Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior

O universo das artes de curar e da assistência à saúde vem ganhando considerável destaque nos últimos anos, especialmente a partir da década de 1990 levando em consideração a historiografia brasileira. Desde então, os discípulos de Clio dedicaram-se em seu métier a escrever uma história a partir do doente, bem como daqueles que prestavam de toda sua arte de curar. Nesse sentido, pesquisas que versam sobre o processo de institucionalização e a reforma do ensino da medicina no Brasil permitiu o desenvolvimento de abordagens acerca da relação entre médicos e demais sujeitos inseridos no amplo mundo da cura, aqui, podemos destacar: curandeiros, pajés, parteiras, dentre outros. Em geral, essas personagens compunham uma das várias alternativas de alcançar cura e assistência à saúde.

Os estudos de Tânia Salgado Pimenta mostram-se salutares, especialmente por analisar as transformações ocorridas na medicina e o movimento em desautorizar os praticantes da cura. A entrevistada é Mestra e Doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (Brasil,2003). Atualmente é pesquisadora da Casa Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e professora do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (COC/Fiocruz).

Desenvolve atividades nos seguintes grupos de pesquisa: Escravidão, raça e saúde; História da assistência à saúde; e História da medicina e das doenças. Atua, também, na coordenação do projeto de pesquisa intitulado "Estado e caridade: assistência à saúde nos séculos XIX e XX". Seus principais temas de pesquisa e ensino estão relacionados à História da saúde pública no Brasil, escravidão e saúde, História das artes de curar e da assistência à saúde.

Agradecemos a Professora Tânia Pimenta por sua disponibilidade e por nos contar um pouco de sua trajetória no vasto mundo da cura. A entrevista, cujas as perguntas foram formuladas por Bárbara Barbosa dos Santos, Ejhon Lucas Dias Costa e Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior, foram respondidas pela autora e enviadas por e-mail.

Bárbara Santos: Como foi sua trajetória acadêmica até a pesquisa em História, em especial a História das artes de curar e da assistência à saúde? Quais as principais motivações e referências para a realização de suas pesquisas nesse campo?

Tânia Pimenta: Eu fiz a graduação em História na UFRJ e desenvolvi a minha monografia em escravidão no Rio de Janeiro no século XIX, pesquisando registros de batismo de escravizados e cruzando com inventários post mortem. Ou seja, eu pesquisei bastante na Cúria Metropolitana do Rio de Janeiro e no Arquivo Nacional. E essa monografia, assim como diversas outras de meus colegas, fazia parte de um projeto maior do prof. Manolo Florentino, que foi quem me introduziu na arte da pesquisa em arquivos. Eu também queria naquela época, pesquisar na Santa Casa do Rio, com interesse na questão da saúde dos escravizados, mas o acesso à documentação foi negado porque é um arquivo particular e não é voltado para o atendimento a

pesquisadores. Apesar disso, percebo que eu já queria juntar dois interesses: a história dos escravizados e a história da medicina.

Ainda na UFRJ, eu tomei conhecimento de alguns eventos organizados e com a participação de pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz da Fiocruz. Eles estavam fazendo mestrado ou doutorado em diversas instituições como UFF, IUPERJ, UERJ, USP e apresentavam seus estudos nos simpósios da Anpuh e em outros eventos como os Encontros de História e Saúde, que aconteceram na própria Casa e fiquei encantada com as suas investigações. E nesses simpósios e encontros participavam pessoas de outras instituições como Sergio Carrara, Sidney Chalhoub, Vera Marques. Foi aí que descobri o que eu queria fazer. Eu já tinha lido Visões da Liberdade, que é maravilhoso, do Sidney Chalhoub, e comecei a ver apresentações e textos sobre a pesquisa mais recente dele, que resultaria no livro Cidade Febril. Decidi que tentaria ir para a UNICAMP para ser orientada por ele e entrei no mestrado com um projeto sobre as teses médicas de conclusão de curso do século XIX sobre os escravizados. Naquele momento, eu não consegui sistematizar e desenvolver a pesquisa, que era feita basicamente na Biblioteca Nacional. Eu comecei, com incentivo do meu orientador, a frequentar outras instituições de pesquisa, sobretudo o Arquivo Nacional, onde identifiquei o fundo da Fisicatura-mor. Nesse momento, eu realmente me encontrei com as artes de curar. Busquei, a partir de documentos oficiais, informações sobre as pessoas que curavam e as pessoas que eram assistidas e analisei a relação com os representantes da medicina oficial. Essas pessoas, em grande parte, eram africanas e descendentes, faziam parte dos grupos subalternos como escravizados, libertos, livres pobres, mulheres.

Ao longo da minha formação na pós de história na UNICAMP, continuei a receber influências e referências. Lá, tive aula com Robert Slenes, com Silvia Lara, por exemplo. Além disso, durante o mestrado e o doutorado, que também foi feito sob orientação do Sidney Chalhoub, havia muitos alunos interessados no tema, de diversos orientadores e turmas que desenvolveram trabalhos de referência como Gabriela Sampaio, Regina Xavier, Jane Beltrão, Ariosvaldo Diniz, Beatriz Weber, Liane Bertucci e minha querida amiga Vera Marques, que nos deixou cedo demais. Nessa época, nos simpósios conheci outras pesquisadoras do tema, como Marta de Almeida e Márcia Barros, que foram orientadas pela profa. Maria Amélia Dantes na USP.

Bárbara Santos: Quais foram as fontes de pesquisa, tanto na sua pesquisa de mestrado, quanto na de doutorado. Como foi o acesso a elas? Teve alguma dificuldade nesse percurso? Qual é a potencialidade dessas fontes que você foi encontrando ao longo dessa trajetória?

Tânia Pimenta: No mestrado, como já me referi, a minha fonte principal foi a documentação da Fisicatura-mor. Fiz um levantamento completo dos pacotes que estavam disponibilizados na época e analisei quantitativamente os dados sobre as solicitações de autorização para exercer diversos ofícios de curar, como médico, cirurgião, boticário, sangrador, curandeiro, parteira entre outros. A dificuldade era inerente ao trabalho que me propus naquele momento: chegar quando o Arquivo abria e sair quando fechava, anotando à mão. Já faz algum tempo, o Arquivo Nacional permite tirar foto da documentação, o que é maravilhoso e ajuda muito na organização da pesquisa.

No doutorado, eu ampliei o leque de fontes e analisei a relação entre terapeutas populares e os médicos no Rio de Janeiro, quando não existia mais a Fisicatura, no hospital da Misericóridia, na Junta Central

de Higiene Pública e durante a epidemia de cólera de 1855. Recorri, sobretudo, aos periódicos da Biblioteca Nacional (antes da hemeroteca digital), à documentação da Junta de Higiene, tanto do Arquivo Nacional, quanto do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro e à documentação da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, pois, finalmente havia conseguido autorização para pesquisar lá!

Hoje continuo trabalhando com essa documentação, retornando aos arquivos e dando novos enfoques, inspirada tanto em outros documentos pesquisados depois, quanto na historiografia. Com o tempo, a gente retorna a um documento e consegue ver possibilidades de explorar algumas questões que não estavam tão evidentes há mais de 20 anos.

Jonas Melo Júnior: Como você avalia o interesse crescente de pesquisadores pela temática das artes de curar e da assistência à saúde? Como esses estudos podem contribuir para a compreensão das formas como a sociedade se relaciona com as práticas de cura e as políticas de assistência à saúde?

Tânia Pimenta: Considero o interesse de pesquisadores pela temática muito importante, porque, no caso de jovens pesquisadores, sobretudo das diversas regiões do país, há um potencial de grande contribuição para a historiografia. Eu tenho a sorte de orientar no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, na COC-Fiocruz, futuros mestres e doutores do Rio, Pará, Sergipe, Piauí, Minas, cujas pesquisas mostram a diversidade e complexidade dos processos históricos em cada contexto. Entendo também que houve um interesse maior pelo tema por historiadores em geral em função da pandemia, que certamente deu grande visibilidade à nossa área de investigação. Nessas situações, algumas vezes, eu percebo certa falta de

conhecimento do que tem sido produzido pelos historiadores da saúde, o que mostra que ainda temos que dialogar mais com a historiografia em geral e divulgar mais as nossas pesquisas.

Quanto à contribuição desses estudos para compreensão das formas como a sociedade se relaciona com as práticas de cura e as políticas de assistência à saúde, da perspectiva da história social, acho importante situar os praticantes das artes de curar populares com os grupos sociais subalternos e explorados, mas também considerar as suas escolhas, as resistências e as suas culturas que embasavam suas práticas e saberes. Além disso, é fundamental pensar as mudanças e permanências das políticas de assistência à saúde no processo histórico, o que nos ajuda a pensar que são conquistas e que não são definitivas, como vivenciamos no governo passado, e, portanto, devemos estar sempre atentas.

Jonas Melo Júnior: Quais os programas de pós-graduação que podem ser citados como centros de produção de pesquisas sobre a História das artes de curar e da assistência à saúde? Como você avalia o papel que esses programas têm tido no crescimento de pesquisas sobre essa temática?

Tânia Pimenta: Eu posso citar o Programa de Pós-Graduação do qual participo que é o PPGHCS, onde tenho a felicidade de conviver com colegas e alunos que estão voltados para esses temas ou para temas próximos. Diversos egressos do nosso programa já eram ou se tornaram professores de instituições com PPGH e passaram a orientar projetos sobre a temática ou recomendar alunos para o PPGHCS. Tenho participado de muitas bancas em diversos estados do país, graças às bancas online, e percebo que a historiografia da saúde tem se beneficiado bastante da disponibilidade e do interesse de professores

dessas universidades, públicas, gratuitas e de qualidade, orientarem projetos com essa temática.

Ejhon Costa: Quais os desafios que podem ser encontrados hoje por quem busca pesquisar nesse campo? Você considera que ainda é necessário maior divulgação sobre as pesquisas nesse recorte temático?

Tânia Pimenta: Os desafios para quem pesquisa no mestrado e no doutorado nesse campo é não afunilar demais a ponto de perder o contexto. É muito importante estar atenta ao que acontece no recorte e além do recorte temporal e espacial de seu objeto. É importante para uma boa pesquisa e é importante para mirar uma colocação em universidades. Isso ajuda também no diálogo com a historiografia em geral e na divulgação das pesquisas nesse recorte temático.

Nesse sentido, desenvolvo com diversos colegas e alunos, entre eles o prof. Flávio Gomes, da UFRJ, que tem sido parceiro em várias pesquisas no tema de Escravidão e Saúde, um projeto sobre História Digital, financiado pela Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz/CNPq, no qual estamos trabalhando e alimentando bancos de dados com pesquisa em arquivo e elaborando produtos relacionados ao tema para serem divulgados nas redes sociais.

Ejhon Costa: Para os novos pesquisadores que buscam estudar a temática das artes de curar e da assistência à saúde, os acervos digitais podem oferecer fontes importantes? Quais acervos você indica?

Tânia Pimenta: Certamente. As restrições impostas pela pandemia fizeram com que nós explorássemos bastante as possibilidades dos acervos digitais. Hoje não é apenas na Biblioteca Nacional ou no Arquivo Nacional. Arquivos de instituições importantes como UFBA, USP, UNICAMP e Fiocruz, entre muitas outras, disponibilizam parte do

acervo. Além disso, temos acesso à documentação digitalizada de outros países também por suas respectivas bibliotecas e arquivos.

Mas, na verdade, bem antes da pandemia eu já tive que começar a explorar os acervos digitais em função da maternidade. A pesquisadora/cientista mãe é cobrada da mesma forma sem consideração com esse outro papel que ela desempenha para sociedade. Mais recentemente é que essa questão está sendo considerada em editais de pesquisa e de bolsa. Enfim, quando tive meu filho, em função de logística, da presença no trabalho, enfrentei dificuldades para me organizar e conseguir voltar aos arquivos e, desde essa época, fui aprendendo a pesquisar nos acervos digitais, que foram fundamentais para o desenvolvimento das minhas pesquisas de dez anos para cá.

SOBRE OS AUTORES

Ana Karine Martins Garcia – Possui pós-doutorado em história realizado no Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Ceará (bolsa capes/pnpd, 2014 a 2017). Doutorado em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2011) e nesse período participou do Programa de Intercâmbio em Évora - Portugal (bolsa sanduíche do doutorado em 2009). Também possui mestrado em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2006). E tem graduação em História pela Universidade Federal do Ceará (2004) e em Pedagogia pela Universidade Vale do Acaraú em regime especial (2002). Desde 2020 é uma das coordenadoras, juntamente, com a Profª. Drª. Elane Cristina Rodrigues Gomes e a Profª. Doutoranda Sara Suliman, do Grupo de Estudo e Pesquisa da História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD) vinculado ao CNPq através da Universidade Federal do Pará (UFPA). Atualmente exerce o cargo de Coordenadora de Acervo, Pesquisa e Conhecimento da Biblioteca Estadual do Ceará (BECE). Tem como foco de suas pesquisas temas na área de História da cidade, corpo, medicina, saúde e doenças e participa ativamente de pesquisas e eventos sobre História da Saúde e das Doenças, realizando ações no campo do Ensino de História e promove ações culturais relacionadas ao campo do Livro, Leitura, Literatura e Bibliotecas.

Bárbara Barbosa dos Santos – Graduada e mestre em história pela Universidade Federal de Sergipe, doutoranda em história das ciências e da saúde pela Casa De Oswaldo Cruz. Dedica-se a pesquisas em torno das condições de saúde das populações escravizadas e seus descendentes, como também a presença destes sujeitos nas práticas da medicina acadêmica, durante o oitocentos, nas províncias de Sergipe, Bahia e Pernambuco.

Cássia Regina da Silva Rodrigues de Souza – Mestre pelo Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ (2018), onde também concluiu a Especialização em Preservação e Gestão do Patrimônio Cultural das Ciências e da Saúde (2015). Possui ainda Especialização em História Social e Cultural do Brasil pela Fundação Educacional Unificada Campograndense – (FEUC-

2012), instituição na qual se graduou em Licenciatura em História (2009). Pesquisadora no Grupo de Estudo e Pesquisa de História das Práticas da Saúde e das Doenças (UFPA) desde o ano de 2020, atuando também como parecerista e revisora técnica em revistas na área de História. Atualmente desenvolve pesquisas em História das Ciências com ênfase em História da Medicina e divulgação científica.

Ejhon Lucas Dias Costa – Graduado em bacharelado em História pela Universidade Federal do Pará (2021) e discente de mestrado no Programa em História Social da Amazônia (PPHIST-UFPA). Atualmente integra o Grupo de História das práticas da saúde e das doenças e desenvolve pesquisas nos seguintes temas: história das ciências na Amazônia, práticas de cura no século XIX e biografias.

Elane Cristina Rodrigues Gomes – Docente da Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará. Mestrado em História Social da Amazônia pela Universidade Federal do Pará e Doutorado em História Social na Universidade Federal do Ceará. Coordena o grupo de Estudos e Pesquisa "História das práticas da saúde e doenças", juntamente com a professora doutora Ana Karine Martins Garcia e a professora Sara da Silva Suliman, vinculado a Universidade Federal do Pará.

Fernanda Soares Rezende – Doutora em História pelo Programa de Pós-Graduação em História (PPGH) da Universidade Federal de Goiás. E-mail: fernanda.soares.ufg@gmail.com.

Flaviana Moraes Pantoja – Doutoranda do Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPHR- UFRRJ). Mestre em História com ênfase em Relações de Poder e Cultura pelo Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPHR – UFRRJ). Licenciada e Bacharela em História pela Universidade Federal do Pará. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em História das Práticas da Saúde e das Doenças da Universidade Federal do Pará (GEPHPSD/UFPA), vinculado ao CNPq. Email: flavianamp@ufrrj.br.

Francilene Teles da Silva Sousa – Graduada em Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI em 2021. Possui Licenciatura Plena em Pedagogia pela Faculdade Integrada do Brasil - FAIBRA (2014). Especialista em Ensino de Sociologia para o Ensino Médio pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI (2016). Pós-Graduada em Gestão, Supervisão Escolar e Docência no Ensino Superior pela Faculdade Evangélica do Meio Norte – FAEME (2020). Possui Especialização em Atendimento Educacional Especializado – AEE pela Faculdade Evangélica do Meio Norte

- FAEME (2021). Membro do Grupo de Pesquisa História, Cultura e Gênero – GRUPEHCGE. Membro do Grupo de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde – SANA. Atuou como Monitora de Leitura no Programa Mais Educação no CETI Governador Freitas Neto – SEDUC/PI de 2013 a 2016. Trabalhou como Professora Substituta na instituição pública CETI Governador Freitas Neto de 2017 a 2021.

Francilene Teles da Silva Souza – Graduada em Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI, Pós-graduada em Atendimento Educacional Especializado pela faculdade Evangélica do Meio Norte – FAEME. E-mail: francileneetelless@hotmail.com.

Henrique Martins da Silva – Doutor em História pelo Programa de Pós-Graduação em História (PPGH) da Universidade Federal de Goiás. Professor da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (FE-UFG). E-mail: henrique.martins.uni@gmail.com.

Jonas Clevison Pereira de Melo Júnior – Mestrando em História Social da Cultura Regional pelo Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), instituição na qual também se graduou em Licenciatura em História. Atualmente é bolsista CAPES e membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD) vinculado ao CNPq através da Universidade Federal do Pará (UFPA). Atua nas áreas da Arqueologia Histórica e História da Saúde e das Doenças, com ênfase no Brasil Imperial.

Keith Valéria de Oliveira Barbosa – Atualmente é Professora Adjunto da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A autora possui graduação em História pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Mestrado em História pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); Doutorado em História das Ciências e da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Suas pesquisas versam sobre a História da África e a História da Saúde e das Doenças.

Paulo Henrique Souza dos Santos - Professor e Historiador formado pela Universidade Federal do Pará (UFPA) em 2019. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2022 e Pertencente ao Grupo de Estudo sobre História das Doenças no Brasil. Pesquisa hoje, prioritariamente, a História do Sistema Único de Saúde (SUS) no Pará através das respostas sociais à Aids entre 1992-2003.

Rakell Milena Osório Silva – Graduanda do 8° Período em Licenciatura em História pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Bolsista PIBIC-UESPI 2022-2023, membra do Grupo de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde no Piauí (Sana) e do Grupo de Estudo e Pesquisa da História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD). E-mail: rakellosorio@gmail.com.

Sara da Silva Suliman – Doutoranda em História Social (PPHIST/UFPA). Docente de História (UEPA/CCSE/DFCS). Integra os grupos GEPHPSD (UFPA), HINDIA (UFPA), GEPHRIA (UFPA), GEPHCA (MPEG).

Sergio De Simone – Mestrando em História pela Escola de Filosofia e Ciências Humanas (EFLCH – UNIFESP). Graduado em Arquitetura e Urbanismo pelo Centro Universitário Belas Artes de São Paulo (1984) e especialização em História da Arte e da Cultura pela Universidade Estadual de Campinas (IFCH – 2005). Pesquisador no Instituto Butantan na área de História da Ciência –Linha de Pesquisa: Patrimônio Arquitetônico da Saúde Pública Paulista. Atua nos seguintes temas: História da Arquitetura no Brasil, História da Arquitetura Paulistana, História da Conservação do Patrimônio Edificado. É membro do Centro de Memória – Centro de Desenvolvimento Cultural (CDC) do Instituto Butantan. Participa do Grupo de Estudo e Pesquisa em História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD), sediado na Universidade Federal do Pará. Foi membro do I.P.R. (Inovação e Pesquisa para o Restauro) da Agência de Inovação da Unicamp (2005) e integrou a equipe do Serviço Técnico de Conservação e Restauro (STCR) e do Conselho de Defesa do Patrimônio Histórico Artístico Arqueológico e Turístico do Estado de São Paulo (Condephaat), entre 1999 e 2006.

Thais Teixeira do Nascimento – Mestrado em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG), faz parte do Grupo de Estudo e Pesquisa História das Práticas da Saúde e das Doenças (GEPHPSD), da Universidade Federal do Pará (UFPA), como pesquisadora. E-mail: thaisteixeira31@outlook.com.

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de produção e pesquisa científica/acadêmica das ciências humanas, distribuída exclusivamente sob acesso aberto, com parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil e exterior, assim como monografias, dissertações, teses, tal como coletâneas de grupos de pesquisa e anais de eventos.

Conheça nosso catálogo e siga as nossas páginas nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.

www.editorafi.org
contato@editorafi.org