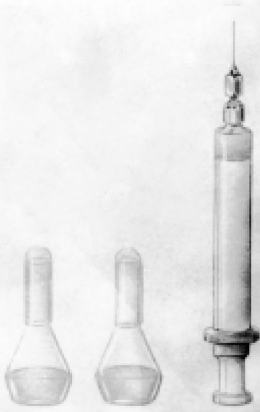
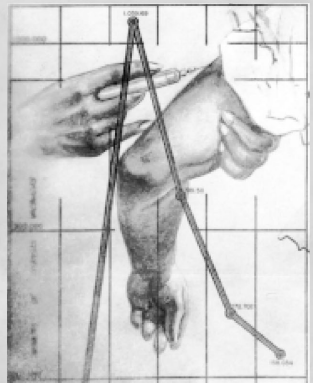


Rildo Bento de Souza
Cristina de Cássia Pereira Moraes
(Orgs.)



Patrimônio Cultural da Saúde

Fontes, Métodos e Abordagens Interdisciplinares



Para os que pesquisam a História da Saúde e da Doença, o símbolo do caduceu que representa a medicina apresenta duas serpentes entrelaçadas em torno de um cetro de topo alado segurado por Mercúrio, o mensageiro dos deuses do Olimpo. Originalmente, para os gregos, ele significava a essência da vida e mostrava o que havia de mais importante para a saúde dos homens e o equilíbrio das forças que comandam a saúde. Esse equilíbrio se encontra naqueles que ensinam e exercitam a arte da cura, nos que projetam, edificam e administram as instituições de saúde e nos que amparam os desvalidos. Nessa perspectiva, o projeto desse livro consistiu num amplo levantamento de temas relativos ao campo do patrimônio da saúde e das doenças. Os capítulos que enfeixam esse livro foram produzidos por profissionais de várias áreas do conhecimento, que se dedicaram a diversas abordagens sobre a temática. A história de instituições hospitalares ou assistenciais, as doenças e as formas de combatê-la, arquivos pouco explorados pelos pesquisadores e personagens interessantes do presente e do passado, por exemplo, perpassam os onze capítulos que ora vem a lume. Esperamos que esses textos possam contribuir para novas reflexões acerca da história da saúde e das doenças, possibilitando novos olhares e novas abordagens a respeito da temática.



PATRIMÔNIO CULTURAL DA SAÚDE

PATRIMÔNIO CULTURAL DA SAÚDE

FONTES, MÉTODOS E ABORDAGENS INTERDISCIPLINARES

Organizadores

Rildo Bento de Souza

Cristina de Cássia Pereira Moraes



Diagramação: Marcelo A. S. Alves

Capa: Lucas Margoni

Revisão: Viviane Bento



A Editora Fi segue orientação da política de distribuição e compartilhamento da Creative Commons Atribuição-Compartilhual 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)

SOUZA, Rildo Bento de; MORAES, Cristina de Cássia Pereira (Orgs.)

Patrimônio Cultural da Saúde: Fontes, Métodos e Abordagens Interdisciplinares [recurso eletrônico] / Rildo Bento de Souza; Cristina de Cássia Pereira Moraes (Orgs.) -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022.

288 p.

ISBN: 978-65-5917-509-3

DOI: 10.22350/9786559175093

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

1. Patrimônio Cultural; 2. Saúde; 3. Fontes; 4. Métodos; 5. Interdisciplinaridade; I. Título.

CDD: 900

Índices para catálogo sistemático:

1. História 900

SUMÁRIO

PREFÁCIO

9

Tânia Salgado Pimenta

APRESENTAÇÃO

14

Os organizadores

1

20

VIAJANTES MÉDICOS: O CENÁRIO NOSOLÓGICO GOIANO SOB OS OLHOS DE JOHANN EMANUEL POHL, GEORGE GARDNER E HUGH ALGERNON WEDDELL

Fernanda Soares Rezende

Henrique Martins da Silva

2

47

TENTANDO CONTROLAR CORPOS (DE ÁGUA): SAÚDE E O CICLO HIDROLÓGICO EM SENA MADUREIRA (ALTO PURUS, TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE, 1907-1911)

André Vasques Vital

3

75

PARALELO ENTRE A PANDEMIA DO COVID-19 E A GRIPE ESPANHOLA: A AÇÃO DOS MISSIONÁRIOS REDETORISTAS NO COMBATE AO SURTO DE 1918 EM GOIÁS

Paulo Afonso Tavares

4

96

O ARQUIVO DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO NA CIDADE DE GOIÁS: POSSIBILIDADES DE PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS

Rildo Bento de Souza

5

125

CONTROLE INSTITUCIONAL, POLÍTICA SANITÁRIA E FUGAS DE INTERNOS NA COLÔNIA SANTA MARTA (1942 A 1960)

Leicy Francisca da Silva

6

155

OS 70 ANOS DA VILA SÃO JOSÉ BENTO COTTOLENGO DE TRINDADE

Bento Alves Araújo Jayme Fleury Curado

7

173

UMA GENEALOGIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA

Ronivaldo de Oliveira Rego Santos

8

203

HOSPITAL ANTÔNIO PAULO CANÇADO: TRAJETÓRIAS E POSSIBILIDADES SOBRE A LOUCURA EM JATAÍ

Éder Mendes de Paula

João Vitor Leal Lobato

9

229

LOUCURA QUE SE ESCRIVE, LOUCURA QUE SE FALA: AUSTREGÉSILO CARRANO BUENO NA HISTÓRIA

Aline Lemos Feier

10

248

FUNLEIDE, SULEIDE E C.A.RA: UMA HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES CRIADAS PELO GOVERNO DE GOIÁS APÓS O ACIDENTE COM O CÉSIO-137

Larissa Mendanha Cabral

11

266

UMA PROPOSTA DE EXPOSIÇÃO SOBRE A COLÔNIA SANTA MARTA DE GOIÂNIA A PARTIR DO ACERVO FOTOGRÁFICO DO MIS-GO

Laura Maria Jardim Ferreira

Rildo Bento de Souza

SOBRE OS AUTORES

285

PREFÁCIO

Tânia Salgado Pimenta ¹

O livro que o leitor tem em mãos oferece um panorama bastante diverso e rico das pesquisas sobre história da saúde. A obra organizada por Rildo Bento de Souza e Cristina de Cássia Pereira Moraes apresenta textos bem estruturados e com narrativa fluente, que tratam desde os viajantes médicos do século XIX a questões atuais de Museologia em torno do acervo de uma instituição de saúde.

Não são poucas as publicações recentes que trazem reflexões de historiadores da saúde sobre suas pesquisas à luz da experiência atual com a pandemia da Covid-19. Ainda que não se trate dessa doença que grassa no mundo desde 2020, há um interesse em relação ao modo como as pessoas em geral e as autoridades de outras épocas lidavam com as doenças e as enfrentavam. Historiadores, em especial historiadores da saúde, têm sido incitados a falar e escrever sobre epidemias e pandemias pretéritas. Afinal, sociedades já passaram por essas situações e seguiram existindo, o que daria alguma esperança a nós que estamos em meio a sucessivas ondas da “moléstia reinante”.

Mais do que traçar o curso de determinada enfermidade, tem sido frutífero identificar os grupos mais atingidos e analisar as medidas sanitárias, as reações dos diversos grupos às ações oficiais, as terapias oferecidas e as escolhidas pela população. No caso da epidemia de cólera de 1855, por exemplo, o eminente médico Pereira Rego publicou em 1873

¹ Pesquisadora e professora; Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz.

que, apesar do terror da população do Rio de Janeiro diante da chegada do cólera, o flagelo não havia se apresentado de forma muito mortífera na cidade. A questão que se coloca é: para quem a epidemia não foi muito mortífera? O próprio Pereira Rego responde constatando que a epidemia havia atacado “de preferência os pretos, os homens de cor e as classes mais inferiores da sociedade” (REGO, 1873, p. 109). Os mais vulneráveis ao cólera foram os africanos e seus descendentes, que sofriam com moradia, roupas, alimentação e cuidados médicos inadequados, além do excesso de trabalho.

O fato de a primeira vítima da Covid-19, no estado do Rio de Janeiro, ter sido uma empregada doméstica infectada pela patroa que voltara havia pouco tempo das férias na Itália, mostra que nosso presente não está descolado do passado e que precisamos enfrentar as desigualdades social e racial. Como escreveu Marc Bloch: “A incompreensão do presente nasce fatalmente da ignorância do passado. Mas talvez não seja menos vão esgotar-se em compreender o passado se nada se sabe do presente” (BLOCH, 2002, p. 65). Nesse sentido, durante a leitura do livro, percebe-se que as investigações sobre a história da saúde relacionam-se a questões contemporâneas, assim como os resultados das pesquisas aqui apresentadas ajudam a pensar o nosso tempo.

A contribuição à historiografia é enriquecida porque a obra “Patrimônio Cultural da Saúde” apresenta abordagens distintas decorrentes das diferentes formações e inserções profissionais dos autores. Esse aspecto merece ser ressaltado porque propicia uma compreensão mais ampla dos objetos de investigação, trazendo uma importante contribuição para a historiografia sobre saúde e doenças, que se consolidou nas últimas três décadas no Brasil.

Com o adensamento da produção bibliográfica, que pode ser percebido ao longo do tempo, é possível identificarmos alguns temas privilegiados, como trajetórias de cientistas e médicos, instituições de saúde, medidas sanitárias oficiais, doenças endêmicas e epidêmicas. Essas são algumas das temáticas abordadas no livro com a intenção de aprofundar a análise ou de desbravar algum objeto ainda inédito.

Outro aspecto observado nos capítulos, que pode ser destacado em consonância com a historiografia da saúde, diz respeito aos doentes e aos seus familiares. Há mais de três décadas, Roy Porter (1985) apontava para a necessidade de uma história do ponto de vista dos pacientes, uma vez que a relação médico-paciente envolve pelo menos dois indivíduos, mas costuma ser focada nos médicos. Embora seja possível identificar um incremento de estudos que atentam para os doentes, trata-se de um objeto que merece, do ponto de vista da história social, ser melhor investigado e aqui ganha relevância.

Com essas questões em mente, a leitura nos leva a uma instigante viagem pela identificação de doenças e práticas de cura no começo do século XIX, em Goiás, e pelas águas dos rios Iaco e Purus que destruíram o aparato de hidrografia e desorganizaram a vigilância de embarcações no porto, nas primeiras décadas do Novecentos no Acre, o que levou ao início de um longo ciclo de epidemias. A reflexão em torno da Covid-19 aparece no estudo sobre o relevante papel dos missionários redentoristas no combate à gripe espanhola em 1918 em terras goianas. Passamos também pela história de um asilo para abrigar pobres e doentes da Sociedade São Vicente de Paulo, na cidade de Goiás. Nesse e em outros capítulos da obra o historiador poderá perceber a generosidade com a apresentação de fontes. Nesse caso em particular, de um acervo inteiro!

Também deve ser destacado que as pesquisas apresentadas no livro abordam, de forma mais discreta ou mais explícita, a questão da assistência à saúde. A partir desse fio observa-se a riqueza de fontes, métodos e abordagens. Atentando para os médicos ou para os doentes, para instituições de caridade ou governamentais, os autores analisam questões como o controle, a vigilância sobre os internos, mas também a interiorização da assistência. Assim, podemos conhecer a Colônia Santa Marta, em Goiânia, inaugurada em 1942 e voltada para os doentes acometidos pela hanseníase do estado de Goiás. A análise da documentação nos mostra a fascinante história dos pacientes que fugiam e a reação do Estado diante desses acontecimentos.

A assistência à saúde mental é discutida em alguns capítulos. Passamos pela interessante história da Vila São José Bento Cottolengo, em Trindade, iniciada no ano de 1951 e ligada à Igreja Católica. Seguimos em direção à pesquisa genealógica de fôlego do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, em Goiânia, inaugurado em 1954, que mostra o projeto desse hospital dentro de um processo que pretendia modernizar, civilizar e melhorar a raça. Indo para o interior de Goiás, conhecemos o Hospital Psiquiátrico Antônio de Paulo Cançado, de Jataí, inaugurado em 1967. A problematização da relação de Jataí com a capital permite uma análise fina sobre o espaço ocupado pelo movimento espírita nesse contexto. Temos ainda a oportunidade de compreender a questão da saúde mental através da experiência de quem foi submetido a internações nessas instituições e acompanhar o início da luta dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental contra a violência institucional, a “indústria da loucura” e a marginalização dos doentes psiquiátricos.

A análise sobre a criação das instituições de assistência às vítimas do acidente com o Césio-137, ocorrido em Goiânia em 1987, permite

acessarmos uma história comovente, que deve ser lembrada e debatida. E é justamente com uma proposta de repensar memórias que os organizadores fecham o livro: uma exposição museológica sobre a Colônia Santa Marta.

Por fim, é preciso ressaltar a importância do livro ser composto por profissionais inseridos em instituições goianas, constituindo uma contribuição importante para a historiografia brasileira. Também considero muito enriquecedor o fato de que a maior parte dos capítulos seja voltada a objetos situados em Goiás. Há muitos estudos sobre epidemias de determinadas doenças ou instituições psiquiátricas, por exemplo, contudo, o processo histórico e as relações entre os diferentes grupos envolvidos ocorrem de forma específica em cada contexto. Nesse sentido, este livro contribui para o fortalecimento da história da saúde e será referência para aqueles que se dedicam ao tema. Ao mesmo tempo, exemplifica de forma excelente para os leitores em geral, questões de fontes, métodos e interdisciplinaridade tratadas atualmente pela historiografia brasileira da saúde. Parabéns aos organizadores e autores!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLOCH, Marc. **Apologia da História: ou o ofício de Historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- PORTER, Roy. The patient's view – doing medical history from below. **Theory and Society**, v. 14, p. 175-198, 1985.
- REGO, José Pereira. Memória histórica das epidemias de febre amarela e cólera-morbo que têm reinado no Brasil. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1873.

APRESENTAÇÃO

Os organizadores

Para os que pesquisam a História da Saúde e da Doença, o símbolo do caduceu que representa a medicina apresenta duas serpentes entrelaçadas em torno de um cetro de topo alado segurado por Mercúrio, o mensageiro dos deuses do Olimpo. Originalmente, para os gregos, ele significava a essência da vida e mostrava o que havia de mais importante para a saúde dos homens e o equilíbrio das forças que comandam a saúde. Esse equilíbrio se encontra naqueles que ensinam e exercitam a arte da cura, nos que projetam, edificam e administram as instituições de saúde e nos que amparam os desvalidos.

Nessa perspectiva, o projeto desse livro consistiu num amplo levantamento de temas relativos ao campo do patrimônio da saúde e das doenças. Os capítulos que enfeixam esse livro foram produzidos por profissionais de várias áreas do conhecimento, que se dedicaram a diversas abordagens sobre a temática. A história de instituições hospitalares ou assistenciais, as doenças e as formas de combatê-la, arquivos pouco explorados pelos pesquisadores e personagens interessantes do presente e do passado, por exemplo, perpassam os onze capítulos que ora vem a lume.

A expansão da produção historiográfica e sua maior visibilidade e integração entre os pesquisadores da temática ocorreu a partir dos anos 2000, com a criação do GT História da Saúde e das Doenças, vinculado à ANPUH (Associação Nacional dos Professores Universitários de

História). No ano seguinte, em 2001, a criação do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), contribuiu para a consolidação e ampliação dos estudos referentes a esse tema. E em 2007, a primeira etapa do projeto “Rede Brasil. Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde: Edificações e Acervos”, da Fundação Oswaldo Cruz em parcerias com diversas universidades, possibilitou a interiorização das pesquisas por meio do mapeamento dos acervos.

Inserido no Inventário Nacional do Patrimônio Cultural da Saúde, o projeto se pautou por um conjunto de ações prioritárias definidas no âmbito da Rede Latino-Americana de História e Patrimônio Cultural da Saúde, criada em 2005 durante o CRICS7/BVS4. Iniciativa coordenada pelos ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz e BIREME-OPAS, a rede congrega países da América Latina e Caribe e conseguiu estabelecer formas de aproximação junto a países africanos e asiáticos de língua portuguesa, além de países ibéricos, com o objetivo de implementar projetos de cooperação técnico-científica voltados para a identificação, preservação, valorização e divulgação do patrimônio cultural da saúde.

As informações coletadas e sistematizadas durante a execução do projeto foram reunidas em uma base de dados e disponibilizadas na Web, garantindo o desenvolvimento de ações cooperativas de modo a integrar esforços para a criação de instrumentos que contribuam na equidade de acesso à informação, bem como para a formulação e implementação de políticas de identificação, recuperação, conservação e valorização do Patrimônio Cultural da Saúde.

Em Goiás, por exemplo, finalizamos a terceira etapa desse projeto, em 2017, com a publicação, pela editora da UFG, do livro “Patrimônio

cultural da saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa”, organizado por Cristina de Cássia Pereira Moraes, Lena Castello Branco Ferreira de Freitas e Rildo Bento de Souza. Ademais, somam-se a isso, os vários dossiês já propostos em diversas revistas sobre o tema e a quantidade considerável de estudos, onde se ressalta a coleção “Uma história brasileira das doenças”, já em seu décimo primeiro volume.

A “saúde e a doença” não é uma categoria, mas uma construção histórico-social, cujas definições, significados culturais e arranjos políticos são variáveis no tempo. Essa diversidade é o que se pretende identificar e inventariar dos temas de estudo da temática da história da saúde e das doenças. Não como um campo exclusivo dos historiadores, mas, nessa seara também antropólogos, sociólogos, jornalistas, museólogos, geógrafos, dentre outros, contribuíram e contribuem para o seu enriquecimento e amadurecimento no campo das ciências humanas e sociais. Para além disso, esse livro vem somar a essa extensa e profícua bibliografia, uma vez que apresenta capítulos que transitam por diversas áreas do conhecimento. Portanto, partimos do pressuposto que o Patrimônio Cultural da Saúde é um conjunto de bens materiais, imateriais e simbólicos construídos, assimilados e incorporados pela sociedade.

Em relação à estrutura do livro e seus capítulos, no primeiro, intitulado “Viajantes médicos: o cenário nosológico goiano sob os olhos de Johann Emanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell”, os historiadores Fernanda Soares Rezende e Henrique Martins da Silva apresentam um estudo sobre a visão de três médicos estrangeiros que lideraram ou pertenceram a expedições científicas que cruzaram os sertões de Goiás na primeira metade do século XIX. Ademais, o texto

investiga as imagens construídas por essas narrativas e como elas ainda perduram no imaginário sobre a região.

No segundo capítulo, “Tentando controlar corpos (de água): saúde e o ciclo hidrológico em Sena Madureira (Alto Purus, Território Federal do Acre, 1907-1911)”, o historiador André Vasques Vital analisa as primeiras políticas de saúde pública em Alto Purus, um dos três departamentos independentes que integravam o Território Federal do Acre. No estudo, o autor sugere que, a exemplo da economia da borracha, as políticas de saúde eram determinadas pela hidrografia, em relação ao ciclo de cheias e vazantes dos rios, usados para controlar o trânsito de pessoas e de patógenos pelos rios.

No terceiro capítulo, “Paralelo entre a pandemia do COVID-19 e a Gripe Espanhola: a ação dos missionários redentoristas no combate ao surto de 1918 em Goiás”, o jornalista e filósofo Paulo Afonso Tavares traça um paralelo entre duas pandemias, com o objetivo de analisar a ação dos padres alemães da Congregação do Santíssimo Redentor que lutaram no enfrentamento à Gripe Espanhola em Goiás.

No quarto capítulo, “O arquivo do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás: possibilidades de pesquisa em história da saúde e das doenças”, o historiador Rildo Bento de Souza traça um histórico tanto da instituição quanto do seu arquivo para mostrar as diversas possibilidades de pesquisa que os documentos oferecem. Na seleção, o autor mostra diversos documentos que tenham a interface com pesquisas relacionadas à história da saúde e das doenças.

No quinto capítulo, “Controle institucional, política sanitária e fugas de internos na Colônia Santa Marta (1942 a 1960)”, a historiadora Leicy Francisca da Silva utiliza vasta documentação para compreender o papel desempenhado pelo Estado no controle da fuga dos internos da

Colônia de Goiânia. A instituição abrigava os doentes acometidos pela lepra/hanseníase que uma vez diagnosticados com a doença precisavam ser separados dos sãos.

No sexto capítulo, “Os 70 anos da Vila São José Bento Cottolengo de Trindade”, o letrólogo, geógrafo e pesquisador Bento Alves Araújo Jayme Fleury Curado, faz um histórico, a partir de um rico acervo fotográfico, analisando nuances e personagens pouco explorados na trajetória dessa importante instituição goiana de assistência aos pobres e doentes.

No sétimo capítulo, “Uma genealogia do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia”, o pedagogo e historiador Ronivaldo de Oliveira Rego Santos apresenta um estudo embasado em vasta documentação a respeito do período anterior à inauguração da instituição, ocorrida em 1954, e desativada em 1995. Com isso, o objetivo é compreender o processo e os movimentos que propiciaram a construção do sanatório, que se tornou um marco para o combate à loucura em Goiás.

No oitavo capítulo, “Hospital Antônio Paulo Cançado: trajetórias e possibilidades sobre a loucura em Jataí”, o historiador Éder Mendes de Paula e o discente João Vitor Leal Lobato apresentam outra instituição, que visava acolher os loucos, inaugurada em 1967 no interior goiano. O objetivo é analisar as relações e ações do sanatório com as políticas de saúde mental do período.

A análise da trajetória histórica do escritor e ativista da luta anti-manicomial, Austregésilo Bueno (1957-2008), é o tema da historiadora Aline Lemos Feier, no nono capítulo, “Loucura que se escreve, loucura que se fala: Austregésilo Carrano Bueno na História”.

No décimo capítulo, “Funleide, Suleide E C.A.RA: uma história das instituições criadas pelo Governo de Goiás após o acidente com o Césio-137”, a historiadora Larissa Mendanha Cabral escrutina o processo de constituição e transformação das instituições governamentais criadas após o acidente com o Césio-137, ocorrido em 1987, em Goiânia.

E, por fim, no décimo primeiro capítulo, “Uma proposta de exposição sobre a Colônia Santa Marta de Goiânia a partir do acervo fotográfico do MIS-GO”, a museóloga Laura Maria Jardim Ferreira e o historiador Rildo Bento de Souza apresentam uma proposta de exposição museológica intitulada “A Colônia Santa Marta como patrimônio: memórias represadas e repensadas”, elaborada a partir dos registros fotográficos do antigo leprosário de Goiânia, pertencentes ao acervo do Museu da Imagem e do Som de Goiás (MIS-GO).

Esperamos que esses textos possam contribuir para novas reflexões acerca da história da saúde e das doenças, possibilitando novos olhares e novas abordagens a respeito da temática.

Goiânia, 14 de janeiro de 2022.

1

VIAJANTES MÉDICOS: O CENÁRIO NOSOLÓGICO GOIANO SOB OS OLHOS DE JOHANN EMANUEL POHL, GEORGE GARDNER E HUGH ALGERNON WEDDELL

Fernanda Soares Rezende

Henrique Martins da Silva

INTRODUÇÃO

A história de Goiás tem sido escrita há décadas sob o signo de olhares estrangeiros que pela região passaram e dela compilaram suas impressões. Dentre tais transeuntes, Johann Emanuel Pohl, George Gardner e Hugh Algernon Weddell, foram alguns dos ilustres naturalistas com formação médica que empreenderam incursões pela região goiana no decurso do século XIX. Percorreram o interior do Brasil, em busca de anotações da fauna, flora e costumes brasileiros e fizeram de suas narrativas, fontes de inquestionável importância para a construção da historiografia goiana do século que os sucederam.

Através de seus relatos, buscamos analisar a maneira pela qual observaram, descreveram e influenciaram nas múltiplas visões do território goiano; e como a formação médica foi imprescindível na descrição do cenário nosológico e das práticas de cura em Goiás. O nosso anseio é compreender como esse espaço físico e social é “pintado” e como as imagens construídas pelos viajantes repercutiram e povoaram o imaginário e as escritas posteriores sobre a região explorada.

MEDICINA E PRÁTICAS MÉDICAS EM GOIÁS NO SÉCULO XIX

Goiás recebeu no decurso dos séculos XVIII e XIX a reputação de ser um lugar perigoso, onde o homem perdia a sua vida tanto pela busca incessante pelo ouro quanto através da incidência de inúmeras patologias. E teve a péssima condição sanitária propagada por “presidentes de província”, administradores, médicos e viajantes. Goiás angariou, deste modo, uma imagem ambígua, pois ao mesmo tempo em que fazia parte do Império, estava à margem dele (GARCIA, 2010; VIEIRA, 2012).

Em parte, esta reputação ambígua era ocasionada pela disparidade dos ambientes da Capitania¹ que diferiam do norte – atual estado do Tocantins – para o sul – Comarca do Sul. Na região norte, as áreas menos salubres estavam concentradas no decurso dos rios Maranhão, Paraná e Bezerra. A Comarca do Sul, por sua vez, também detinha rios pestilentos, tais como o Araguaia e o Paranaíba. Mesmo o Rio Vermelho, cujas margens localizava-se a capital, Vila Boa de Goiás, possuía péssima reputação, sobretudo, nos primeiros anos de exploração aurífera (KARASCH, 1999). Os viajantes consideravam que os indivíduos mais saudáveis e isentos de febres residiam nos planaltos e montanhas. Seus relatos corroboram para a compreensão de que a Comarca do Norte era

¹ Até 1822, antes da Independência do Brasil, emprega-se o termo Capitania. De 1822 a 1889, até a Proclamação da República, usa-se o termo Província. E a partir de 1889 utiliza-se a nomenclatura estado para designar Goiás. Em alguns casos, a viagem ou expedição dos autores mencionados nesta pesquisa foi realizada durante um determinado período histórico, sendo que os relatos foram publicados dentro do período histórico posterior, motivo pelo qual podem ser encontradas, na mesma obra, menções a mais de uma nomenclatura. Sob a perspectiva de Chaul “(...) teoricamente, o terreno em que se situava Goiás pertencia à Capitania de São Paulo, sendo considerado, inicialmente, um território de minas inserido na Capitania de São Paulo. Vinte anos depois de sua descoberta, a Corte portuguesa tornou Goiás independente de São Paulo, elevando-a à categoria de Capitania. O título de Capitania de Goiás permaneceu até a Independência, quando Goiás se tornou Província” (CHAUL, 1997, p. 22).

o pior lugar para se viver, em virtude da grande incidência de febres letais.

O fato de Goiás ser historicamente percebido como sertão e dos médicos aqui analisados o terem vislumbrado dessa forma, requer uma reflexão a respeito do imaginário social sobre ele construído. Considerando-se que o conceito e os atributos negativos, geralmente a ele conferidos, intervíram tanto nas visões exteriores que foram projetadas quanto na própria construção da identidade regional goiana.

No decurso de boa parte de sua história, Goiás foi caracterizado como sertão e reconhecido pelas imagens negativas que passaram a ilustrá-lo, mediante os atributos de atraso², isolamento, decadência, estagnação, abandono, pobreza e enfermidade. Características apreoadas dentre as mais distintas fontes sobre a história de Goiás e que foram sendo paulatinamente reforçadas pela historiografia regional, colaborando para propagar uma imagem negativa sobre a região (LIMA, 1999; SENA, 2003; VIEIRA, 2012).

A terminologia sertão foi atribuída para nomear regiões distantes, pouco conhecidas e repletas de “índios selvagens”, tal como determinadas áreas do norte goiano. Para tanto, os viajantes médicos aqui analisados, vislumbraram Goiás sob essa ótica e propagaram inúmeras visões sobre a região em seus diários de viagem. As quais nos deteremos, exclusivamente, à maneira pela qual mapearam o cenário nosológico goiano, a partir da ótica médica.

A grande incidência de bócio ou “papo” por toda a Capitania, sobretudo em Vila Boa, impressionou não só Pohl, com também os

² Para Nísia Trindade Lima “O atraso estava intimamente associado ao isolamento ou, (...) ao abandono a que eram elegadas as populações do interior do Brasil. Esse quadro era responsável pela ausência de qualquer sentimento de identidade nacional” (LIMA, 1999, p. 84).

demais estrangeiros: “Vi indivíduos com o pescoço deformado por três bócios. Todos os habitantes, sem exceção de cor, sofrem desse mal; e os próprios animais, por exemplo, cães e cabras são acometidos” (POHL, 1951b, p. 297). E as crianças, geralmente, já nascem com ele. O mal inflige também os viajantes, que em regra, aparece após dois meses de estadia. Nos casos que a deformidade se encontra muito acentuada, os indivíduos apresentam uma significativa dificuldade no ato da fala.

A sua incidência ocorre em virtude da ausência de iodo na alimentação local. Recordando que, à época, o sal era um dos itens de exportação mais valorosos e escassos, pois o trabalho artesanal e a dificuldade de obtenção o transformavam em um item raro. Magalhães (2004) considera que o abastecimento irregular de sal concebeu um capítulo à parte na história de Goiás, pois ainda que houvesse:

(...) os “campos salinos”, onde se explorava o sal-gema, na margem oriental do rio Crixás, afluente do rio Araguaia, a extração aí praticada não supria as necessidades da província, que assim o adquiria, também, por meio de trocas negociadas com o povoado de São Romão, situado à margem esquerda do rio São Francisco. Obtinha-se o sal marinho dos mercados paulista, carioca e paraense. Sua aquisição tornou-se mais difícil com a falta de recursos financeiros atribuídos à crise mineradora, fazendo com que certos colonos caíssem em tal miséria a ponto de ficar meses inteiros sem poder salgar os alimentos (MAGALHÃES, 2004, p. 93).

No parecer de Pohl, a água estagnada que os habitantes eram obrigados a consumir, poderia igualmente ocasionar o cretinismo endêmico. E chegou a observar em seus criados que os papos tendem a desaparecer em ocasiões que o doente vive por determinado tempo na praia e respira o ar marinho. Suas impressões narram que só os índios se encontravam salvos desse mal, em virtude de uma característica

genética ou, porventura, de algum elemento integrado à dieta da etnia que compensaria a ausência de iodo (POHL, 1951b).

Em consonância com Pohl, Josué de Castro (1948), observou que os indígenas faziam uso de um tipo de sal obtido da cinza de plantas queimadas. Entretanto, sua composição química estava distante de favorecer a sua deficiência de sódio, pois apresentava alto teor de potássio, cujas funções são antagônicas às do sódio. Além do mais, considera que, ainda hoje, os povos Mehinaku do Alto Xingu preparam e consomem o sal vegetal, extraído da folha do aguapé. Porém, caso tal substância fosse consumida nas mesmas proporções que o sal atual, certamente, haveria grande incidência de mortes, em virtude de seu teor altamente tóxico (CASTRO, 1948).

Weddell³ também notou grande incidência de bócio nas regiões de Palmital e Amaro Leite. Em relação a esta última, adverte que tal mal estava presente quase na totalidade dos habitantes (CASTELNAU, 2000). George Gardner (1975) narra que o bócio também se fazia presente no Arraial de Conceição, cuja causa era atribuída à água de má qualidade e gosto salobro que abastece a localidade. Sendo esse um mal comum na zona do lado oeste da Serra Geral, onde havia a presença de rochas de pedra calcária, e “as águas que correm sobre estas rochas são todas mais ou menos salobras e, onde quer que são bebidas pelos habitantes, aí existe o bócio” (GARDNER, 1975, p. 162).

Gardner (1975) observou que a enfermidade também era corriqueira na região de Arraiais, entretanto, sua maior incidência estava nas localidades relativas à Natividade e Conceição. E apontou que

³ "Hugh Algernon Weddell era membro da expedição científica de Francis de La Porte de Castelnau. Seus relatos estão inseridos, deste modo, na própria obra *Expedição às regiões centrais da América do Sul* (CASTELNAU, 2000).

o único remédio empregado para o tratamento era a “esponja queimada”; a população também lançava mão de uma espécie de cordão como amuleto, que era levado à igreja e cortado no comprimento do crucifixo para ser usado em volta do pescoço. Entretanto, sobre o amuleto admitiu que: “[...] como era de esperar, todos confessaram que nem a curava, nem a sequer impedia que aumentasse o tamanho” (GARDNER, 1975, p. 159).

Laura de Mello e Souza (1997) considera que o uso de amuletos fazia parte do conjunto de práticas culturais e religiosas dos brasileiros, sobretudo dos goianos. Que em busca de proteção das enfermidades, levavam ao pescoço amuletos, bentinhos, cordões de algodão ou de embiras, pedacinhos de enxofre, dentes de jacaré e chocalhos de cascavel. Costume herdado dos bandeirantes paulistas, colonizadores do território, tributários dos indígenas e incorporados ainda por aqueles que haviam nascido na Europa.

As febres ocupavam o segundo lugar entre as enfermidades reinantes na região. E devido ao grande surto passaram a demarcar geograficamente a Província de Goiás no Oitocentos, onde a região Norte era considerada como mais insalubre. Embora Karasch (1999) denote que as diversidades desses ambientes corroboraram para classificações ambíguas, Magalhães considera que “as localidades mais deletérias da parte setentrional situavam-se ao longo dos rios Maranhão, Paranã e Bezerra do Sul, nas extensões do Araguaia e Paranaíba” (MAGALHÃES, 2016, p. 277).

Assim, as febres agiam de modo veemente de Norte a Sul da Província de Goiás, sobretudo, no decurso dos rios das Almas, dos Bois, Claro e Uru. Nas regiões de Água Quente até as cercanias de São José da Palma, grassava-se a febre pútrida, ceifando inúmeras vidas, em

particular, os escravos. Pohl (1951b) observou que a região não apresentava grande povoação, devido ao aparecimento das febres. Já na região de Pilar, relatou que não era recomendado o consumo de água pura, isto é, sem a adição de bebida alcoólica. O viajante ainda considera que na localidade de Arraias, cujo período chuvoso abunda os lagos e pântanos, as febres intermitentes são predominantes e, em via de regra, fatais para os indivíduos que vem dos distritos mais altos.

Um dos principais remédios utilizados na cura da febre intermitente, de acordo com Gardner (1975), era o sulfato de quinino. Entretanto, como eram poucos os que dispunham de meios para comprá-lo, curavam-se também com eméticos, purgantes e, com menos frequência, faziam uso das cascas amargas tiradas das árvores da mata, a exemplo da *Strychnos pseudoquina*. E vez ou outra, faziam o preparo com uma forte infusão de café misturado com sal, ou ainda empregavam a infusão de uma das espécies de *Callopisma* para fortalecer os convalescentes de febre.

Assim como Gardner, o Doutor José Netto de Campos Carneiro⁴, também acreditava nos efeitos curativos do sulfato de quinina. E o empregava:

(...) nas formas de valerianato, comprimidos, grânulos, xaropes, sulfato, bissulfatos e injeções. Complementados por enxofre dourado de antimônio, xarope de alcatrão, éter, calmante, vomitivo de poaia, vinhos tônicos e poção de Jaccoud (MAGALHÃES, 2016, p. 285).

⁴ Netto "(...) nasceu na cidade de Catalão em 27 de fevereiro de 1851. Fez seus estudos de humanidades na cidade de Goiás, antiga capital do Estado (BUENO, 1979). Posteriormente, transferiu-se para Salvador onde estudou na Faculdade de Medicina da Bahia defendendo a tese intitulada *Mal de Bright* (BLACK, 1899). Esse trabalho, impresso no idioma português, foi publicado em Paris no ano de 1885 pela tipografia Victor Goupy et Yordan (BUENO, 1979)" (MAGALHÃES, 2016, p. 278).

Carneiro (1897) relata que todos os indivíduos por ele tratados foram curados. Porém, ainda que os habitantes das planícies padecessem de febres, raramente morriam em decorrência dela, mas sim de seus efeitos. Do total de 2.590 registros de óbitos do Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara arrolados por Magalhães (2014), a autora encontrou apenas um caso de morte por febre.

O principal órgão afetado, de acordo com Gardner (1975), era o baço que crescia preenchendo toda a cavidade abdominal; o fígado, por sua vez, era raramente afetado. Em seu relato, afirma que as doenças daquele distrito eram muito semelhantes às mais comuns encontradas no Norte, onde o termo “febres terças” era comumente relacionado às febres da malária, sendo essa recorrente em Vila Boa e nos rios Vermelho, Araguaia e Paranaíba (GARDNER, 1975). Contudo, apesar de acometer com mais intensidade a região norte, a população do Sul também padecia de seus efeitos, devido à sua localização, onde a água era pouco salubre e o calor insuportável durante a seca. Pohl (1951b) associa a larga incidência de febres ao consumo de água contaminada por folhas em decomposição.

Observou que as copiosas lagoas em Cavalcante eram um fator preponderante para a existência das febres pútrida e intermitente. Já na região de Traíras, havia o predomínio das chamadas febres malignas (ou sezões), intermitente, gástrica e inflamatória (POHL, 1951b). Gardner (1975) narra que, decorrido um mês de sua chegada a Natividade, foi solicitado para atender uma jovem escrava de dezesseis anos que, devido à febre puerperal, faleceu poucos dias depois de dar à luz uma criança. As febres intermitentes e malignas eram predominantes neste distrito, e incidiam principalmente no princípio e no fim da estação chuvosa.

Se de um lado Goiás era conhecida por suas febres, do outro, ao que parece, não sofreu de repetidas epidemias de varíola, assim como as demais regiões do Brasil. De acordo com Karasch (1999) houve apenas quatro surtos epidêmicos, sendo o primeiro em 1771, o segundo de 1809 a 1820, o terceiro de 1873 a 1874 e o último em 1904. Tal ausência é atribuída à prática de inoculação com a vacina de Edward Jenner⁵ na Capitania desde 1804, e também pela baixa densidade populacional, enfraquecendo assim as possibilidades de contágio. Todavia, vez ou outra, aparecia algum episódio, como o da Aldeia do Cocal Grande, onde os índios *Porecamecrãs* foram atacados e centenas deles morreram e muitos ficaram desfigurados, em consequência de uma epidemia de bexigas⁶ (POHL, 1951a).

A sífilis ou *morbus gálico*⁷ era uma doença venérea, muito comum na Capitania, presente nas localidades de Vila Boa, Natividade, Traíras

⁵ "(...) o cientista e médico inglês Edward Jenner, por meio de suas observações sobre a varíola bovina, viu a possibilidade de proteger as pessoas contra a varíola humana. O cientista chegou a tal conclusão, observando que grande parte das pessoas que trabalhavam lidando com o gado não contraía a doença. Para a comprovação de sua hipótese, Jenner inoculou secreções de uma pústula de varíola bovina em uma criança. Dois meses depois, inoculou novamente, na mesma criança, secreção de varíola humana, sendo estas retiradas de um doente em estado grave, e mesmo assim a criança não desenvolveu as manifestações clínicas da doença. Surgiu assim, a vacina contra a varíola, que só foi divulgada em 1798. O estudo de Jenner foi de fundamental importância para a prevenção de doenças, pois foi a partir de então que surgiu o interesse para criação de vacinas, prevenindo assim, outras doenças. Atualmente, existem várias vacinas, que desenvolvem no organismo a imunidade" (SANTOS; ALBUQUERQUE; SAMPAIO, 2005, p. 24). "Inicialmente, após os estudos de Jenner, a vacina era produzida no organismo humano por inoculações sucessivas, processo este denominado de vacinação "braço a braço", e a vacina como jennariana ou humanizada. Posteriormente, a vacina passou ser a extraída de vitelos inoculados artificialmente, tornando-se conhecida como vacina animal" (FERNANDES, 1999, p. 30).

⁶ De acordo com Eliézer: "Nos relatos anteriores ao século XX, eram predominantemente associadas à varíola as descrições referentes a sua forma grave (major), também conhecida popularmente como bexiga e temida por sua letalidade e pelas visíveis cicatrizes que podia deixar no corpo dos sobreviventes" (OLIVEIRA, 2003, p. 940).

⁷ "Chamada de Sífilis porque Syphilus, pastor dos rebanhos do rei Alcithous foi o primeiro a ser atingido, e por isso a doença recebe o seu nome. Na Itália, surgiu entre as tropas francesas do rei Carlos VIII durante a invasão de Nápoles em 1495. Assim, os italianos denominaram-na doença francesa, por isso *morbus gálico*" (SCLIAR, 2001, p. 60-61).

e Aldeia do Cocal Grande. O cirurgião-mor Manuel José Leitão (1794)⁸, em sua obra *Cirurgia Militar ou Tratado Cirúrgico das Enfermidades do Exercitito*, ressaltou que:

De todas as molestias que acometem os soldados, as mais frequentes são as venereas. Os soldados engolfados pela libertinagem, que lhes proporcionam as mulheres prostitutas que habitam geralmente nas praças militares, ficam com a saúde estragada e fazem nos hospitais uma considerável despesa a Fazenda Real (LEITÃO, 1794, p. 1788).

Se, por um lado, as observações do cirurgião-mor denotam que a enfermidade dos soldados não afligia unicamente a estrutura militar, como também concebia prejuízos à Coroa, por outro, é imprescindível ressaltar que, seu discurso, pressupõe que o tema adquiria outros desdobramentos. Karasch (1999) considera que a sífilis, certamente, foi corriqueira na Capitania de Goiás, em virtude dos rapazes que contraíam a doença nas cidades costeiras de Salvador e do Rio de Janeiro - tanto os escravos como os soldados - e levavam consigo a infecção para o Brasil Central que, por sua vez, infectavam as prostitutas e as escravas.

Seus sintomas, em casos muito avançados, se confundiam com os da lepra. Os viajantes estrangeiros se diziam impressionados diante da grande incidência de sífilis na região. Pohl narra que tal mal infligia até mesmo os índios, pois os portugueses transmitiram doenças venéreas aos caiapós (POHL, 1951b). Defende igualmente que a sua grande incidência ocorria por desleixo ou tratamento mal feito, degenerando

⁸ Manuel José Leitão nasceu em 1730 em São Salvador da Ribeira de Pena - Comarca de Vila Real. Em 1786, foi cirurgião-mor do Regimento de Cavalaria de Chaves. Em 1789, assumiu a cadeira de Anatomia e Cirurgia em Chaves. Obras: *O Tratado Completo de Anatomia e Cirurgia* (5 volumes); *A Arte de Sangrar*; *Cirurgia Militar ou Tratado Cirúrgico das Enfermidades do Exército*. Ver: REIS, Carlos Vieira. **História da medicina militar portuguesa**. Portugal: Edição do Estado Maior do Exército, p. 201, 2005.

assim em distintos males. E, nos casos mais graves, poderia evoluir para a elefantíase.

No que diz respeito à cura, notou que grande parte da população fazia uso da raiz de poaia ou *ipecacuanha*⁹ e pequenas lavagens. Na região de Traíras, Pohl prestou auxílio a inúmeros escravos que buscavam um “remédio” para esse terrível mal que os afligia, já em São Pedro de Alcântara, atuou no auxílio de uma mulher com um tumor na coxa de natureza sifilítica (POHL, 1951a).

Em passagem pelo Sítio de José Bento, teve contato com um “capitão surdo da região de São João d’El-Rei” (POHL, 1951a, p. 244), o qual lhe informou sobre as curas inexplicáveis que realizou com a raiz de poaia (ou ipecacuanha), sobretudo, em casos de sífilis. “Disse êle que se tomam três quartos em pêso com um grão de tártaro emético, o que provoca vômitos seis a oito vezes e purgação” (POHL, 1951a, p. 244). Entretanto, Pohl menciona como tratamento apenas lavagens frequentes e a semente mastigada da *Bixa brasiliensis* para a cura das feridas, pois reconhece que a maioria dos habitantes também se vale de inúmeros remédios caseiros, entretanto, sem resultado, pois pela falta de conhecimento da flora confundiam as plantas, “[...] que segundo eles pensavam, servem para todas as doenças” (POHL, 1951a, p. 58).

Em Caldas Novas, Pohl registrou que as águas termais eram utilizadas pelos indivíduos que desejavam alívio ou até mesmo a cura da sífilis, reumatismo, gota e demais erupções na pele. A principal fonte

⁹ “A ipecacuanha (*Cephaelis ipecacuanha*) é um arbusto pertencente à família das Rubiáceas, sendo também conhecida como ipeca, poaia e raiz do Brasil. A denominação ipecacuanha significa “planta de doente de estrada”, sendo originária de regiões úmidas, principalmente das florestas tropicais da América, com destaque para o Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela. Sua importância econômica se deve às propriedades farmacológicas presentes em suas raízes. Delas é extraída o alcaloide emetina, utilizado no combate à disenteria amebiana, além de possuir propriedades adstringente, expectorante e anti-inflamatória” (KAPLAN; GOTTILIEB, 1990, p. 26-29).

era coberta por palha de palmeira com vistas a oferecer maior comodidade para os banhistas e protegê-los contra os raios de sol. A rocha de onde jorra a fonte era de xisto quartzífero, tendo em seu fundo revestimento coriáceo. A água era clara, límpida e produzia diversas bolhas, quando ingerida quente tem “ressaibo insípido”, mas fria, em nada difere da água potável comum. Durante a sua permanência, avistou um único banhista, que estava muito molestado pela sífilis:

Como o País é inteiramente desprovido de médicos e não há remédios apropriados, essas fontes são usadas simplesmente como banho, empregando-se às vezes vomitórios e purgantes. [...] Não havendo inspeção e orientação médica, dão-se naturalmente muitos casos de recaída de antigos males entre doentes que acabam de sair do banho e se expõem ao ar livre. A própria temperatura elevada da água é nociva, especialmente as pessoas pletóricas (POHL, 1951a, p. 233).

A dificuldade em definir a terminologia das doenças nos Oitocentos, abriu brechas para que a sífilis fosse comumente confundida com outras enfermidades que acometiam a pele, tal como a boubá, moléstia não venérea de origem africana. E diferentemente da lepra, não houve a construção de hospital específico para tratamento dos sífilíticos.

Dentre as demais doenças corriqueiras estão: hidropisia, ataques catarrais com inflamação, gota e apoplexias nervosas, cuja incidência ocorria, sobretudo, durante a estação chuvosa e a elefantíase (POHL, 1951b). Essa última era corriqueira entre os negros, todavia, sua identificação é de natureza incerta, pois o termo “elefantíase” era empregado no Brasil, nos séculos XVIII e XIX, para designar os que sofriam de pelo menos duas doenças distintas, tais como: a filariose e a lepra.

Os negros africanos eram os mais vulneráveis à elefantíase, uma vez que era uma moléstia ocasionada por um parasita que reside nos vasos linfáticos, e à medida que se multiplicam, as pernas, escroto e seios incham até chegarem a tamanhos exorbitantes. A doença incapacitava, desse modo, as pessoas para o trabalho e os enfermos tinham que se conformar com a mendicância.

Em passagem pelas regiões de Catalão e Boa Vista, Weddell observou dois casos de sarcocele ou “elefantíase do escroto”. O tumor pesava, em média, de 20 a 30 quilos, cuja dimensão poderia chegar até o calcanhar dos enfermos, quando de pé. Conforme relata Magalhães (2004, p. 119):

Weddell examinou minuciosamente o enfermo de Boa Vista, que tinha entre trinta e cinco e quarenta anos de idade e convivia com esse tumor, oriundo de uma contusão, havia mais de cinco anos. A uretra e os órgãos anexos conservavam-se sãos. Ademais, o paciente desconhecia outro caso semelhante na sua família.

A síndrome da hidropisia, por sua vez, manifestava indícios de saúde fraca e no decurso dos Oitocentos angariou uma conotação mais ampla, pois deixou de corresponder, exclusivamente, ao acúmulo de líquido nas pernas e passou a ser relacionada tanto a problemas renais, como cardíacos e de desnutrição. Pohl denota que “ataques catarrais como inflamação” (POHL, 1951b, p. 297) era uma doença comum em Vila Boa, já a desintéria acometia, sobretudo, as populações indígenas. Em relação a Arraias, Gardner (1975) pondera que o resfriado estava entre as doenças prevalentes.

Outra categoria de doenças na província de Goiás eram as chamadas apoplexias, ou paralisias, cuja natureza, de acordo com

Gardner, era incerta e ceifou inúmeras vidas. O referido viajante observou que os habitantes recorriam às forças sobrenaturais com o intuito de preveni-la, quase todos usavam: “[...] um grosso anel de ferro retorcido, feito da sexta-feira da Paixão e benzido por um padre” (GARDNER, 1975, p. 170).

As doenças nutricionais também faziam parte das moléstias reinantes no território goiano. Magalhães (2014) identificou que, a oferta alimentar insuficiente às demandas nutricionais dos habitantes, incidiu diretamente na saúde pública da província. Assim, a analogia entre a alimentação e as enfermidades integram os estudos sobre a medicina oitocentista.

A opilação ou amarelão, assim como diversas moléstias nutricionais, foram atribuídas à miséria. E a investigação das condições de vida dos enfermos indicava uma estreita vinculação com a pobreza, com o consumo quase exclusivo de alimentos feculentos e com a umidade das casas erguidas em terrenos alagadiços (MAGALHÃES, 2004). Apesar das moléstias relativas à hepatite e ao fígado, Gardner ressalta que, embora fossem raras na região norte, decorriam da: “[...] intemperança no comer e beber e pelo uso constante e imoderado do fumo” (GARDNER, 1975, p. 169).

Tanto Pohl quanto Gardner observaram a prevalência de doenças oculares nas regiões de Boa Vista, Arraias, e Aldeia Cocal Grande, tais como: oftalmia e catarata. Pohl se surpreendeu com a grande incidência dessa última, sobretudo, na Aldeia Cocal Grande, denotando que:

Contra este mal, como contra a mordedura de cobra, devem eles possuir seus “arcanas”; não faltam, entre essas pessoas supersticiosas, os tratamentos mágicos. Frequentemente empregam, contra as doenças, bênçãos e fórmulas de magia (POHL, 1951a, p. 155, aspas do original).

Nos Oitocentos, as doenças oculares possuíam natureza incerta e quase todas eram denominadas de oftalmia. Karasch (1999) considera que a grande incidência destas moléstias, provavelmente pode ser oriunda de glaucoma não tratado, acidentes, deficiência de vitamina A¹⁰ e doenças contagiosas, tais como: varíola, sífilis, sarampo e lepra.

A morfêia e o pênfigo estavam entre as enfermidades que agrediam a pele, sendo esta última de caráter não contagioso. Seus sintomas são notados através do aparecimento de bolhas em quantidade variável pelo corpo, que se rompem de modo frequente e deixam a pele completamente exposta: “(...) começam pela cabeça, pescoço e parte superior do tronco, espalhando-se por todo o corpo” (MAGALHÃES, 2014, p. 106).

O pênfigo, apresenta duas variações, quais sejam: vulgar e foliácea, esta última também conhecida como “fogo selvagem”¹¹, por ocasionar grande queimação e ardência, aflige especialmente às populações das áreas rurais que residem próximo aos rios. Weddell em passagem por Boa Vista, registrou um único caso em uma negra, que padecia deste mal há pelo menos oito anos, estando sua pele totalmente afetada

[...] na parte posterior de um dos punhos, apresentava ela diversas vesículas grandes, pelas quais pude sem dificuldade fixar a posição que devia ocupar a moléstia no quadro dermatológico, toda a pele restante era coberta por

¹⁰ É necessário ponderar que o cardápio da grande maioria da população da província era constituído pelo que Paulo Bertran (2000) denominou de “trinômio vegetal”, ou seja, mandioca, milho e abóbora.

¹¹ A variação “fogo selvagem” foi inicialmente identificada entre os índios que viviam na extensão do rio Araguaia, entre 1902-1903. Sendo também encontrada na região Centro-Oeste, em Minas Gerais, Paraná e São Paulo. As bolhas começam pela cabeça, pescoço e parte superior do tronco, espalhando-se por todo o corpo. As lesões são dolorosas, com ardência e queimação, por isso a denominação “fogo selvagem” (KARASCH, 1999; MAGALHÃES, 2014).

crostas cinzentas de aspecto mais ou menos foliáceo, fendilhadas e como imbricadas (CASTELNAU, 2000, p. 212).

Em um engenho às margens do Rio São João, próximo a Traíras, Pohl prestou assistência médica a: “[...] uma negra que, por comer terra, tinha o ventre terrivelmente inchado” (POHL, 1951a, p. 216). Hábito recorrente entre os africanos, denominado pelo médico Wüchrer de “geofagia”, “clorose tropical” ou “clorose” (MAGALHÃES, 2014, p. 107).

Pohl esclarece que, por toda a Capitania faltam casas de saúde e “os doentes são abandonados ao deus-dará” (POHL, 1951b, p. 298). À época, Vila Boa contava apenas com um cirurgião-mor contratado, que pertencia à Companhia de Dragões e Ra. Entretanto, conforme diziam, era “de uma displicência total, aliada a uma absoluta ignorância”, pois não detinha sequer formação cirúrgica. Nesse cenário, a ausência de profissionais habilitados impulsionou os denominados práticos ou curiosos a exercerem as artes de curar nos Oitocentos, cujo direito de medicar poderia ser tirado na Câmara mediante o pagamento de determinada taxa ao cirurgião-mor (POHL, 1951b, p. 298).

Com exceção de alguns remédios simples, que são adquiridos nas vendas, a exemplo dos purgantes, vomitórios, sangrias, estas chegavam a ser empregadas de oito a dez vezes por dia, nenhum outro medicamento era utilizado no auxílio aos enfermos. Assim, entre os negros era recorrente o uso de remédios baseados nas crendices da sua pátria de origem. Dessa forma, desprovidos de recursos, os habitantes faziam uso das curas informais e das precárias boticas, que em geral, forneciam fármacos deteriorados e poucos acessíveis. Estavam, quase sempre, sob a responsabilidade de indivíduos incapazes de exercer a função de boticário, uma vez que, tal cargo só poderia ser confiado a

indivíduos que detivessem uma carta de “examinação” concedida pelo físico-mor do reino.

A população era, deste modo, impulsionada a lançar mão de outros recursos para se remediar, tais como: raízes, ervas e outras plantas produzidas nos quintais das casas, lugar que se tornou um espaço privilegiado para a transmissão de conhecimentos e saberes acerca das relações entre o corpo e os mistérios da natureza (DEL PRIORE, 1993). Considerando-se que, o emprego de “remédios” com qualidades milagrosas perdem-se nas noites dos tempos. Todavia, “(...) quando a moléstia mostrava-se resistente aos medicamentos caseiros, buscava-se a ajuda “especializada” de inúmeros indivíduos que se diziam habilitados, portadores ou detentores de saberes curativos, por vezes sobrenaturais (MAGALHÃES, 2014, p. 171).

Pohl noticia sobre a existência de um hospital militar na Capitania¹², entretanto, adverte que por toda a região não havia sequer uma farmácia bem organizada. Assim, era comum que o indivíduo enfermo, sobretudo os padecedores de males crônicos, recebesse, prontamente, a extrema-unção. A frequência era tanta que, por inúmeras vezes, Pohl se viu obrigado a oferecer assistência médica a vários enfermos, cuja morte se devia em grande parte por falta de medicamentos. Além do hospital militar, Goiás contava apenas com o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara e a sua criação estava relacionada com as preocupações da Câmara de Vereadores e do governo da província, mediante a ação de curar por caridade os enfermos desafortunados (MAGALHÃES, 2014; ALMEIDA, 2016).

¹² Ver: AGE, Mônica de Paula Pereira da Silva. Hospital Real Militar: saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Faculdade de História (FH), Goiânia, 2014.

O Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara foi criado em 1825 e inaugurado no ano subsequente, numa casa situada à Rua do Carmo e mantinha as suas portas abertas graças a caridade pública. Possuía uma botica, cujo lucro deveria cobrir as despesas com os medicamentos dos enfermos pobres. O hospital era composto por dois departamentos, um para homens e outro para mulheres. Em cada um deles havia três enfermarias, uma para doentes não afetados por enfermidades contagiosas; outra de “superior grandeza”, para os convalescentes e outra, em local separado, para os doentes de moléstias contagiosas. Cada uma delas possuía doze leitos (MORAES, 1995; LISBOA, 2009).

Embora sua fundação seja em 1825, somente em 1842 pôde contar com um médico formado pela Academia, o Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes¹³. As instalações do hospital eram precárias e havia tanto a falta de leitos como de espaço, assim: “(...) as péssimas condições, a inadequada localização das enfermarias e os poucos recursos contribuíram de alguma forma para o aumento da mortalidade nas suas dependências chegando a atingir 36,8% no ano de 1880” (MAGALHÃES, 2014, p. 158). Além do mais, uma grande parcela da população considerava o ambiente hospitalar como um local destinado à morte, e em inúmeras ocasiões só buscavam assistência médica em último caso, quando já não lhe restava outra opção, senão a morte¹⁴.

¹³ Theodoro Rodrigues de Moraes (1816-1897), foi o “(...) primeiro médico formado em academia, iniciou sua carreira no exército como Cirurgião-Mor e, no hospital civil, como médico (...) Fez carreira política, exercendo os cargos de presidente e vice-presidente da província em períodos curtos nos anos de 1879 a 1881. Faleceu, no Rio de Janeiro, em 12 de junho de 1897, com 80 anos (MAGALHÃES, 2004, p. 210-212).

¹⁴ Sob a perspectiva de Mônica Age: “As instituições hospitalares não são e nunca foram realidades estáticas. Suas trajetórias históricas estão relacionadas aos contextos sociopolíticos do período” (AGE, 2014, p. 19).

“Parte da historiografia brasileira enfatiza que os hospitais dos séculos XVIII e XIX eram espaços inapropriados para a cura em decorrência do descaso do Reino com a colônia em relação às práticas médicas” (AGE, 2014, p. 26). “Ao contrário de outras capitanias do Brasil, até a primeira metade do século

No tocante às questões relativas à morte, Pohl destaca que o hábito de sepultar os mortos nas igrejas, infelizmente, era uma prática socialmente aceita e arraigada em toda a Capitania de Goiás. Não havia “[...] outro cemitério, a não ser um destinado aos negros (POHL, 1951b, p. 298). Tal ausência devia-se à escassez de verbas para erguer e adornar estes lugares santificados. Assunto que no decurso dos Oitocentos, se revelou como uma prioridade das ações médicas. Tendo em conta que, a criação de espaços destinados exclusivamente para esse fim, poderia evitar que a população fosse acometida por uma série de moléstias associadas às emanações de gases deletérios exalados pelos corpos em decomposição (REIS, J., 1991). Verifica-se, portanto, um novo comportamento nos atos concernentes à morte e as regulamentações no campo da higiene forneceram as bases para a criação de locais, fora da área urbana, destinados exclusivamente ao enterro dos mortos¹⁵.

A medicina da época acreditava que a decomposição de cadáveres produzia gases que poluíam o ar, contaminavam os vivos, ocasionando enfermidades e epidemias. Sendo, portanto, necessária a formulação de uma “geografia social dos mortos” (MORAES, 1995, p. 95; REIS, J., 1991). E a inauguração do cemitério São Miguel em 1859, representou uma

XVIII não havia hospital em Goiás. O primeiro foi o hospital militar sediado em Villa Boa de Goiás, sendo o único que atendeu aos militares e a população até seu término, em 1827. Somente em 1825 foi implantado o primeiro hospital civil, São Pedro de Alcântara, sediado na mesma vila. No período colonial, a implantação dos hospitais das Misericórdias no Brasil relacionava-se com o contexto histórico e socioeconômico de uma capitania. O modelo expansionista acompanhava o movimento de valorização e rentabilidade do território” (AGE, 2014, p. 73). “No período colonial, as condições de pobreza e uma baixa densidade populacional eram motivos para fundarem Misericórdias que procurassem, além de outras atividades, tratar os doentes em seus hospitais” (AGE, 2014, p. 74). A saber, o Reino também manifestou “[...] interesse em financiar um hospital militar em terras goianas, por ser região de fronteira e, assim, necessitar de maior efetivo militar e de médicos” (AGE, 2014, p. 74).

¹⁵ “O Regulamento do Cemitério da Cidade de Goiás publicado no Correio Oficial, nºs. 02 a 05 de 1859, dispunha sobre a administração, pessoal, sepulturas, enterramentos e o comportamento que os vivos deveriam manter dentro dos muros do cemitério. Tais disposições, que tornavam o cemitério um lugar disciplinado e esquadrinhado, versavam não apenas sobre a salubridade, mas também transformava-se num dispositivo ordenador e de classificação social dos indivíduos” (RABELO, 1997, p. 34).

nova estratégia em prol do processo de purificação dos espaços, sobretudo, o espaço privado dos mortos.

Logo na entrada do cemitério da cidade, existiam terrenos para sepulturas de pagãos e acatólicos. Em seguida, localizavam-se as sepulturas destinadas às crianças, adultos e pessoas pobres, com idade entre dez e vinte anos, bem como as sepulturas comuns com custo de oito mil réis. Já a parte remanescente do terreno se subdividia em duas parcelas, cada uma era integrada por quatro partes, que englobavam terrenos para os órfãos, para a Irmandade do Carmo, a Irmandade do Rosário e as sepulturas para crianças sob o custo de seis mil réis (MORAES, 1995).

As demais áreas seriam destinadas para a Irmandade da Boa Morte, dos Passos, do Santíssimo e de Santa Bárbara. E cada sepultura, dispunha de um registro para evitar que os enterrados recentes fossem retirados para ceder lugar a outro. A despeito disso, Moraes (1995, p. 97-98) considera que: “Em 1861, aparecem no relatório do zelador do cemitério, a localização das sepulturas, o horário do falecimento e a causa mortis assinada pelo médico do Hospital de Caridade”.

Tanto na vida como na morte, as estratégias atribuídas pelo Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara contribuíram com a formação de um processo normatizador, principalmente, no que diz respeito à questão sanitária. Todavia, tais métodos de purificação dos espaços públicos, acabaram por delinear os interesses dos grupos dominantes, por meio da assimilação dos hábitos sadios de trabalho que engrandeciam a pátria (MORAES, 1995).

Além do mais, o aumento das preocupações com os odores sociais e urbanos se tornou expressivo somente com as medidas preventivas estabelecidas pela Lei de 1º de outubro de 1828 e, por conseguinte, das

Posturas Municipais de Goiás de 1830. As quais versavam sobre: a proibição de circulação de animais pelas ruas, canalização das águas dos chafarizes e arborização das praças. Leicy Silva (2013) considera que a respectiva legislação definiu as Câmaras Municipais como o espaço administrativo relativo à higiene pública, responsáveis por tratar: “(...) dos bens e obras do Conselho, do governo econômico e policial da terra e do que neste ramo for à prova dos seus habitantes” (SILVA, 2013, p. 92). Entretanto, Rabelo (1997, p. 26-27) adverte que a:

Lei de 1º de outubro de 1828, retirou das Câmaras muitas de suas atribuições que foram delegadas aos Conselhos Provinciais (mais tarde transformados em Assembléias Legislativas Provinciais pelo Ato Adicional de 1834 (...)) A perda da autonomia municipal frente à autoridade das Assembléias Provinciais e dos Presidentes das Províncias acabou por refletir-se na estruturação das medidas que procuravam reaparelhar e embelezar as cidades e vilas a fim de assegurar o controle, a salubridade, a segurança, a ordem e o conforto de seus habitantes. (...) Deste modo, muitas medidas para a melhoria da infra-estrutura urbana da Cidade de Goiás, que antes eram de competência da Câmara Municipal, ficaram a partir do Regimento das Câmaras de 1828 e durante todo o Império, subordinadas às deliberações de órgãos ligados à administração provincial, tais como a Presidência da Província, Assembléia Legislativa a Secretaria de Polícia, a Secretaria da Agricultura, Comércio e Obras Públicas e a Inspectoria de Saúde e Higiene Pública, sendo que as últimas estavam respectivamente a cargo de engenheiros como José Feliciano Rodrigues de Moraes e de médicos como Vicente Moretti Foggia.

Fora igualmente acentuada a intolerância aos morféuticos, portadores de moléstias contagiosas e alienados. Assim como narra Michel Foucault (1978), que em determinadas regiões da Europa os ditos loucos ocupavam os sanatórios, que antes eram designados aos lázaros.

Em Goiás, apesar das variantes cronológicas e geográficas, os sanatórios também passaram a assumir o papel de abrigo dos alienados que deviam ser isolados do meio público.

As poucas verbas e os poucos recursos orçamentários destinados à caridade pública indicaram, contudo, a pouca importância e as limitações de intervenção da saúde pública em Goiás. No período colonial, as responsabilidades sanitárias eram dispensadas ao conselho municipal. Entre 1828 a 1850, foram delegadas aos municípios. As câmaras seriam encarregadas por demandar e manter a tranquilidade, segurança, saúde e comodidade dos habitantes (MAGALHÃES, 2004).

Entre os anos de 1850 a 1889, foram criados órgãos essenciais de saúde pública, em seguida os órgãos provinciais e municipais, subalternos a um órgão principal, tendo os municípios o direito de estipular sobre a saúde pública (LYDA, 1994). A partir de 1828, os serviços hospitalares tornaram-se de responsabilidade das câmaras, que em virtude dos poucos recursos, se manifestaram inábeis para desempenhar essa função. Deste modo, coube as irmandades atuarem na manutenção de hospitais públicos nas cidades e vilas, tendo em conta que “a localização interiorana, os poucos recursos financeiros e a distância em relação à Corte concorreram para que a província de Goiás ficasse desamparada de assistência médica ao longo do século XIX” (MAGALHÃES, 2014, p. 170).

As esmolas e doações foram preponderantes para que o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara mantivesse suas portas abertas nos anos iniciais de sua criação. O governo não se via obrigado a financiar o custeio de suas despesas, já que a questão sanitária era vislumbrada enquanto caridade. Os fatores aqui evidenciados foram largamente propagados nos diários de viagem de Pohl, Gardner e Weddell. E ainda

que herdeiros das concepções iluministas, os olhares dos respectivos médicos nos deixaram significativas fontes de informações sobre o cenário nosológico goiano. Além disso, nos permitem perceber a confrontação de olhares simultâneos sobre o Brasil e sobre o olhar europeu. E acabaram por exercer grande influência na escrita da história regional, trazendo à tona aspectos peculiares sobre as enfermidades reinantes em Goiás.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diários de viagem de Pohl, Gardner e Weddel, nos permitem analisar o olhar que fora lançado por três viajantes com formação médica sobre o cenário nosológico goiano, especialmente, as enfermidades incidentes na região e os remédios empregados no trato das moléstias. Do mesmo modo, viabilizam o acompanhamento da questão sanitária, mediante as reformas no prédio e do regulamento do Hospital de Caridade, as campanhas de vacinação, os estudos de fontes de águas termais e a construção do cemitério público na cidade.

E se traduzem enquanto mananciais de informações, pois procuram descrever e compreender o ambiente físico, como era a fauna, a flora e a geografia goiana, quais eram os tipos de doenças mais frequentes e os hábitos da população com a qual se depararam. Os diários dos médicos aqui analisados, possibilitam a abertura para o estudo de temas que versam para além da história regional de Goiás, a exemplo do status angariado pela literatura de viagem nos Oitocentos, a multiplicidade de visões sobre a mesma região e a importância da formação médica dos viajantes para analisar as particularidades médicas de uma dada localidade. Questões que podem lançar bases para

pesquisas posteriores, colaborando para o preenchimento de determinadas lacunas na historiografia goiana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGE, Mônica de Paula Pereira da Silva. Hospital Real Militar: saúde e enfermidade em Villa Boa de Goyaz (1746-1827). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Faculdade de História (FH), Goiânia, 2014.

ALMEIDA, Maria Juliana de Freitas. O sertão de Amaro Leite no século XIX. Dissertação (Mestrado). **Universidade Estadual de Goiás**, Anápolis, 2016.

BERTRAN, Paulo. História da terra e do homem do Planalto Central: eco-história do Distrito Federal: do indígena ao colonizador. Brasília: Verano, 2000.

BLAKE, Augusto Victorino Sacramento. **Diccionario Bibliographico Brasileiro** (Volume 5: Letras Jo-Ly). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1899.

BRASIL. Lei de 1º de outubro de 1828. Dá nova forma às Câmaras Municipaes, marca suas atribuições, e o processo para a sua eleição, e dos Juizes de Paz. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, publicado em 01/10/1828. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-1-10-1828.htm. Acesso em: 24 de ago. de 2021.

BUENO, Jeronimo. Carvalho. **História da medicina em Goiás**. Goiânia: S/e, 1979.

CARNEIRO, José Netto de Campos Carneiro. **Das febres em Goyas**. Porto: Typografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmãos, 1897.

CASTELNAU, Francis. **Expedição às regiões centrais da América do Sul**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Itatiaia, 2000.

CASTRO, Josué de. **Geografia da fome. A fome no Brasil**. Rio de Janeiro: Empresa Gráfica O Cruzeiro, 1948.

CHAUL, Nasr Nagib Fayad. **Caminhos de Goiás: da construção da decadência aos limites da modernidade**. Goiânia: Editora da UFG, 1997.

DEL PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo**. Rio de Janeiro, José Olympio/Edunb, 1993.

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. I (1), mar.-jun., p. 29-51, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARCIA, Ledonias Franco. **Goyas: uma província do sertão**. Goiânia: Cãnone Editorial/Editora PUC-Goiás, 2010.

GARDNER, George. **Viagem ao interior do Brasil: principalmente nas províncias do Norte e nos distritos do ouro e do diamante durante os anos de 1836-1841**. Tradução: Milton Amado. Apresentação: Mario Guimarães Ferri. São Paulo: EDUSP; Belo Horizonte: Itatiaia, 1975.

KAPLAN, Maria Auxiliadora Coelho; GOTTLIEB, Otto Richard. Busca racional de princípios ativos em plantas. **Interciência**, Caracas, v. 15, n. 1, p. 26-29, 1990.

KARASCH, Mary Catherine. História das doenças e dos cuidados médicos na capitania de Goiás. In: Freitas, Lena Castello Branco de (org.). **Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível**. Goiânia: Editora da UFG, p. 19-62, 1999.

LEITÃO, Manuel José. **Cirurgia militar ou Tratado cirurgico das enfermidades do exército**. Lisboa: Coleção Manuscritos Reservados, p. 1788 – 1794, 1794.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan, IUPERJ, UCAM, 1999.

LISBOA, Andreia Silva. O “Brazil – Central” e suas potencialidades na revista a informação goyana (1917-1935). Dissertação (Mestrado). **Universidade Federal de Goiás**, Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Goiânia, 2009.

LYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública. A cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**, Franca, 2004.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. Combate das febres em Goyas: as recomendações do Dr. Netto Carneiro no Oitocentos. In: Sebastião Pimentel Franco; Dilene Raimundo do

Nascimento; Anny Jackeline Torres Silveira. (Org.). **Uma História Brasileira das Doenças**. 1 ed. Belo Horizonte: Fino Traço, v. 6, p. 277-294, 2016.

MAGALHÃES, Sônia Maria. **Males do Sertão: Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX**. Goiânia: Cãnone Editorial, 2014.

MORAES, Cristina de Cássia Pereira. As Estratégias de Purificação dos Espaços na Capital da Província de Goiás 1835-1843. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, ICHL, Goiânia, 1995.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. A epidemia de varíola e o medo da vacina em Goiás. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, jul.-set., 2003.

POHL, Johann Emanuel. **Viagem no interior do Brasil; empreendida nos anos de 1817 a 1821**. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Livro, 1951b.

POHL, Johann Emanuel. **Viagem no interior do Brasil; empreendida nos anos de 1817 a 1821**. Segunda Parte. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Livro, 1951a.

RABELO, Danilo. Os excessos do Corpo: a normatização dos comportamentos na cidade de Goiás, 1822-1889. Dissertação (Mestrado). **Universidade Federal de Goiás**, Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Goiânia, 1997.

REIS, Carlos Vieira. **História da medicina militar portuguesa**. Portugal: Edição do Estado Maior do Exército, p. 201, 2005.

REIS, João José. **A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo: Cia. das Letras, 1991.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; ALBUQUERQUE, Vera Lúcia Montenegro de; SAMPAIO, Francisco Hadson Sidor. Vacinação - o que o usuário sabe? **Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Print)**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 24-30, 2005.

SCLIAR, Moacyr. **A paixão transformada**. História da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

SENA, Custódia Selma. **Interpretações Dualistas do Brasil**. Goiânia: Editora UFG, 2003.

SILVA, Leicy Francisca da. Eternos órfãos da saúde - medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, 2013.

SOUZA, Laura de Mello e. Formas Provisórias de Existência. In: SOUZA, L. M. (Org). **História da Vida Privada no Brasil. Cotidiano e vida privada na América portuguesa**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 1, cap. 2, p. 46, 1997.

VIEIRA, Tamara Rangel. Médicos do sertão: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2012.

2

TENTANDO CONTROLAR CORPOS (DE ÁGUA): SAÚDE E O CICLO HIDROLÓGICO EM SENA MADUREIRA (ALTO PURUS, TERRITÓRIO FEDERAL DO ACRE, 1907-1911)

André Vasques Vital

INTRODUÇÃO

Os rios foram elementos fundamentais para o Brasil na formação e integração do que chamamos de Acre. Pelos rios ocorreu o fenômeno da “fronteira móvel”, momento em que migrantes dos estados do Nordeste, assolados pela seca, adentraram, na segunda metade do século XIX, as *Tierras no Descubiertas* (para a Bolívia) e as *Tierra de Infieles* (para o Peru), em busca da *Hevea brasiliensis*, árvore de onde seria extraída e produzida a borracha que supriria a demanda internacional (MACHADO, 1997). Foi também pelos rios que os brasileiros no Acre puderam confrontar a investida dos governos da Bolívia e do Peru para retomada do território, favorecendo o argumento da região como “dependência geográfica” da bacia amazônica brasileira e o dispositivo *Uti possidetis* para conseguir a assinatura do Tratado de Petrópolis de 1903, pondo fim ao conflito (BUENO, 2003). Em 1904 a região foi denominada Território Federal do Acre e subdividida em três departamentos independentes uns dos outros, governados por prefeitos nomeados pelo governo federal e sob ordens diretas do Ministério da Justiça e Negócios Interiores: Departamentos do Alto Acre, Purus e Juruá. Em 1912 seria criado o quarto departamento: Alto Tarauacá. Em cada departamento

foi erguida uma capital: Rio Branco (Alto Acre), Sena Madureira (Alto Purus), Cruzeiro do Sul (Alto Juruá) e Seabra (Tarauacá).

O presente artigo analisa a formação das primeiras políticas de saúde pública no Território Federal do Acre e o desafio dos médicos das diretorias de higiene frente ao ciclo das águas na região. A economia da borracha, bem como os conflitos entre grupos políticos locais, emergira em íntima relação com o regime de chuvas, a disposição hidrográfica e o ciclo de cheias e vazantes dos rios (VITAL, 2018a, 2019). Sugere-se aqui, que o mesmo aconteceu com as políticas de saúde. Para enfrentar as principais doenças que assolavam as nascentes cidades do Território do Acre, os médicos tiveram que observar a circulação de patógenos, corpos humanos infectados, vetores, dentre outros, no fluxo das águas. Por meio dessa observação, buscou-se, seguindo preceitos científicos da época, direcionar os fluxos de água no núcleo urbano e controlar o trânsito de pessoas e patógenos pelos rios. Essa análise privilegia o caso da capital Sena Madureira, no Departamento do Alto Purus, lugar onde as medidas de saneamento tiveram seu ápice no Território do Acre e serviram como propaganda política da prefeitura e das elites seringalistas locais entre os anos de 1906 e 1915 (VITAL, 2018a). Por outro lado, em termos teórico-metodológicos, o artigo compreende as águas como agentes produtores de contingências, manifestando-se de forma evasiva nas tentativas de interpretação e controle humano de sua dinâmica (VITAL, 2018b, 2019, 2020).

A CAPITAL SENA MADUREIRA E A ORGANIZAÇÃO DA DIRETORIA DE HIGIENE DO ALTO PURUS

Sena Madureira nasceu ainda em meio às tensões entre o Brasil, a Bolívia e o Peru, em 24 de setembro de 1904. O general José Siqueira de

Menezes, veterano da guerra de Canudos, foi designado meses antes comandante-em-chefe das tropas brasileiras contra as forças peruanas e prefeito do Departamento do Alto Purus, com a missão de fundar a sua capital. Ainda no estado do Amazonas foi destituído do cargo de comandante, já que fora assinada entre Brasil e Peru a convenção de arbitramento, afastando a possibilidade de guerra entre ambos os países. Siqueira de Menezes seguiu viagem pelo Purus e aportou na margem esquerda do rio Iaco, pouco acima da confluência com o rio Caeté e dos limites com o Amazonas, em local inóspito, porém, elevado, dando nome ao lugar de Sena Madureira, em homenagem ao oficial veterano da guerra do Paraguai. Ele e os soldados que o acompanhavam iniciaram os trabalhos de derrubada das matas, divisão do terreno em lotes e construção de um tapiri que serviria de sede provisória da prefeitura do Alto Purus (RANZI, 2008).

A opção por um lugar elevado em relação ao rio tinha a ver, nesse primeiro momento, com as comuns cheias anuais dos rios amazônicos. Não havia médico acompanhando a expedição, ao passo que as doenças, especialmente a malária e o beribéri, fizeram diversas vítimas. Os soldados “desciam enfermos” em busca de tratamento em Manaus, e não eram substituídos devido ao gradual afrouxamento das tensões com os países vizinhos. O próprio Siqueira de Menezes pediu exoneração por motivo de doença menos de três meses após a fundação de Sena Madureira, sendo substituído pelo major Olimpio Agobar e, depois, pelo capitão Adolfo Lins (MARIANO, 1906).

Em 13 de março de 1905, a União designou o engenheiro militar Cândido José Mariano como prefeito do Alto Purus. Cândido Mariano tinha servido alguns anos no interior do Amazonas e era considerado adaptado ao clima da região, reputado como insalubre. Por outro lado,

através de sua experiência em áreas produtoras de borracha, ele possuía noção de como travar diálogo com as elites seringalistas.

Ao chegar em Sena Madureira em 19 de junho de 1905, quase tudo ainda estava por fazer e os recursos destinados pelo governo federal eram muito escassos (MARIANO, 1909). No entanto, o Decreto n.º 5.188, de 7 de abril de 1904, conferia poderes quase ditatoriais aos prefeitos dos departamentos, e eles aproveitaram-se dessa condição para cobrar impostos extras aos já pesados tributos cobrados pela União sobre a exportação da borracha (BRASIL, 1904). Visando ganhar popularidade junto às elites do Purus e buscando legitimidade local, Cândido Mariano abriu mão da cobrança de impostos e ainda passou a tecer críticas aos demais prefeitos. A aproximação de Mariano às elites seringalistas surtiu efeito, a ponto de conseguir governar o Alto Purus até 1911, ano da explosão dos movimentos por autonomia estadual, longevidade no cargo que foi fato único em todo o território.

Sem médico à disposição, nada foi feito no primeiro ano de governo em termos de saúde pública na nascente Sena Madureira, apesar de já ser considerada a capital mais importante do território pela União. Sua posição geográfica e as futuras medidas de saneamento da cidade contribuíram para que, em 1908, a capital do Purus fosse elevada informalmente à condição de capital do Território Federal do Acre, recebendo as sedes de repartições federais na região (VITAL, 2018a).

Em 1906, a verba destinada aos departamentos aumentou e foi aprovada a lei de repasse de cinco por cento do arrecadado em impostos com a borracha no Acre, tornando real a possibilidade de contratação de um médico. Com o gradual crescimento populacional da cidade, alguns clínicos vindos de outros estados estabeleceram moradia no local,

sendo contratado Samuel Libânio para o cargo de Diretor de Higiene do Alto Purus.

Os motivos e a forma como Samuel Libânio estabeleceu morada no Acre e sua breve trajetória no Alto Purus é similar aos de muitos outros médicos que foram para a região durante a Primeira República. Nascido em Minas Gerais e recém-formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Samuel Libânio, assim que defendeu sua tese, foi visitar seu irmão, Aristides Libânio, que em 1906 atuava como juiz no Alto Purus. A fama do Acre como território insalubre povoado por pessoas patrióticas e que lutaram pela cidadania brasileira era particularmente sedutora para médicos que acabavam de sair da faculdade, ávidos por colocar em prática as teorias médicas lidas nos manuais científicos. Assim que chegou em Sena Madureira, Samuel Libânio foi procurado pelo farmacêutico Fernandes Cordeiro, dono da “Farmácia Brasil”, estabelecimento recém-fundado na cidade, para clinicar e dividir os lucros das consultas e remédios vendidos. Em 1º de outubro de 1906, Samuel Libânio foi nomeado Diretor de Higiene do Departamento do Alto Purus, cargo que ocupou até março de 1908 (LIBÂNIO, S.; LIBÂNIO, C., 1909, p. 46). Outros membros da família Libânio estabeleceram moradia em Sena Madureira, entre eles, o também médico Cândido Libânio, que sucedeu o irmão mais velho, Samuel Libânio, como Diretor de Higiene, entre abril de 1908 e março de 1909.

A DRENAGEM DAS ÁGUAS PLUVIAIS NO ESPAÇO URBANO DE SENA MADUREIRA

A malária era a doença que acometia o maior número de pessoas no Território do Acre em 1904, e continuou sendo a principal endemia da região nos anos seguintes. O médico cearense Esperidião de Queiroz

Lima, que viveu no Alto Acre entre os anos de 1903 e 1914, chegou a elencar, como fator negativo, o fato de sua atuação como clínico ter sido “trabalhosa e rotineira” pela onipresença da malária (LIMA, 1966). Na cidade de Sena Madureira não era diferente. Em 1907, a malária emergia como a doença mais frequente entre os pacientes atendidos pelo médico Samuel Libânio, em seus primeiros meses de trabalho como Diretor de Higiene na capital do Purus. Dos treze óbitos na cidade, em 1907, cinco eram decorrentes da malária e Libânio relatou o predomínio de formas “perniciosas” e “crônicas” da doença entre os habitantes (LIBÂNIO, S.; LIBÂNIO, C., 1909).

Por essa razão, as primeiras medidas de saneamento da cidade tiveram como meta principal a diminuição dos casos dessa doença, o que teve amplo apoio do então prefeito Cândido José Mariano (1905-1910). Para Samuel Libânio os meios mais eficazes para fazer diminuir os casos da doença seriam a distribuição gratuita de sais de quinina “puros” e promover a supressão das águas estagnadas de qualquer tipo (Ibidem). A Diretoria de Higiene procurou realizar, quando possível, a distribuição de quinina, mas a maior parte dos esforços da prefeitura foram dedicados a combater a população de vetores por meio da extinção de águas paradas, a partir de obras de drenagem urbana. Nesse processo a floresta foi vista pelos médicos da Diretoria como um aliado importante na reprodução do mosquito *Anopheles*, já que as sombras que projetavam impediam a rápida evaporação das águas das chuvas pela incidência direta do sol.

As águas pluviais foram a principal preocupação. Combater o mosquito significava conter as águas tão abundantes na região, especialmente no chamado “inverno amazônico”, ou período de chuva e cheia dos rios que ocorria entre os meses de outubro e março. A

primeira providência tomada pela prefeitura, por indicação da Diretoria de Higiene sob o comando de Samuel Libânio, foi a derrubada compulsória das matas no entorno da cidade para o mais distante possível do núcleo populacional, de modo a facilitar a evaporação das poças de água formadas pelas chuvas (Ibidem). A prefeitura formou mutirões para realizar esse trabalho e propagou entre os habitantes a necessidade de recuar as matas, sempre que necessário, para o mais distante possível da cidade. Reiterados pedidos foram feitos ao governo federal até 1910, por mais verbas para realizar os trabalhos de derrubadas: sanear era sinônimo de derrubar as matas do entorno do núcleo urbano.

Ao mesmo tempo, ainda em 1907, obras de aterramento e nivelamento do solo foram realizadas, conformando um sistema de escoamento das águas das chuvas, por meio de valas nas extremidades das ruas, ligado aos igarapés e ao rio Iaco (Ibidem). Como as verbas destinadas pelo governo federal eram escassas, não havia possibilidade de realizar o calçamento das ruas ou construir um sistema de esgoto subterrâneo. Dessa forma, a Diretoria de Higiene teve que realizar as obras em diálogo constante com as relações mantidas entre a atividade solar, os corpos de água e o solo. Nesse diálogo, o intenso calor na região, a proximidade do núcleo urbano com o rio Iaco e a topografia foram transformados em aliados no combate aos mosquitos vetores da malária.

Em abril de 1908, 320 trabalhadores chegaram à cidade, contratados pela União para abrir a Estrada Leste-Oeste, rodovia que uniria Cruzeiro do Sul à Sena Madureira. O prefeito Cândido Mariano, aconselhado por Samuel Libânio, aproveitou essa mão-de-obra para a conclusão dos trabalhos do sistema de drenagem urbana, destruição dos pequenos pântanos que restavam e nivelamento dos terrenos para

evitar as águas paradas decorrentes das chuvas. Obras de maiores proporções, como a desobstrução de igarapés próximos ao núcleo urbano, também foram realizadas (Ibidem).

Na gestão de Samuel Libânio as medidas tomadas tiveram algum efeito, não só na incipiente urbanização, mas também na diminuição do número de casos de malária no núcleo urbano de Sena Madureira. Cândido Libânio, irmão e sucessor de Samuel Libânio na Diretoria de Higiene, em 1908, apontava que os casos de malária eram benignos e raros na cidade (Ibidem). Apesar do otimismo, Cândido Libânio em conjunto com Samuel Barreira, então Diretor de Obras Públicas do departamento, aprofundou em 1909 as medidas iniciadas por seu irmão, ampliando o sistema de escoamento das águas pluviais para o rio Iaco e intensificando a derrubada das matas do entorno que, segundo ele, eram “nesta região, inimigas do homem” (Ibidem, p. 52). Ele também asseverou, em seu relatório de 1909, a necessidade de tornar constantes as obras de drenagem das águas na estação das chuvas e, principalmente, substituir o sistema de valas e calhas por um sistema de encanamento subterrâneo. Essa reivindicação visava embelezar a cidade e conformar um sistema de drenagem de águas residuais, já que, até aquele momento, os resíduos eram depositados em fossas e sentinas (Ibidem).

É importante salientar que a preocupação com a alta umidade do solo já existia antes mesmo da formação da Diretoria de Higiene com Samuel Libânio em 1906. Cândido José Mariano, assim que tomou posse como prefeito, mandou trazer da capital federal algumas sementes e mudas de eucalipto e girassol para plantio compulsório no núcleo urbano, como medida de saneamento por meio do dessecamento do terreno e da purificação do ar (MARIANO, 1906). Especialmente na

segunda metade do século XIX, o eucalipto era considerado importante para o saneamento de áreas pantanosas e úmidas, já que seu rápido crescimento demandava grande quantidade de água presente no solo, favorecendo o dessecamento dos terrenos. O aroma de suas folhas também era considerado um dissipador de emanções pútridas (miasmas) provenientes da decomposição de matérias orgânicas.

Embora também fosse uma medida de drenagem do solo, havia uma importante diferença ontológica que permeava as iniciativas de Cândido José Mariano e as políticas adotadas, posteriormente, pela Diretoria de Higiene. O prefeito Mariano agiu no sentido de combater miasmas que, para ele, eram os agentes causadores da malária. No pensamento miasmático, as doenças eram causadas por emanções pútridas provenientes de matéria orgânica em decomposição no solo e na água. Na primeira metade do século XIX, a geografia médica inspirada na obra “Dos Ares, das Águas e dos Lugares”, de Hipócrates, era associada à higiene pública e à epidemiologia, com impacto na agenda dos médicos militares nas colônias (OSBORNE, 1996). Esses médicos mapeavam a geografia, a meteorologia e a dieta dos habitantes, relacionando-os aos hábitos e à saúde local. Em meados do século XIX, o médico da armada francesa Jean André Napoléon Périer atualizou as ideias de Hipócrates, apontando que as árvores, em especial o eucalipto, eram fundamentais para o saneamento dos lugares com alta incidência de febres, pois promovia o enxugo do solo e a purificação do ar, eliminando os miasmas. O eucalipto, nessa época, passou a ser símbolo do processo civilizatório francês, por ser matéria prima para lenha, postes telegráficos, trilhos de trem e ainda modificar a atmosfera produzindo bem-estar ao colonizador (Ibidem).

Por outro lado, os diretores de higiene queriam combater mosquitos, pois esses eram os vetores do *Plasmodium*, agente etiológico da malária, segundo a emergente especialidade médica conhecida como medicina tropical. Para os irmãos Libânio, e os demais médicos que os sucederam na Diretoria de Higiene, a malária não era causada por miasmas, mas por uma criatura unicelular chamada protozoário, que dependia de um inseto hematófago, o mosquito *Anopheles*, para completar o seu ciclo de vida.

A medicina tropical foi institucionalizada na Europa em fins do século XIX, devido, em grande parte, ao desafio do homem europeu frente às doenças nos trópicos, em um contexto de expansão imperialista (FARLEY, 1991). Essa especialidade médica intercalava noções de microbiologia, parasitologia e dialogava com os naturalistas, além de combinar experimentações laboratoriais ao trabalho de campo (ARNOLD, 1996). Diferente da microbiologia, que incriminava apenas os micro-organismos na produção da doença, a medicina tropical incorporou, principalmente, os insetos hematófagos como vetores, ou seja, agentes no ciclo de vida e propagação dos parasitas. A nova especialidade tinha na malária o grande modelo de doença tropical, após a descoberta do *Plasmodium* pelo médico militar francês Aphonse Laveran, em 1880 e, principalmente, pela confirmação do mosquito *Anopheles*, como vetor da doença, alguns anos mais tarde, por Ronald Ross e Giovanni Grassi (WORBOYS, 1996). Na ontologia da medicina tropical o clima e as águas estagnadas eram fatores que favoreciam o ciclo de vida dos vetores.

Por essa razão, havia uma escola de pensamento associada à medicina tropical, capitaneada pelo médico Ronald Ross que defendia a profilaxia da malária via combate ao mosquito pela drenagem de águas

estagnadas, destruindo os meios de reprodução do mosquito adulto. Para Ross, a drenagem das águas pluviais e supressão de possíveis criadouros de mosquito deviam ser acompanhadas da fumigação de inseticidas como Piretro (HUMPHREYS, 2001). Por outro lado, o médico Robert Koch criou uma doutrina profilática baseada na destruição do parasita no corpo humano com o uso diário de doses preventivas de quinina (Ibidem). Basicamente um misto dessas duas teorias foi utilizado pelos médicos da Diretoria de Higiene no Alto Purus, com ênfase maior na destruição das águas estagnadas.

Mesmo havendo diferenças entre o pensamento de Libânio e do prefeito Cândido Mariano, ambos tentaram promover saúde pública por meio de obras, que o médico sanitarista Carlos Chagas chamou de “hidrografia sanitária”. Esse termo foi citado no relatório da Comissão do Instituto Oswaldo Cruz, que percorreu o Vale do Amazonas entre 1912 e 1913. Refere-se a obras de drenagem urbana com objetivo de direcionar os fluxos de água da chuva, para rios, córregos e etc., como forma de ajudar no dessecamento do solo e prevenir a propagação de vetores de doenças. O exemplo máximo de sucesso desse tipo de obra nas cidades do Vale do Amazonas, para a Comissão era Sena Madureira que, segundo Chagas, “não apresenta as ruas encharcadas, devido às valas de drenagem que atravessam diversos pontos da cidade e levam as águas da chuva para o rio” (BRASIL, 1913, p. 30).

Mas é importante destacar o que seria essa “hidrografia sanitária” posta em prática em Sena Madureira e elogiada pelo próprio Carlos Chagas. Ela consistia na simples abertura de valas nos cantos ou centro das ruas, para drenar as águas pluviais e residuais para os igarapés e para o rio Iaco. O objetivo principal era combater os corpos de água que pudessem favorecer o ciclo de vida do mosquito *Anopheles*. Assim, optou-se

pela destruição de florestas, matas e a plantação de eucalipto para facilitar o processo de evapotranspiração.

O modelo de drenagem urbana adotado em Sena Madureira era reprovado pelos médicos higienistas do século XIX adeptos do modelo miasmático de propagação das doenças. Para esses médicos, o sistema de drenagem urbana a céu aberto era propagador de doenças por meio da deterioração dos organismos no solo pelas águas e consequente aumento das emanções pútridas que provocavam doenças. Foi a partir dessa perspectiva e adotando conhecimentos técnicos da engenharia, que esse sistema de drenagem urbana foi sendo substituído ao longo do século XIX por grandes complexos de drenagem e esgoto subterrâneo, com galerias que ficavam sob as ruas calçadas (BURIAN; EDWARDS, 2002). Entretanto, dentro do modelo da medicina tropical, não fazia sentido condenar um sistema de valas a céu aberto, pois elas mantinham as águas em movimento, promovendo o escoamento das águas pluviais e uma rápida drenagem do solo. O mais importante era impedir a reprodução do mosquito.

A maioria dos médicos que atuou no Território Federal do Acre, entre 1904 e 1920, concordava que a malária era transmitida pelo mosquito. Em Sena Madureira, todos os médicos pensavam assim. Contudo, embora fosse um consenso no Território do Acre de que a malária era transmitida pela picada do mosquito, e que muitas doenças eram causadas por micro-organismos, isso não significava que os miasmas haviam deixado de existir. Alguns médicos forjaram um pensamento híbrido sobre a existência e a propagação das doenças, aceitando que a malária era transmitida pelo mosquito, ao passo que o beribéri, por exemplo, vinha dos miasmas. O médico Joaquim Rodrigues Ferreira, Diretor de Higiene no Departamento do Alto Juruá em 1914, pensava

assim. Para ele, o serviço de drenagem do solo, embora não fosse o modelo ideal, adquiriria a dupla função de eliminar mosquitos e destruir os miasmas. Entretanto, era fundamental que esse sistema fosse substituído por trabalhos de engenharia sanitária que retificassem igarapés, canalizassem as águas, estabelecessem a coleta de esgoto subterrâneo e destruíssem as matas pelo calçamento das ruas.

As moléstias endêmicas que aqui reinam são: o paludismo e o beribéri, este manifesta-se em pequena escala e aquele aumenta, um pouco, após as vazantes das grandes cheias do rio, cujas águas, enchendo os igarapés, transbordam e espraia-se, inundando todas as baixas da área da cidade e dos povoados. No recuo das águas ficam lagos e pântanos que, cheios de vegetais de toda a ordem que abundam em todo o solo, neles se afogam, apodrecem e decompõe-se desprendendo miasmas e produzindo miríades de insetos portadores das doenças citadas. Chegue um dia o auxílio da engenharia sanitária, localizando as águas dos igarapés, obstando o seu transbordo com os seus recursos da arte, nivelando o solo, extinguindo a sua vegetação pelo calçamento, beneficiando as matas que ainda demoram perto da cidade e dos povoados, canalizando as águas potáveis, estabelecendo um serviço de esgotos higiênicos, e incontestavelmente estas moléstias reinantes desapareceriam, por completo e o clima caluniado passaria a ser em pouco tempo um clima invejado (FERREIRA, 1915, p. 87).

Apesar da pluralidade de visões médicas, o sistema de drenagem urbana em Sena Madureira fez diminuir os casos de malária do tipo tropical ou terçã maligna no núcleo urbano. É possível que a histórica relação de águas e solo na bacia do rio Iaco tenha contribuído para esse resultado. De acordo com alguns estudos atuais sobre os aspectos pedológicos da bacia do rio Iaco, as águas da chuva penetram pouco no solo dessa área, pois a sua formação é muito recente (BADALES, 2005). Essa condição aumenta o fluxo superficial das águas pluviais e, por essa

razão, é provável que o escoamento dessas águas para o rio, por meio das valas, tenha se mostrado mais fácil e efetivo.

A saúde pública pautada na drenagem de águas pluviais foi, posteriormente, adotada nas capitais Cruzeiro do Sul, Rio Branco e Vila Seabra. Em Cruzeiro do Sul, essa medida foi tomada principalmente pela Comissão de Obras Federais em 1909, sob a liderança do engenheiro militar Antônio Bueno de Andrada, tendo em vista o sucesso dessa ação para a diminuição da quantidade de mosquitos transmissores da malária e do próprio declínio da doença em Sena Madureira (BRASIL, 1909). Em Rio Branco, esse tipo de medida começou a ser praticada apenas na década de 1910 (JÁCOME, 1915). No caso de Vila Seabra, no Departamento do Tarauacá, o Diretor de Higiene, Dr. Leôncio José Rodrigues, defendia e implementava a mesma medida, mas também se mostrava favorável ao uso do petróleo, querosene e gasolina para a destruição das larvas de mosquitos em igapós e pântanos muito extensos (RODRIGUES, 1917).

O CICLO FLUVIAL E MIGRATÓRIO DA VARÍOLA E DO SARAMPO

De acordo com alguns poucos e frágeis dados produzidos pelas prefeituras, nos primeiros anos de formação das capitais, a varíola e o sarampo aparecem como segunda e terceira maiores responsáveis por adoecimento e óbito no Acre. Em Cruzeiro do Sul, por exemplo, entre 21 de fevereiro de 1905 e 31 de dezembro de 1913, pelo menos 14 pessoas morreram vítimas de varíola e sarampo, perdendo apenas para a malária e o beribéri com 36 e 31 mortes respectivamente (FERREIRA, 1915). Anualmente os jornais dos departamentos noticiavam sobre essas doenças, especialmente no primeiro semestre do ano, quando as embarcações vinham de Belém e Manaus com pessoas destinadas ao

trabalho nos seringais. O ciclo anual da varíola e do sarampo fez com que as prefeituras, especialmente a do Departamento do Alto Purus, buscassem controlar o fluxo de doentes que subiam os rios, como forma de impedir a emergência de epidemias.

A varíola, no início do século XX, era um dos principais desafios para a saúde pública no Brasil, provocando milhares de mortes. Em 1904, Oswaldo Cruz lutou pela instituição da vacinação obrigatória para eliminar a varíola na Capital Federal. O plano do sanitarista provocou uma das maiores revoltas populares do século XX (SEVCENKO, 1983; CARVALHO, 1987; CHALHOUB, 1997; PANPLONA, 2003). Em Belém, as autoridades lutaram ao longo da primeira década do século XX contra a doença, a partir do isolamento dos infectados e campanhas de vacinação; mas, ainda assim, pelo menos 1.004 pessoas morreram na capital paraense entre 1904 e 1911 (AMARAL, 2006). Os migrantes vindos dos estados do Nordeste traziam, em seu organismo, o agente etiológico da varíola que viria a se espalhar, tempos depois, nos seringais do Território do Acre.

Em meados de 1907, durante o governo do prefeito Cândido José Mariano (1905-1910) a Diretoria de Higiene do Departamento do Alto Purus, sob a responsabilidade do médico Samuel Libânio, foi surpreendida com um caso de varíola no núcleo urbano de Sena Madureira em indivíduo procedente do alto rio Purus, dentro dos limites do território federal. A prefeitura entrou em alerta, organizando um local para o isolamento de outros doentes que viessem em embarcações vindas do Purus e aumentando o estoque de vacinas antivariólicas. Não foram registrados novos casos de varíola na capital do Departamento, mas assim como o rio trouxe o doente com o patógeno potencialmente contagioso,

trouxo também as notícias sobre uma intensa epidemia assolando os seringais do Purus (LIBÂNIO, S.; LIBÂNIO, C., 1909).

Na condição de médico da prefeitura, Samuel Libânio somente empreendeu viagem para o Purus no mês de dezembro, quando buscou colocar em prática a vacinação, especialmente nos seringais mais atingidos pela varíola. Nessa ocasião, muitos seringueiros resistiram à vacinação, e o médico se viu obrigado a convencer os proprietários seringalistas sobre a importância da vacina, ensinando os próprios patrões a aplicar a antivariólica em seus fregueses (Ibidem).

Durante a epidemia, a Diretoria de Higiene, ainda em seus primórdios, não conseguiu produzir dados numéricos sobre os doentes no Purus e nem estimativas sobre vítimas fatais. Algumas características sobre a propagação da varíola foram, no entanto, levadas em consideração a partir dos relatos de quem vinha do Purus na época e de quem sobreviveu em meio à crise. Samuel Libânio descreve que, na ocasião, o Alto Purus era assolado pela varíola “com vários focos em seringais diversos”, especificando brevemente a existência de diferentes lugares ao longo do rio onde a doença emergiu, indicando que houve múltiplos centros primários de propagação da enfermidade (Ibidem).

Mesmo com essa percepção, a Diretoria de Higiene do Alto Purus não associou explicitamente a grande epidemia de varíola no Purus à falta de controle de indivíduos que vinham para o trabalho nos seringais portando a doença, preferindo lamentar a resistência dos seringueiros à vacina (Ibidem). Entretanto, Samuel Libânio assinalou que a insalubridade nos seringais, incluindo os casos de malária, tinha relação direta com as condições de viagem de quem vinha dos estados do Nordeste para tornar-se seringueiro na bacia amazônica. Para ele, a viagem em navios lotados, sem assistência médica, alimentação adequada e

condições mínimas de higiene, após sair de áreas assoladas pela seca, diminuía a resistência orgânica dos recém-chegados, favorecendo a emergência de epidemias nos seringais. Recomendou assim, fazendo coro ao então prefeito Cândido Mariano, que a União deveria garantir a assistência clínica e melhores condições de higiene nas embarcações que trazem os migrantes, desde os portos dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e outros, até os seringais (Ibidem).

No ano anterior, o então prefeito Gregório Thaumaturgo de Azevedo, também enfrentou uma epidemia de varíola no rio Tarauacá. Diferente do prefeito Cândido Mariano, no Purus, Azevedo não dispunha de uma Diretoria de Higiene organizada ou médico a serviço da prefeitura. Viu-se obrigado a designar um delegado de polícia para isolar os doentes e colocar em rigorosa quarentena as embarcações que vinham com doentes de varíola (AZEVEDO, 1906). Contudo, em seu relatório, Azevedo foi contundente em também apontar as péssimas condições de viagem dos seringueiros “brabos” (pessoas recém-chegadas do Nordeste para a atividade extrativista) como responsáveis pela propagação de doenças e a emergência das epidemias na região. Azevedo chegou mesmo a sugerir a criação de um serviço de imigração para os seringais pelo governo federal (AZEVEDO, 1906).

A sugestão do prefeito Thaumaturgo de Azevedo era de que o serviço de migração de nordestinos para os seringais deveria ser estatizado (AZEVEDO, 1906). Cândido Mariano, por sua vez, seguia a mesma linha de raciocínio, apontando que o governo federal deveria intervir no processo de migração, garantindo condições mínimas de saúde nas embarcações. Contudo, nenhum dos dois detalhou ou realizou um esboço de como o governo federal faria essa intervenção.

Apesar desses apontamentos, o governo federal não cogitou intervir nas empresas particulares de navegação ou no processo migratório, visando à modificação das condições de viagem dos migrantes. Essa atribuição continuaria sendo dos estados onde ficavam localizados os portos pelos quais as embarcações realizavam suas escalas, ou seja, principalmente os estados do Maranhão, Pará e Amazonas. Por sua vez, a prefeitura do Alto Purus legislou sobre as precauções contra doenças epidêmicas, limitando-se a instituir o isolamento compulsório e a vacinação gratuita da população, sendo obrigatória somente para as crianças matriculadas nas escolas e servidores da prefeitura (MARIANO, 1909).

Pessoas portadoras de varíola e sarampo chegariam novamente ao extremo oeste da bacia do rio Purus em abril de 1910, provocando uma epidemia de proporções menores no baixo rio Caeté, ainda nos limites do estado do Amazonas (BRAZIL ACREANO, 1910a; (BRAZIL ACREANO, 1911). Dada a experiência de 1907, o então Diretor de Higiene do Departamento do Alto Purus, João Dourado de Cerqueira Bião, determinou a abertura de um hospital de isolamento em Sena Madureira para impedir que doentes subissem os rios Iaco e Macauã. Também foram publicados artigos nos jornais aconselhando medidas profiláticas à população de Sena Madureira, dentre elas: o asseio do corpo, roupas e habitações com o uso de creolina, formol, enxofre, alfazema, alcatrão, incenso, pó de café queimado e outros. As medidas de isolamento dos doentes vindos das embarcações rumo ao alto Iaco deram o resultado esperado, não sendo registrados casos de varíola e sarampo nesse rio e seus afluentes.

Um ano depois, os moradores dos rios Iaco e Macauã não teriam a mesma sorte. Em 1911, um novo governo estava à frente do Departamento do Alto Purus, que ainda se reorganizava após a Revolta

Autonomista no Alto Juruá, ocorrida em julho de 1910, e que teve impacto político no Purus. A Diretoria de Higiene, sob a liderança do médico Carlos da Costa Ribeiro, foi surpreendida no início de junho com a chegada a Sena Madureira dos gerentes dos seringais Riozinho e Oriente, no rio Macauã, pedindo socorro para conter uma violenta epidemia de varíola e sarampo que atingia várias propriedades nesse rio. Do alto Iaco também chegavam notícias de que a varíola fazia diversas vítimas, atingindo com intensidade os seringais Mercês, Santa Clara, Fortaleza e Curitiba (BRAZIL ACREANO, 1911).

A reação do então prefeito Godofredo Maciel foi contratar, em caráter emergencial, médicos que clinicavam na cidade dispostos a seguir em comissão para ambos os rios, e proibir a comunicação por terra de qualquer embarcação, antes de ser inspecionada pela Diretoria de Higiene no porto de Sena Madureira (O ALTO PURÚS, 1911a). A “Comissão Yaco-Macauã” foi composta pelos médicos Octávio Varella (que seguiu para o Macauã) e Samuel Uchôa (que seguiu para o Iaco), com o objetivo de isolar os doentes e aplicar a vacina antivariólica no maior número de pessoas (BRAZIL ACREANO, 1911).

A epidemia do Iaco-Macauã pode ser apontada como a pior enfrentada desde a anexação da bacia hidrográfica do Iaco ao Brasil, e uma das piores epidemias de varíola e sarampo registradas em todo o Território Federal do Acre. No Iaco, a epidemia teria começado em fevereiro, quando uma criança que vivia em uma das barracas mais distantes do seringal Mercês, com mais 14 pessoas, apresentou sintomas de varíola. Essas 14 pessoas foram contaminadas e fugiram para outras barracas, espalhando a doença no seringal Mercês e provocando a fuga em massa de seringueiros para outras propriedades, gerando um efeito dominó. Estimou-se que, nos rios Iaco e Macauã, no mínimo 32 pessoas

morreram e 100 foram infectadas (UCHÔA, 1911). A doença atingiu também a margem esquerda dos rios Acre e Xapuri, no departamento vizinho. Os seringalistas do rio Caeté, no limite do Departamento do Purus com o Amazonas, também pediram ajuda à prefeitura para conter a epidemia. A Comissão conseguiu controlar o surto por meio da vacinação, isolamento compulsório dos doentes e destruição pelo fogo das habitações dos infectados (Ibidem).

Enquanto barracas de seringueiros crepitavam ao sabor do fogo, doentes eram isolados sob a mira de rifles e antivariólicas marcavam o braço de alguns dos que viviam nas áreas mais atingidas; os médicos percebiam com maior clareza o papel das águas na propagação da varíola e do sarampo. Pelos rios transitavam os infectados vindos dos estados do Nordeste para o trabalho nos seringais entre os meses de fevereiro, março, abril e junho, período final da cheia e inicial da vazante. Era necessário um controle rígido nos grandes e pequenos portos para impedir a subida dos infectados rumo aos seringais, o que, na prática, inexistia. Essa condição fomentou novas críticas aos serviços médicos portuários de Belém e Manaus por não impedirem eficazmente a ida dos doentes para os portos do interior.

É de mister notar que o veículo da varíola a estas paragens foi a navegação, e ela só. Houve mesmo embarcação, de pequeno calado é verdade, na qual pereceu toda tripulação do terrível morbus. Outrossim, houve também seringais, cujos fabricos foram prejudicados, não só nesse Departamento como também no do Acre, ao que nos informaram (O ALTO PURÚS, 1911c, p. 1).

Frente à grande epidemia de 1911, as autoridades do Alto Purus começaram a agir no sentido de prevenir futuras crises sanitárias como a

daquele ano. Como medida de prevenção de epidemias de varíola e sarampo, a prefeitura do Alto Purus buscou o controle dos corpos em trânsito pelo rio Iaco através da regulamentação do Serviço Sanitário do Porto de Sena Madureira, em setembro de 1911. Era uma regulamentação provisória que seria colocada em prática pela Diretoria de Higiene, enquanto o governo federal não regulamentava, ele mesmo, um serviço de saúde para os portos do Território Federal do Acre (O ALTO PURÚS, 1911b). A regulamentação esperada do governo federal não ocorreu, permanecendo como responsabilidade informal das prefeituras a legislação e organização dos serviços sanitários dos portos.

Guardando algumas similaridades com outros serviços sanitários portuários, como os do Rio de Janeiro (REBELO, 2013; SANTOS, 2007), a Diretoria de Higiene do Alto Purus instituiu uma série de medidas. Dentre elas, a obrigatoriedade de visita do Diretor de Higiene a todas as embarcações que passassem pelo porto de Sena Madureira, a autoridade irrestrita do médico em interditar a embarcação, a apresentação de carta de saúde procedente dos portos de Manaus e Belém, além de registro junto à prefeitura. A visita médica começaria com as seguintes perguntas, antes de o médico entrar na embarcação: “Qual o nome do navio e reboque?”, “Procedência e dias de viagem?”, “Nome e posto do informante?”, “Portos em que tocou?”, “Tem carta de saúde?”, “Teve ou têm doentes a bordo? Quantos?”, “De que moléstias?”, “Quantos se curaram? Quantos faleceram? Quantos se acham em tratamento?”, “Em que dia depois da partida apareceu o primeiro caso de moléstia, e qual foi ela?”, “Quando teve lugar o último óbito a bordo?”, “Tem aparecido ratos mortos a bordo?”. As multas por sonegação de respostas verdadeiras a essas perguntas variavam entre 100\$000 a 500\$000 (O ALTO PURÚS, 1911b). No Departamento do Alto Purus a vigilância no porto era

realizada pelos auxiliares da Diretoria de Higiene. Entretanto, não foram encontradas fontes que indiquem como era o dia-a-dia dessa fiscalização, menos ainda indícios de multa aplicada a embarcações.

Os departamentos vizinhos também reagiram após o grande surto de varíola e sarampo de 1911. No Alto Juruá, não existia legislação sanitária em vigor em 1911, e continuou não existindo. Entretanto, o prefeito Capitão Francisco Siqueira do Rego Barros autorizou a construção de um posto de isolamento de doentes de varíola e sarampo em local distante do núcleo urbano de Cruzeiro do Sul, ficando sob a chefia do médico Joaquim Rodrigues Ferreira (FERREIRA, 1915). Já no rio Tarauacá, ambas as doenças continuariam sendo um problema para a polícia resolver. Foi construído um tapiri algumas praias abaixo de Vila Seabra, onde o auxiliar da delegacia Benjamin de Araújo e mais alguns soldados da Companhia Regional paravam as embarcações e isolavam os doentes (O MUNICÍPIO, 1911b). A medida foi autorizada pelo prefeito Rego Barros e fazia parte de um amplo acordo firmado entre o delegado Agripino Nazareth, a Companhia Regional, e 28 seringalistas e comerciantes que adquiriam os desinfetantes na Aristides Villar & Co., empresa que vendia produtos farmacêuticos e atuava em Cruzeiro do Sul (O MUNICÍPIO, 1911a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Departamento do Alto Purus permaneceu um passo à frente no sentido de prevenir novas epidemias de varíola no rio Iaco, por ter uma legislação específica voltada para o controle no porto e colocá-la em prática nos períodos de maior movimento de embarcações. Esse controle de embarcações ocorreu concomitante a excursões quase anuais

de médicos, comissionados pela prefeitura, ao alto rio Iaco para promover a vacina antivariólica. Essas medidas surtiram algum efeito até, pelo menos, 1915, não sendo registradas epidemias como as que ocorreram em 1907, 1910 e 1911.

Por outro lado, o cuidado que a Diretoria de Higiene e a prefeitura tinha com o fluxo e a presença de águas pluviais no espaço urbano foi fundamental para diminuir os casos de malária e manter a cidade como a mais salubre do território, conforme apontaria o sanitarista Carlos Chagas em relatório da expedição do Instituto Oswaldo Cruz no Vale do Amazonas em 1913. Essa condição era propagandeada pelas elites locais na esperança de manter Sena Madureira como a cidade com maiores chances de ser elevada à capital do Acre em caso de unificação do território ou de sua elevação a estado da federação (VITAL, 2018a).

Contudo, ambos os casos tornam evidentes o papel do ciclo hidrológico e da disposição hidrográfica na região na emergência de doenças epidêmicas e endêmicas, seja pela propagação de patógenos no trânsito de seringueiros nas embarcações ou por produzir o habitat ideal para os mosquitos vetores de doenças tropicais. Essa proeminência associada à exiguidade dos recursos financeiros destinados pela União para os departamentos, deixará as cidades à mercê das contingências hidrometeorológicas, apesar de todos os esforços empregados pelas prefeituras. Cheias e vazantes severas dos principais rios a cruzar a região tinham o potencial de reduzir a zero os esforços de manutenção das poucas políticas de saúde pública desenvolvidas nas cidades. Nesse sentido, o caso de Sena Madureira é emblemático: em 1915, as grandes cheias dos rios Iaco e Purus destruíram todo o aparato de hidrografia sanitária construído nos anos anteriores, desorganizaram a vigilância

de embarcações no porto, iniciando um longo ciclo de epidemias que devastaram a outrora capital saneada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A VARÍOLA no Iaco e Macauã. **Brazil Acreano**, Sena Madureira: Acervo FBN, 4 jun., 1911, p. 2.

AMARAL, Alexandre Souza. Vamos a vacina? Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904-1911). Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História Social. **Universidade de São Paulo**, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 2006.

ARNOLD, David. Introduction: tropical medicine before Manson. In: ARNOLD, David (Org.). **Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900**. Amsterdã-Atlanta: Rodopi, 1996.

AZEVEDO, Gregório Thaumaturgo de. **Segundo relatório apresentado ao exmo. sr. dr. José Joaquim Seabra, ministro da justiça e negócios interiores pelo coronel do corpo de engenheiros Gregório Thaumaturgo de Azevedo, prefeito do departamento**. Prefeitura do Alto Juruá. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906.

BADALES, Nilson Gomes. Gênese, morfologia e classificação dos solos do Baixo Vale do rio Iaco, Acre, Brasil. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em Solos e Nutrição de Plantas. **Universidade Federal de Viçosa**, Viçosa, 2005.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Superintendência de Defesa da Borracha. **Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas apresentado a S. Ex^o o Sr. Dr. Pedro de Toledo, Ministro da Agricultura, Indústria e Comércio, pelo Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz**. Rio de Janeiro: Tipografia do Jornal do Commercio, 1913.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ministro Augusto Tavares Lyra. **Relatório dos anos de 1908 e 1909 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

BRASIL. Decreto nº 5.188, de 7 de abril de 1904. Organiza o território do Acre. **Diário Oficial da União**, publicado em 8/4/1904, p. 1676 (republicação). Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5188-7-abril-1904-516300-republicacao-107275-pe.html>. Acesso em: 14 set. 2021.

BUENO, Clodoaldo. **Política externa da Primeira República: os anos de apogeu – 1902 a 1918**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BURIAN, Steven J.; EDWARDS, Findlay G. Historical perspectives in urban drainage. In: STRECKER, Eric W.; HUBER, Wayne C. (Org.). **Global solutions for urban drainage**. Portland: ASCE, 2002.

CARTEIRA local. **O Município**, Vila Seabra: Acervo FBN, 11 jun., 1911a, p. 3. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/720658/per720658_1911_00037.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestilizados: o Rio de Janeiro e a república que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

DIRETORIA de Higiene. **O Alto Purús**, Sena Madureira: Acervo FBN, 11 jun., 1911a, p. 4. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/214248/per214248_1911_00153.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

FARLEY, John. **Bilharzia: a history of imperial tropical medicine**. Cambridge: University Press, 1991.

FERREIRA, Joaquim Rodrigues. Relatório apresentado ao exmo. sr. capitão Francisco Siqueira do Rego Barros, prefeito deste departamento. In: MARIANO, Cândido José. **Relatório apresentado ao exmo. sr. ministro da justiça e negócios interiores pelo capitão Francisco Siqueira do Rego Barros, prefeito do Departamento do Alto Jurua relativo ao segundo semestre de 1913**. Prefeitura do Alto Jurua. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1915.

HIGIENE pública. **Brazil Acreano**, Sena Madureira: Acervo FBN, 7 mai., 1910a, p. 1.

HUMPHREYS, Margaret. **Malária: poverty, race, and public health in the United States**. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 2001.

JÁCOME, Epaminondas. **Relatório apresentado pelo Sr. intendente Dr. Epaminondas Jacome ao conselho municipal de Rio Branco em sua reunião extraordinária a 15**

de novembro de 1915. Intendência Municipal de Rio Branco. Rio Branco: Tipografia do Autonomista, 1915.

LIBÂNIO, Samuel; LIBÂNIO, Cândido. Diretoria de higiene: relatório apresentado pelo diretor de higiene ao exmo. sr. dr. prefeito do departamento. *In:* MARIANO, Cândido José. **Relatório apresentado ao exmo. Sr. Dr. Augusto Tavares de Lyra, ministro da justiça e negócios interiores, pelo prefeito do Departamento Dr. Cândido José Mariano concernente ao ano de 1908.** Prefeitura do Alto Purus. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

LIMA, Esperidião de Queiroz. **11 anos na Amazônia.** Manaus: Governo do Estado do Amazonas, 1966.

MACHADO, Lia Osório. O Controle Intermitente do Território Amazônico. **Revista Território**, v. 1, p. 19-32, 1997.

MARIANO, Cândido José. **Primeiro relatório anual: apresentado ao exmo. sr. dr. José Joaquim Seabra, ministro da justiça e negócios interiores, pelo bacharel em matemática, ciências físicas e naturais, engenheiro militar Cândido José Mariano, prefeito do departamento.** Prefeitura do Alto Purus. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1906.

MARIANO, Cândido José. **Relatório apresentado ao exmo. sr. dr. Augusto Tavares de Lyra, ministro da justiça e negócios interiores, pelo prefeito do Departamento Dr. Cândido José Mariano concernente ao ano de 1908.** Prefeitura do Alto Purus. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1909.

OSBORNE, Michael A. Resurrecting Hippocrates: hygienic sciences and the french scientific expeditions to Egypt, Morea and Algeria. *In:* ARNOLD, David (Org.). **Warm climates and western medicine: The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900.** Amsterdã-Atlanta: Rodopi, 1996.

PANPLONA, Marco A. **Revoltas, repúblicas e cidadania.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2003.

POSTO policial. O Município, Vila Seabra: Acervo FBN, 4 jun., 1911b, p. 3. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/720658/per720658_1911_00036.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.

RANZI, Cleusa Maria Damo. **Raízes do Acre.** Rio Branco: EDUFAC, 2008.

- REBELO, Fernanda. Entre Carlos 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 e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 765-796, 2013.
- RODRIGUES, José Leôncio. Relatório sobre atividades como chefe do serviço sanitário da prefeitura. **Jornal Oficial: Órgão da Prefeitura do Tarauacá**, Vila Seabra, p. 1, 21 jan., 1917.
- SANTOS, Myriam Sepúlveda dos. Lazareto da Ilha Grande: isolamento, aprisionamento e vigilância nas áreas de saúde e política (1884-1942). **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1176-1196, 2007.
- SAÚDE do Porto: Regulamento do Serviço Sanitário do Porto. **O Alto Purús**, Sena Madureira: Acervo FBN, 22 out., 1911b, p. 3. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/214248/per214248_1911_00172.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.
- SAÚDE pública. **O Alto Purús**, Sena Madureira: Acervo FBN, 29 out., 1911c, p. 1. Disponível em: http://memoria.bn.br/pdf/214248/per214248_1911_00173.pdf. Acesso em: 14 set. 2021.
- SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- UCHÔA, Samuel Domingues. Relatório apresentado ao Dr. Carlos da Costa Ribeiro, mui digno Diretor de Higiene, no dia 10 de agosto pelo Dr. Samuel Uchôa delegado de higiene em Comissão. **O Alto Purus**, Sena Madureira, p. 2-3, 17 set., 1911.
- VARÍOLA. **Brazil Acreano**, Sena Madureira: Acervo FBN, 7 mai., 1910b, p. 2.
- VITAL, André Vasques. Carlos Chagas na "guerra dos rios": a passagem da comissão do Instituto Oswaldo Cruz pelo rio Iaco (Alto Purus, território federal do Acre, 1913). **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 51-68, 2018a.
- VITAL, André Vasques. Lapis Lazuli. Politics and aqueous contingency in the animation Steven Universe. **Series – International Journal of TV Serial Narratives**, v. 4, n. 1, p. 51-62, 2018b.
- VITAL, André Vasques. O poder contingente do rio Iaco no Território Federal do Acre (1904-1920). **Revista Brasileira de História**, v. 39, n. 81, p. 25-46, 2019.

VITAL, André Vasques. Water, gender, and modern science in the Steven Universe Animation. **Feminist Media Studies**, v. 20, n. 8, 1144-1158, 2020.

WORBOYS, Michael. Germs, malária and the invention of mansonian tropical medicine: from “disease in the tropics” to “tropical diseases”. In: ARNOLD, David (Org.). **Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900**. Amsterdã-Atlanta: Rodopi, 1996.

3

PARALELO ENTRE A PANDEMIA DO COVID-19 E A GRIPE ESPANHOLA: A AÇÃO DOS MISSIONÁRIOS REDETORISTAS NO COMBATE AO SURTO DE 1918 EM GOIÁS

Paulo Afonso Tavares

INTRODUÇÃO

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde – OMS declara oficial a pandemia do novo coronavírus, agente patogênico surgido na província chinesa de Wuhan em meados de novembro de 2019. Dentre as consequências da epidemia, estão as constantes transformações sociais e econômicas vividas diariamente em qualquer lugar do planeta desde a ascensão da doença, eventos que se assemelham ao ocorrido durante o surto de gripe espanhola.

Originada em 1918, de acordo com estudos recentes, provavelmente nos Estados Unidos, e exportada para o restante do globo através dos militares convocados a lutar na Primeira Guerra Mundial, a influenza H1N1 infectou o planeta inteiro, ceifou, de acordo com as estimativas mais aceitas, por volta de 50 milhões de vidas, causou o colapso do sistema de saúde e funerário no mundo inteiro. Dessa forma, é considerada a patologia mais mortal a acometer a humanidade em toda a história.

Nesse sentido, procedeu-se uma pesquisa bibliográfica, com base na literatura científica disponível acerca das pandemias de gripe espanhola e do novo coronavírus, a fim de relatar, sob a ótica histórica, o

desenvolvimento da gripe espanhola na província brasileira de Goiás, com foco nas atividades de combate à influenza realizadas pelos Missionários Redentoristas em 1918 e a subsequente recuperação do carisma de cargo dos clérigos alemães, responsáveis pelo salvamento de milhares de vidas através da figura do médico-padre. Este artigo foi inspirado pelos trágicos eventos da pandemia de SARS-COV-2 e as semelhanças entre os surtos. Para isso, são propostas as seções: Paralelo entre a pandemia da gripe espanhola e o novo coronavírus; A gripe espanhola no Brasil e no estado de Goiás; A atuação dos Missionários Redentoristas no combate à gripe espanhola em Goiás.

1 PARALELO ENTRE A PANDEMIA DA GRIPE ESPANHOLA E O NOVO CORONAVÍRUS

No último ano da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), militares adoeceram no mundo inteiro em virtude de uma patologia nova, conhecida como “gripe espanhola”. Em sua pesquisa, Kind e Cordeiro (2020) estimam que o vírus tenha surgido no estado do Kansas, nos Estados Unidos, e se espalhado em consequência da guerra, isso porque milhares de soldados americanos foram convocados a lutar em diferentes países, acelerando exponencialmente a infecção da influenza.

O vírus H1N1 foi capaz de contaminar cada território, exceto algumas áreas insulares, como Nova Guiné, Santa Helena e ilhas do Pacífico. Em virtude disso, a estimativa de óbitos em dois anos totaliza ao menos 50 milhões de mortos (CORRÊA; PANIAGUA, 2020). Acerca dos sintomas da gripe, Bertolli Filho (1989, p. 88) descreve:

Sintomas de calafrios, sensação de frio, febre, dores de cabeça, prostração intensa e dores musculares, principalmente nas costas, ombros e pernas, a

temperatura do enfermo pode chegar até a 40° centígrados e persistir alta de um a seis dias (...) São notadas alterações no aparelho respiratório, tais como dores de garganta, catarro nasal e tosse, existia a forma benigna da doença não colocando a vida do enfermo em perigo e as infecções secundárias, colocando-se em risco a vida do enfermo, principalmente quando ocorrem complicações por pneumonia bacteriana, fato que pode levar o gripado a óbito dentro de um período geralmente não superior a 48 horas.

Para Kind e Cordeiro (2020), o termo “gripe espanhola” foi cunhado erroneamente de maneira proposital. Especificamente, os autores presumem que as nações envolvidas na guerra teriam se aproveitado da cobertura midiática espanhola acerca da influenza para atribuir a outrem sua origem, de maneira que alcunha pejorativa permanece até a atualidade¹.

Dentre as outras denominações apontadas na pesquisa, Kind e Cordeiro (2020) citam “ciclone maldito”, “flagelo”, “hecatombe”, “terrível mal”, “moléstia” e “epidemia nefasta” como sinônimos para essa patologia virulenta, que acometeu o globo por um período de quase dois anos. Ademais, os autores ensinam que o surto se deu em três ondas: a primeira foi a curta e branda (março a julho de 1918); a segunda foi a mais infecciosa, bem como a mais mortal (agosto de 1918 a janeiro de 1919); por fim, a terceira começou em fevereiro de 1919 e se dissipou gradualmente, chegando a durar até 1920 (KIND; CORDEIRO, 2020).

Ainda de acordo com os autores, a influenza ceifou vidas brasileiras pela primeira vez no Senegal. Em 1918, médicos tupiniquins atendiam soldados no navio La Plata, em Dakar, evento que resultou em 156 mortes. Quanto ao Brasil, per se, o contágio se deu pelo navio inglês

¹ Em virtude disso, a Organização Mundial da Saúde optou por não denominar patógenos e suas variantes com o local de origem da doença, a fim de evitar esse tipo de preconceito.

Demerara, que aportou em grandes cidades como Rio de Janeiro, Salvador e Recife, criando inúmeros novos focos de infecção.

Conquanto o número de mortes aumentava, o governo brasileiro optou por diminuir a gravidade da mazela, passando a desinformar a população, sob o argumento de ser “só uma gripe”. Dessarte, Goulart (2005, p. 102) ao estudar o tema, afirma que o vírus foi tratado “com des-caso e em tom pilhérico, até mesmo em tom de pseudocientificidade ilustrando um estranho sentimento de imunidade face à doença”.

Por outro lado, os especialistas da saúde lutavam batalhas teóricas quanto à origem da peste, sintomática e tratamentos. Somado a isso, os insumos e medicamentos eram insuficientes, as pesquisas eram lentas e a comunidade médica não possuía quaisquer recursos para tratar a patologia.

A imprensa brasileira comunicava nos jornais sobre o vírus incessantemente, conquanto 65% dos brasileiros eram analfabetos à época (BRAGA; MAZZEU, 2017). Em virtude disso, o povo não possuía acesso às medidas sanitárias ou ao debate incansável na mídia impressa.

Numa época em que não existia rádio e nem televisão, o jornal impresso era o principal veículo de comunicação fórum privilegiado de discussão pública sobre a “espanhola”. Os jornais registravam as cenas do cotidiano alterados pela pandemia, traziam estatísticas sobre os contaminados e mortos, apresentavam o debate da comunidade médica e das diferentes forças políticas. Também veiculavam as prescrições sanitárias governamentais e as práticas adotadas pela população para conter a doença (KIND; CORDEIRO, 2020. p. 5).

Dentre as populações hipervulneráveis, estavam os homens e mulheres negros, libertos sem quaisquer direitos ou garantias sociais, sem acesso a empregos ou benefício da administração pública,

marginalizados pela maioria branca e com poucos recursos para prover às suas famílias (Ibidem). Nesse sentido, ensinam os pesquisadores:

Esta alta taxa de óbitos atingiu especialmente os mais pobres, moradores de cortiços, vilas operárias e comunidades, com maior letalidade da faixa-etária de 20 a 40 anos. Christiane Cruz de Souza (2005), examinando dados de Salvador, sintetiza as características socioeconômicas da população atingida: “acossada pela carestia, abatida pela fome, desalojada pelas reformas urbanas (aglomerada em lugares mal arejados, úmidos e escuros) e alquebrada por epidemias precedentes” (SOUZA, 2005, p. 92 apud KIND; CORDEIRO, 2020, p. 6).

Pessoas em idades aptas ao trabalho, eram as que saíam mais às ruas, que enfrentavam em condições precárias uma pesada e prolongada jornada de trabalho. Tal situação tornava estas pessoas vulneráveis ao contágio e ao óbito prematuro (BASSANEZI, 2014, p. 84).

Dentre as consequências do surto pandêmico, capitais estaduais como São Paulo e Rio de Janeiro experienciaram o colapso do sistema funerário. À época, cadáveres eram abandonados em via pública, pois os cemitérios estavam superlotados (CASTRO, 2019). Como medida sanitária, as prefeituras passaram a promover a abertura de valas comunitárias, assim, inúmeros cadáveres eram sepultados lado-a-lado. João Paulo Martino (2017) ensina que, dentre as medidas tomadas pelas administrações municipais, carpinteiros foram contratados exclusivamente para a fabricação de caixões, cemitérios funcionavam dia e noite e os ritos funerários foram proibidos.

Gustavo Matta (*et al.*, 2020), ao descrever a pandemia de gripe espanhola no Brasil, observa o fenômeno da naturalização da morte, definida como a normalização de mortes consideradas previsíveis, seja de idosos ou pessoas não consideradas “saúdáveis”. A respeito do tema,

Rodrigues (2006) relaciona o processo à análise quantitativa dos óbitos. Sob outra ótica, Sontag (1990), entende a contagem das vítimas como essencial, sendo importantes para a compreensão da magnitude da peste, *in verbis*, “em todas as epidemias de natureza infecciosa, a epidemia é equivalente ao número de casos tabulados”.

Quanto às consequências do surto de influenza de 1918, Goulart (2005) observa que a escassez acometeu a capital da República, Rio de Janeiro. Dentre os recursos faltantes, estavam remédios, alimentos, atendimento médico e até mesmo leitos. Da mesma maneira observou Luiz Henrique Torres (2009), que ao estudar a pandemia e as dificuldades na contenção do surto na cidade de Porto Alegre, cita uma matéria acostada ao jornal *Echoes do Sul*:

O aspecto da cidade é desolador. A maioria do comércio fechado, como a maioria das farmácias, das padarias e casas de comestíveis. Muitos desses estabelecimentos são servidos por mulheres que ali estão pelos seus maridos convalescentes. Pelas ruas cruza de instante a instante ou um enterro ou um caixão vazio na cabeça de um preto cambaleante e que vai para esta ou aquela casa para dali sair daí a pouco com um cadáver de gripado. Os que têm acompanhamento, e esse não raro reduzido, seguem muito adiante, enquanto as pessoas do préstito, taciturnas, cabisbaixas, a pé, vão pelo passeio. É desolador. Quase todas as casas têm as portas semicerradas (Torres, 2009, p. 97).

Mais de um século depois da gripe de 1918, a pandemia do novo coronavírus também transformou o mundo. Detectado em 30 de dezembro de 2019, estima-se que o SARS-COV-2 teria surgido em novembro do mesmo ano, na província chinesa de Wuhan. A sintomática ocasionada por essa variante chamou a atenção da comunidade científica, por atacar o sistema respiratório por meio de uma infecção aguda e grave;

além disso, a China já enfrentou duas epidemias de outras variantes de coronavírus, conhecidas como SARS e MERS, dessarte, a simples menção do surgimento de uma nova cepa do patógeno colocou o sistema de saúde chinês imediatamente em alerta.

Em virtude disso, o governo da China instituiu imediatamente medidas sanitárias como: bloqueio de cidades, quarentena, uso obrigatório de máscaras e a criação de hospitais de campanhas dedicados exclusivamente ao combate à COVID. Conquanto todos os esforços dispostos, em 30 janeiro de 2020, a variante já era uma emergência sanitária internacional (SOUSA JÚNIOR; *et al.*, 2020).

Nesse sentido, apesar das práticas de contenção, o vírus se espalhou pelo globo, sendo classificado como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 (EBC, 2020). Mais de um ano depois, o cenário é quase o mesmo. No Brasil, malgrado a subnotificação, foram computados mais de 18 milhões de casos confirmados e 511 mil óbitos em virtude da infecção (CSSEGISANDDATA, 2021).

Dentre os motivos para a confecção desse cenário, destaca-se que a doença do coronavírus pode ser assintomática. Isso, somado à transmissão por via aérea, resulta em um rápido contágio dentre pessoas que sequer possuíam sintomas da patologia. Além disso, outro perigo do coronavírus é sua transmissibilidade entre humanos e animais silvestres, isto é, o contágio não necessariamente precisa se dar de humano para humano (CHAVES; BELLEI, 2020). Da mesma maneira, a cultura chinesa estimula o consumo de animais frescos, isto é, recém abatidos, facilitando ainda mais o contágio. Acerca disso, dispõem Chaves e Bellei (2020, p. 2):

(...) grande interface entre humanos e animais selvagens, além do consumo desses animais para alimentação do homem. A cultura alimentar chinesa sustenta que os animais vivos abatidos são mais nutritivos, e a prática desta crença pode contribuir para a transmissão de patógenos, como os vírus.

Dessarte, uma das principais complicações enfrentadas no tratamento do coronavírus, tem-se também a possibilidade do colapso dos sistemas de saúde, o que se dá pela rápida infecção, adido o período estendido de internação (21 dias em média (AMIB, 2020)) resultam em um alto índice de óbitos, configurando um esgotamento sanitário e funerário, remontando o cenário observado em 1918.

Conquanto tenha se passado mais de um século, o governo federal brasileiro optou por novamente diminuir a gravidade de uma mazela mortal e altamente infecciosa, deixando as populações mais frágeis completamente desamparadas. Ao abordar o tema, Jair Leão (2020) conclui que a atual crise sanitária e econômica é a maior da história, e atribui à negligente gestão da administração pública a popularização das *fake news* acerca do SARS-COV-2, isso porque o presidente brasileiro teria endossado inúmeras informações falsas, incitando a descrença popular quanto às disposições da OMS, pois essas eram no sentido do isolamento social, bem como do *lockdown*.

Em consequência disso, malgrado os esforços altruístas dispostos pelos profissionais da saúde brasileiros, até o presente momento (junho de 2021), a contagem diária de óbitos ultrapassa os dois mil, enquanto a população completamente imunizada totaliza meros 11%. Nesse sentido, a péssima gestão da pandemia rendeu à nação uma péssima reputação internacional. Em março de 2021, a emissora BBC News expressou a indignação popular na manchete “COVID: Bolsonaro diz aos brasileiros para ‘pararem de choramingar’ enquanto as mortes aumentam”. A

matéria discorre quanto à origem e transmissão da variante “P1”, ou “Gama”, provavelmente surgida em Manaus e responsável pelo pico de mortes observado no país, além disso, aborda o descaso do presidente da república ao menosprezar o óbito em massa de brasileiros e o possível colapso do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra semelhança entre as pandemias é a negligência da administração pública quanto às populações vulneráveis. Em sua pesquisa, Fabiana Ribeiro e Anja Leist (2020. p. 2, tradução nossa) concluíram que aglomerações como comunidades são mais expostas à contaminação, isto é, “os grupos marginalizados que apoiam a elite da sociedade brasileira serão as possíveis vítimas do Covid-19, que representam trabalhadores informais ou aqueles em serviços essenciais”. Ainda,

Elas se situam em conjunturas econômica, políticas e sociais distintas, há similitudes entre a “espanhola” e a Covid-19. Ambas vitimaram milhares de pessoas, especialmente os setores mais pobres da população, houve suspensão de cerimônias fúnebres, adoção de isolamento social e paralisação de atividades produtivas. Nas duas, ocorreram intenso debate público sobre a doença, a morte, as formas de contaminação e as medidas governamentais adotadas (Ibidem).

Por outro lado, dentre as principais discrepâncias entre os surtos, é possível observar que a influenza H1N1 se mostrou mais fatal em jovens, comumente militares, que exportaram o vírus de volta aos seus países de origem durante o último ano da guerra.

No entanto, a infecção causada pela COVID-19 é oportunista e apresenta maior infectividade e morbidade em idosos e pessoas portadoras de comorbidades (hipertensão, asma, obesidade, insuficiência cardíaca, diabetes, entre outras), porém, com a ascendente taxa de vacinação nesses grupos, a mortalidade tende a rejuvenescer.

Outra diferença importante é o pouco acesso às notícias durante a pandemia de influenza em relação à atual comunicação instantânea, que apesar de eficaz, espalha notícias forjadas e pseudociências, dificultando a transmissão de informações. Nesse sentido, Sousa Júnior (*et al.*, 2020) observam que a maior parte dos esforços para a contenção do COVID-19 vão no sentido do compartilhamento de conhecimentos acerca da prevenção, isto é, a educação para saúde. Isso se dá, pois, é difícil compreender que até o presente momento não existe nenhum medicamento para o tratamento da infecção, bem como as vacinas são limitadas à regulamentação governamental, o que causa estranheza para muitos cidadãos, que prefeririam apenas adquirir sua imunização num laboratório de confiança (*Ibidem*). No caso brasileiro, o próprio governo apresenta posicionamentos conflitantes, enquanto uma parte da população se aproveita do medo para propagar *fake news*.

2 A GRIPE ESPANHOLA NO BRASIL E NO ESTADO DE GOIÁS

A notícia da epidemia chegou ao estado de Goiás em meados de outubro de 1918 por meio da mídia impressa, que relatava os surtos em outras cidades brasileiras. Quanto à chegada do vírus em si, estima-se que os primeiros goianos foram contaminados em novembro, através da estrada de ferro, infectando cidades à via ferroviária, como Ouvidor, Ipameri, Urataí, Goiandira, Catalão e Roncador. Acerca da chegada do patógeno ao Goiás, ensina Eliézer Oliveira (2006, p. 164-165):

O automóvel e o trem-de-ferro, juntos, foram responsáveis pela ‘reintegração de Goiás à economia nacional’. No entanto o que quase ninguém nota é que as estradas de ferro e rodagem facilitaram a transmissão da gripe espanhola no Estado. Houve festas grandiosas com a chegada dos trilhos da

estrada de ferro em Ipameri em 1913; certamente ninguém imaginou que esta mesma ferrovia, três anos depois, traria a mortífera epidemia, fonte de dor e sofrimento.

Apesar da presença do vírus na província, a Cidade de Goiás não foi imediatamente infectada, graças aos esforços combinados das administrações estadual e municipal, que através da Inspetoria de Higiene da Cidade de Goiás, implementaram o cordão sanitário, técnica que atrasou a chegada da pandemia à capital por meio de medidas de isolamento social, resultando em aproximadamente dois meses de discrepância no ciclo da infecção.

É consenso que o povo de Goiás já tinha sido informado de uma nova influenza na capital da República, por outro lado, há discordância quanto a via de comunicação utilizada pela população goiana para se informar acerca da gripe e conseqüentemente tomar as devidas medidas de prevenção.

Os jornais da Cidade de Goiás comunicavam um surto viral na capital da República e alguns casos em São Paulo. Entretanto, apesar dessas matérias, nada indicava que o patógeno se aproximava da capital goiana. Uma das poucas reportagens publicadas acerca da H1N1 relatava um pequeno surto na cidade mineira de Araguari, próxima à Catalão/GO.

Para Leandro Damacena Neto (2011), mesmo que poucos veículos comunicassem casos fora do Rio de Janeiro, o fluxo de jovens universitários de classe média-alta que transitavam entre a Cidade de Goiás e a capital federal seria uma via mais expressiva de transmissão de informação, pois esses estudantes voltavam para Goiás a fim de visitar suas famílias. Além disso, os telegramas trocados entre goianos e familiares

no Rio de Janeiro poderiam ser outra forma de comunicação da gripe. Nesse sentido, o autor transcreve uma coluna do Jornal “O Democrata”:

Que Goiás foi uma das últimas unidades do Brasil atingidas pela influenza espanhola. Assim, quando a terrível epidemia veio bater à nossa porta, já encontrou a população mais ou menos aparelhada para dar-lhes combate eficientemente. Em consequência desse facto, a cifra de óbitos até agora registrada em todo o Estado é relativamente diminuta (DAMACENA NETO, 2011, p. 15).

Ainda, de acordo com o autor, da literatura é possível extrair que muito provavelmente a influenza já teria infectado o interior goiano a essa altura e estaria rumando à Cidade de Goiás, sendo contida pelo cordão sanitário e pelos esforços da população. Entretanto, apesar das práticas de prevenção, a gripe se espalhou pelo estado, apresentando letalidade baixa em relação às outras províncias brasileiras. O atraso na infecção em território goiano se deu porque as autoridades ouviram a população, previamente informada do surto, e em conjunto com os cidadãos tomaram medidas proativas de prevenção.

Assim, a demora na transmissão resultante das práticas de isolamento propostas pela administração goiana proporcionou aos cidadãos da capital tempo de preparação para a influenza. Dessarte, medidas mais drásticas como a proibição de aglomerações, incluindo aulas e ritos funerários, foram aceitas pela população, já conscientizada e apta a enfrentar o “cotidiano epidêmico” (DAMACENA NETO, 2011).

3 A ATUAÇÃO DOS MISSIONÁRIOS REDENTORISTAS NO COMBATE À GRIPE ESPANHOLA EM GOIÁS

A Congregação do Santíssimo Redentor, também conhecida como Congregação Redentorista, foi fundada por Santo Afonso Maria de Ligório, no dia 9 de novembro de 1732, em Scala, no sul da Itália, sendo aprovada pelo Papa Bento XIV, em 25 de fevereiro de 1749. A missão dos Redentoristas é a evangelização dos mais abandonados pela igreja e sociedade. Os religiosos possuem como lema, *Copiosa Apud Eum Redemptio*, que significa, “Com Ele há Copiosa Redenção”.

No final do século XIX, os Missionários Redentoristas passaram a ser perseguidos na Alemanha durante a *Kulturkampf*², isso porque o catolicismo era visto como ameaça à pureza da cultura alemã e preconizado por ser um grupo religioso proveniente de outra nação. Dessarte, em 1873, o chanceler alemão Otto Von Bismarck promulgou um pacote de medidas que expulsava congregações católicas em territórios germânicos. Só ao fim desse regime o país voltou a permitir congregações católicas, especificamente em 1894, sendo que os Redentoristas aceitaram o convite brasileiro no mesmo ano, instalando-se nos estados de Goiás e São Paulo, para administrarem os santuários do Divino Pai Eterno e de Nossa Senhora Aparecida.

Os religiosos gozavam de grande prestígio nos sertões de Goiás. Contudo, em virtude da Primeira Guerra Mundial, as relações entre germânicos e brasileiros foram estremecidas, mormente após a declaração de guerra contra a Alemanha em 26 de outubro de 1917, sendo

² Também chamada de Luta Cultural Alemã, é definida por Robson Gomes Filho e Lorrany Silva (2016) como um conjunto de práticas do Estado Alemão a fim de impedir o progresso da Igreja Católica na Alemanha, com base no argumento de que o caráter estrangeiro da religião oferecia perigo à supremacia nacional.

popularizado práticas truculentas contra imigrantes alemães, sendo comum a violação de direitos pessoais como confisco de cartas, por exemplo (GOMES FILHO; SILVA, 2016). Dessarte, os missionários residentes no Brasil eram frequentemente hostilizados, sendo necessária inclusive a proteção policial de suas moradias, como no trágico apedrejamento ao convento paulista de Aparecida em 04 de novembro de 1917. Quanto a essas práticas, Gomes Filho e Silva (2016, p. 5) afirmam:

A Alemanha era então considerada inimiga devido ao fato do Brasil apoiar a chamada “causa aliada”, na qual a França era o país que recebia mais apoio da população. Logo, a elite brasileira tinha mais proximidade com os princípios franceses, especialmente por sua formação e proximidade histórica. Assim que eclodiu a guerra ocorreu uma união dos intelectuais brasileiros em prol dos Aliados, e os noticiários da imprensa estavam incumbidos de formar a opinião do senso comum. Era corriqueiro a publicação de artigos que objetivavam conspurcar os alemães.

No estado de Goiás, especificamente, não há relatos de violência contra a honra ou integridade física dos religiosos alemães. Nesse sentido, Gomes Filho e Silva (2016) sintetizam os principais inimigos políticos da Igreja Católica a espíritas, protestantes e à maçonaria, importante organização à época, que gozava de considerável influência política. Dessarte, doutrinam os autores que alguns preconceitos iam no sentido de que a Alemanha oferecia perigo ao resto do mundo, especificamente relacionam conceitos como “perigo alemão” e “pangermanismo”, que fazem alusão a um possível plano alemão de dominação mundial e supremacia em relação às outras nações do globo.

Conquanto o cenário de tensão consagrado entre populares e imigrantes germânicos, ainda em 1918 os conflitos foram postos de lado quando a gripe espanhola passou a provocar óbitos intermináveis.

Nesse contexto, os Missionários Redentoristas, há pouco maltratados pela população, passaram a executar um trabalho impecável na contenção do vírus, através da figura do “Padre Médico”.

Os missionários não só prestavam auxílio religioso como construíam hospitais temporários, distribuíam medicamentos e prestavam atendimento médico, a fim de prevenir mortes e conter a doença. Ao encontro disso estão os relatos da Casa da Penha, em São Paulo, dos Redentoristas, acostados à pesquisa de Gomes Filho e Silva (2016, p. 14):

Dentro de poucos dias, a maioria dos moradores de nossas paróquias caiu doente. Muitos deles corriam risco de morrerem privados de qualquer socorro. Diante disso, abrimos às pressas dois hospitais provisórios: para os homens, no grande prédio onde funcionavam as escolas públicas; para as mulheres e crianças, nas escolas particulares das Irmãs Vicentinas. Cada dia eram levados para lá os que estavam em piores condições. O governo cedeu-nos automóveis e assim pudemos socorrer os que precisavam de auxílio corporal e espiritual. Por ocasião da visita aos doentes, deixávamos vales com os quais eles podiam conseguir mantimentos e remédios por conta do governo.

Foram inúmeros os atendimentos realizados pelos religiosos, bem como doações e outras ações de contenção da patologia, conforme pode se extrair de outros registros acostados nas crônicas da Casa da Penha/SP, que no período compreendido entre 24 de outubro e 2 de dezembro foram feitas 1.328 visitas a pacientes enfermos; 3.438 socorros a domicílio foram prestados; 3.813 cidadãos doentes visitados; 1.158 atendimentos médicos foram realizados; 1.499 vales de alimentos foram distribuídos; 690 vales de medicamentos; e mais de 1000 refeições (Ibidem, p. 15).

Conquanto os números da influenza no estado de Goiás foram menores que no restante do país, os goianos também receberam auxílio dos Redentoristas. No interior goiano, os religiosos passaram a exercer funções sanitárias, cuidando dos pacientes, prescrevendo receitas e distribuindo medicamentos, resultando na alcunha do “Padre Médico”. Acerca disso, o Padre José Francisco Wand escreveu um telegrama, em 17 de janeiro de 1919, ao seu superior Padre João Batista Kiermeier:

Ouvi dizer que na capital existem mais de 1500 casos de gripe e que o povo se está retirando de lá por falta de alimentos. Em Goiabeiras morreram 4 pessoas, em Ribeirão há quase todos os dias um enterro. Aqui pode morrer ainda uma outra pessoa em consequência da recaída; tive uns 8 a 10 casos graves em cujo tratamento fui muito feliz. Passo cada dia umas 5 ou mais horas na cidade. O povo da roça vai atrás de mim; chegando em casa, já me esperam 5 ou 6 pessoas que me querem consultar ou pedir remédio. Estou em apuros. Felizmente está aqui a doença em declínio. [...] Hoje veio uma carta de Trindade em que Antônio Batista pede por amor de Deus de eu ir lá e tratar os doentes, principalmente os pobres sem recurso. Deve ter uns 100 doentes e sempre aumenta o número (GOMES FILHO; SILVA, 2016, p. 15).

Dessa forma, os Redentoristas atuaram no combate à influenza H1N1 durante o período compreendido entre 1918 e 1919, como se fossem médicos. Nos sertões de Goiás, suas atividades eram essenciais, pois os Redentoristas distribuíam mantimentos e materiais sanitários às pessoas mais vulneráveis do estado. Dessarte, os relatos das ações dos missionários nas cidades goianas esclarecem que eles contribuíram com suprimentos de toda espécie, especialmente leite para as famílias mais carentes (Ibidem). Por causa disso, pessoas migravam de locais longínquos até a casa dos Redentoristas para pedirem comida, auxílio espiritual ou medicamentos. Relatam também que na cidade de

Campinas, em Goiás, os religiosos ensinaram aos populares métodos de higiene e limpeza a fim de estimularem cuidado e prevenção de doenças.

Assim sendo, é possível observar na literatura que sem a atuação dos Redentoristas, o sistema de saúde pública brasileiro provavelmente teria colapsado. Dessa forma, apesar do impressionante número de mortes, os clérigos deixaram de sofrer ataques, o que modificou completamente a estima da congregação.

No ano seguinte, em 1919, a influenza passou a perder força no Brasil. Em sua pesquisa, o historiador Eliézer Oliveira (2005, p. 6) afirma que a doença desapareceu da mesma forma que surgiu, abruptamente. Acrescenta que os missionários não pouparam recursos para acudir àqueles que há pouco ameaçavam sua integridade física e moral por meras questões políticas.

Essas ações altruístas renderam à congregação muito prestígio dentre os populares. Nesse sentido, o Padre Estevão Maria Heigenhauer, *in verbis*: “Nunca houve na Penha tanto respeito e tanta veneração por nós: ninguém passa sem de longe cumprimentar” (GOMES FILHO; SILVA, 2016, p. 16). O sacerdote alemão acrescenta:

Nós padres somos tudo: enfermeiros, carregadores de caixões, médicos administradores dos sacramentos, distribuidores dos vales de mantimentos, medicamentos, leite. Hoje organizamos um hospital no Grupo. Assim em toda a cidade. O presidente (do Estado) disse ao Arcebispo: A Cruz Vermelha fracassou... O governo entregou tudo ao clero. Tudo vai pelas mãos do padre. O padre visita o doente, manda vir o médico (que não vai sem ser chamado pelo padre), manda aviar os remédios, distribui os cales, manda vir os caixões mortuários (no Salão de S. Geraldo está o depósito dos caixões que hoje consegui do sr. Arcebispo). (...) Assistimos a um verdadeiro triunfo da Igreja. Todos reconhecem (*ibidem*).

Isso configura o que os autores denominam como recuperação do “carisma de cargo”, conceito criado por Max Weber, que pode ser definido como um tratamento prestigioso automático e inerente a uma profissão ou cargo com muita estima.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo comparar as pandemias de 1918 e de 2019, com foco principal no surto de influenza H1N1 em Goiás, e as ações dos Missionários Redentoristas alemães no combate à gripe, imprescindíveis para as taxas de morbidade diminutas observadas na província goiana. Em virtude disso, foi proposta uma pesquisa bibliográfica acerca da epidemia de 1918, do novo coronavírus e da história das missões redentoristas.

Destarte, é possível extrair da literatura que os eventos que levaram à destruição da reputação dos clérigos alemães são puramente políticos, isso porque o preconceito surgiu de um sentimento nacionalista originado nos conflitos internacionais, não havendo quaisquer relações entre esses acontecimentos e a Congregação. Assim, apesar do “carisma de cargo” inerente à função religiosa dos sacerdotes, os missionários sofreram ataques à sua integridade física e moral, como por exemplo, no ataque ao Convento Paulista de Aparecida.

Contudo, apesar do pouco apoio oferecido aos clérigos alemães à época, os Redentoristas foram capazes de reconquistar a admiração e prestígio junto ao povo brasileiro, graças a suas ações como “Padres Médicos” durante a pandemia de 1918, evitando o óbito de inúmeros cidadãos. Isso, pois, o governo do Brasil, estava desenganado pela Cruz Vermelha. Nesse sentido, diante do sofrimento da população, os

redentoristas agiram como se agentes de saúde fossem. Essas ações de combate à gripe promovidas pelo clero foram imprescindíveis para a população do Estado de Goiás durante o período.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMIB. AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. **AMIB**, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.
- BASSANEZI, Maria Sílvia C. Beozzo. Uma trágica primavera. A epidemia de gripe de 1918 no estado de São Paulo, Brasil. In: BAENINGER, R. & DEDECCA C.S (Orgs.). **Processos migratórios no estado de São Paulo: estudos temáticos**. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2013.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. Epidemia e Sociedade: a gripe espanhola no Biblos. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História Social. **Universidade de São Paulo**, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Rio Grande, 1989.
- BRAGA, Ana Carolina; MAZZEU, Francisco José Carvalho. O analfabetismo no Brasil: lições de história. **Revista online de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 21, n. 1, p. 24-46, jan./abr., 2017.
- CASTRO, Ruy. **Metrópole à beira-mar. O Rio moderno dos anos 20**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- CHAVES, Tânia do Socorro Souza; BELLEI, Nancy Cristina Junqueira. SARS-COV-2, o novo Coronavírus: uma reflexão sobre a Saúde Única (One Health) e a importância da medicina de viagem na emergência de novos patógenos / SARS-COV-2. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 1-4, jan./fev., 2020.
- CORRÊA, Anderson R. Pereira Corrêa; PANIAGUA, Edson R. Monteiro. **A pandemia de 1918: a Gripe Espanhola em Alegrete**. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/cienciashumanas/files/2020/04/a-pandemia-de-1918-em-alegrete-anderson-correa-e-edson-paniagua.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.
- CSSEGISANDDATA. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. **Github**, 2021. Disponível em: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>. Acesso em: 10 jun. 2021

DAMACENA NETO, Leandro Carvalho. A Influenza espanhola de 1918/1919 na Cidade de Goiás. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Faculdade de História, Goiânia, 2011.

EBC. Organização Mundial de Saúde declara pandemia do novo Coronavírus. **UNA-SUS**, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/organizacao-mundial-de-saude-declara-pandemia-de-coronavirus>. Acesso em: 14 jun. 2021.

GOMES FILHO, Robson Rodrigues; SILVA, Lorrany Maiara Aparecida. Das pedras ao triunfo: os missionários redentoristas alemães no Brasil entre a Primeira Guerra Mundial e a Gripe Espanhola (1914-1918). **Revista de História da UEG**, Morrinhos, v. 5, n. 1, p. 55-73, jan./jul., 2016.

GOULART, Adriana da Costa. **Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro**. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Wkqm45R4ptVzTqSpKxJhfRh/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide. Narrativas sobre a morte: a gripe espanhola e a Covid-19 no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 32, p. 1-19, 2020.

LEÃO, Jair. Political polarization at the time of the coronavirus: A Brazilian's view. **Oral Disease Advance Online Publication**, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13406/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MARTINO, João Paulo. **1918 - A gripe espanhola - os dias malditos**. São Paulo: Excalibur, 2017.

MATTA, Gustavo; et al. A pandemia de Covid-19 e a naturalização da morte. **Portal Fio Cruz**, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/COVID_naturalizacao_das_mortes_doi.pdf. Acesso em: 14 jun. 2021.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. **A Gripe Espanhola em Goiás**. In: Simpósio Nacional de História da ANPUH, Londrina, XXIII Simpósio Nacional de História, 2005.

OLIVEIRA, Eliézer Cardoso de. As representações do medo e das catástrofes em Goiás. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em Sociologia. **Universidade de Brasília**, Departamento de Sociologia, Brasília, 2006.

RIBEIRO, Fabiana; LEIST, Anja. Who is going to pay the price of Covid-19? Reflections about an unequal Brazil. **International Journal for Equity in Health**, 2020.

Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01207-2/>. Acesso em: 14 jun. 2021.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

SONTAG, Susan. **Illness as a metaphor and AIDS and its metaphors**. New York: Picador, 1990.

SOUSA JÚNIOR, João Henriques; RAASCH, Michele; SOARES, João Coelho; RIBEIRO, Letícia Virgínia Henriques Alves de Sousa. Da Desinformação ao Caos: uma análise das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 331-346, 2020.

TORRES, Luiz Henrique. O vírus da gripe espanhola desembarca na cidade: a visão do Echo do Sul. **BIBLOS**, Rio Grande, v. 23, nº 1, p. 91-99, 2009.

4

O ARQUIVO DO ASILO SÃO VICENTE DE PAULO NA CIDADE DE GOIÁS: POSSIBILIDADES DE PESQUISA EM HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS¹

Rildo Bento de Souza

INTRODUÇÃO

Em julho de 1909, a Sociedade São Vicente de Paulo inaugurava, nos subúrbios da Cidade de Goiás, sua mais imponente obra: um asilo para abrigar os pobres e doentes que viviam a perambular pelas ruas, becos e vielas da então capital do estado. Revestido pelo discurso da caridade cristã, o asilo abrigava todos os indesejados pela sociedade.

Durante mais de um século de história, a instituição guardou, em parte, os seus documentos em um arquivo até então inédito para a academia, e que veio a lume somente em 2009. Nele, mais de dez mil documentos guardam a memória e ajudam a contar a história da instituição, bem como dos seus internos. Nesse sentido, o objetivo desse capítulo é analisar o processo de constituição do arquivo e apontar possibilidades de pesquisa, ressaltando sua importância para a história da saúde e das doenças em Goiás.

¹ Versão preliminar deste capítulo foi publicada na Revista Sillogés, v.2, n.2, jul./dez/2019, sob o título: *Arquivos de instituições de saúde: a documentação do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás e seu potencial para pesquisa.*

UM BREVE HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

A ideia da construção do asilo surgiu em 1886 e, inicialmente, não foi aceita pela maioria dos sócios da Sociedade São Vicente de Paulo; porém, dois anos depois, em 1888, ela foi aprovada quase que por unanimidade, conforme constatado no Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (ASVP).² As obras, no entanto, começaram apenas em 1900, durando até 1909, quando foi inaugurado com grande festa, no dia 25 de julho. O prédio do asilo é o único tombado pelo IPHAN que se encontra fora do centro histórico da Cidade de Goiás, que desde 2001 é Patrimônio da Humanidade.³

O asilo, portanto, foi construído por iniciativa dos irmãos leigos da Sociedade São Vicente de Paulo, criada em Paris, pelo estudante Frederico de Ozanam (1813-1853), em 1833, e tinha por objetivo a assistência material aos pobres. Chegou a Goiás em 1885, por meio do Bispo Diocesano Dom Claudio José Gonçalves Ponce de Leão (1841-1924). No Brasil, a primeira Conferência foi a de São José, no Rio de Janeiro, fundada em 1872.

A Sociedade São Vicente de Paulo é formada por Conferências que funcionam em rede. Essas Conferências são grupos com número determinado de integrantes que, nas primeiras décadas de funcionamento,

² ASVP. **Documentos Avulsos**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, s/d, p. 02.

³ A Cidade de Goiás data da terceira década do século XVIII e suas origens remontam à exploração do ouro. Foi construída no fundo de um vale, cercado pela Serra Dourada, cortada ao meio pelo rio Vermelho, famoso nos versos da poetisa vilaboense Cora Coralina. Com a mudança da capital para Goiânia na década de 1930, a cidade passou por um momento conturbado de sua história. A partir da segunda metade do século XX, a cidade encontrou o seu sentido histórico por meio do patrimônio, quando ocorreram os primeiros tombamentos. "O ápice desse processo ocorreu em dezembro de 2001 quando, em Helsinque, na Finlândia, a antiga capital do estado foi agraciada pela UNESCO com o título de Patrimônio da Humanidade. O discurso norteador do processo de tombamento foi justamente a sua arquitetura, a sua localização e a sua memória histórica" (SOUZA, 2015, p. 86). Mais sobre o assunto ver: Andréa Delgado (2005) e Izabela Tamasso (2007).

variavam de doze a vinte e quatro, que se reuniam com regularidade e frequência e tinham o objetivo de arrecadar recursos para auxiliar os mais pobres. Cada Conferência era batizada com o nome de um orago protetor e as reuniões ocorriam nas igrejas. As Conferências de cada cidade estão unidas entre si pelos Conselhos Particulares. Estes, por sua vez, estão vinculados aos Conselhos Centrais, de caráter executivo, que responde por determinada circunscrição.⁴

Nos seus primeiros anos de funcionamento na Cidade de Goiás cada vicentino ajudava alguns pobres, arrecadando donativos para provê-los em tudo que necessitassem: desde generos alimentícios, roupas, aluguel de casas, patrocínio de casamentos e funerais, até noções de higiene e comportamento. Dessa forma, os vicentinos implantaram na cidade uma ampla e bem organizada rede de assistência aos pobres. Este trabalho foi vastamente reconhecido pela sociedade vilaboense, que há muito esperava uma solução para o problema dos pobres e “loucos mancos”⁵ que viviam espalhados pelas ruas da cidade colocando a ordem pública em constante ameaça (MORAES, 1995; RABELO, 1997).

Para ser atendido pela Sociedade São Vicente de Paulo, o pobre só necessitava ser católico, e os Vicentinos, por sua vez, acreditavam tri-lhar, deste modo, os caminhos da salvação eterna. Por outro lado, a assistência aos pobres não estava restrita somente a pessoas ligadas à determinada religião. Entre o final do século XIX e as primeiras décadas do XX, “destacam-se na sociedade civil brasileira intelectuais, políticos,

⁴ Na sequência hierárquica há os Conselhos Metropolitanos, de âmbito regional. Em nível nacional, existe o Conselho Nacional do Brasil, com sede no Rio de Janeiro (RJ). Coordenando o trabalho em todo mundo está o Conselho Geral Internacional, em Paris, na França.

⁵ Essa denominação aparece na documentação para caracterizar pessoas com problemas neuropsicológicos que não eram agressivas e que viviam nas ruas da cidade. Em Goiás também eram conhecidos como “bobos” ou “tipos de rua”. Mais sobre o assunto ver: Rildo Souza (2014), mais especificamente o segundo capítulo.

lideranças religiosas ou leigas que, preocupados com a situação de uma crescente multidão de desvalidos, mobilizavam seus recursos – materiais e imateriais – para amparar as vítimas do pauperismo” (VISCARDI, 2011, p. 188).

Com o tempo, percebe-se pela documentação, surgiu uma grande dificuldade em conseguir recursos, uma vez que o número de vicentinos decaía e o de pobres aumentava. O aluguel de casas onerava em demasia a receita da Sociedade e, ainda em 1886, um ano após o início dos seus trabalhos, cogitou-se a possibilidade de “adquirir um prédio com as necessárias acomodações afim de melhor tratá-los em conjunto”.⁶

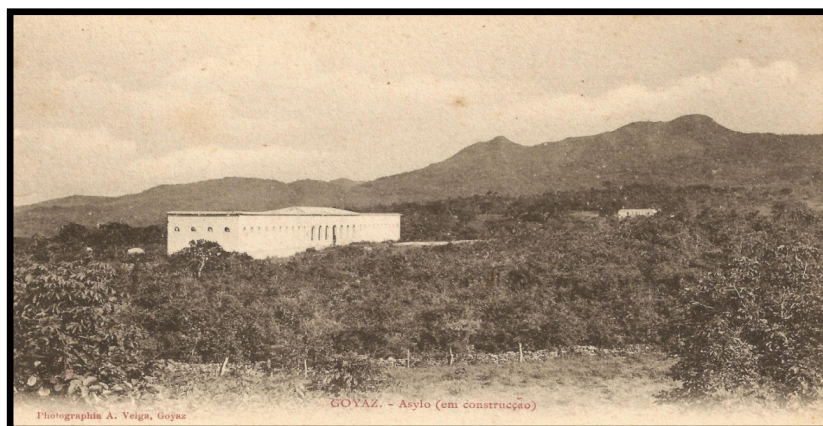
Daí que surgiu a ideia de se construir um asilo para se abrigar os pobres da Cidade de Goiás. O terreno foi doado pelo município em 1899 e a Pedra Fundamental lançada no ano seguinte. Durante os quase dez anos de construção do asilo foram gastos “39 contos, assim discriminada: esmolas, 14 contos; auxílio da União por meio de loterias, 12 contos de réis; auxílio do governo estadual, 8 contos de réis; auxílio municipal, 5 contos de réis” (AZEVEDO, 1987, p. 112).

O prédio da instituição era imponente para a época, possuindo oitenta metros cada lado, em formato de U. Na frente localizava-se a Capela e o Salão da Junta Administrativa do Asilo. No lado esquerdo localizavam-se os dormitórios das Irmãs Dominicanas,⁷ a cozinha e a rouparia. O lado direito, por sua vez, era dedicado aos alojamentos dos internos.

⁶ ASVP. **Documentos Avulsos**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, s/d, p. 02.

⁷ As Irmãs Dominicanas de Monteils partiram de Paris para Goiás em maio de 1889 com o objetivo de trabalharem no Colégio Santana e no Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara. Posteriormente, quando da inauguração do Asilo São Vicente de Paulo, mais algumas vieram da França. Na primeira comitiva vieram oito Irmãs. Ademais, era desejo do Diocesano Dom Claudio José Gonçalves Ponce de Leão (1841-1924) que a missão dominicana masculina, em Goiás desde 1885, fosse enriquecida com a presença das Irmãs (SOUZA, 2014, p. 136).

Imagem 01: Asilo em construção.



Fonte: Acervo da Fundação Educacional da Cidade de Goiás - Casa Frei Simão Dorvi.
Cidade de Goiás, 1908.

O asilo era administrado pela Junta Administrativa, composta de um Presidente, um Secretário e um Tesoureiro, eleitos dentre os membros da Sociedade São Vicente, e não recebiam salários. Às Irmãs Dominicanas, vindas diretamente da França para trabalharem na instituição, cabia a administração interna e o cuidado aos que se encontravam asilados. Pela documentação do arquivo, até a década de 1960 as Irmãs recebiam salários pelo trabalho realizado na instituição. Em 2015 o nome da instituição foi alterado, de asilo para “lar”. Atualmente, conta com aproximadamente sessenta internos, sob os cuidados das Irmãs Dominicanas, que administram a instituição sozinhas, sem a divisão com os vicentinos. A maioria dos asilados é constituída por idosos com problemas mentais.

O ARQUIVO E A PESQUISA

Durante o processo de inventário, higienização e digitalização do arquivo da instituição, em 2009, me deparei com um documento

datilografado intitulado “Histórico da Sociedade São Vicente de Paulo em Goiás”, que trazia uma cronologia dos principais fatos de forma resumida. A última frase do referido documento me surpreendeu: “Dados retirados do Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo de Goiás”.⁸ O interessante é que não encontrei os documentos originais de onde esses “dados” foram retirados. Na época, as freiras me explicaram que na década de 1970 uma Irmã escreveu o histórico do asilo e queimou a documentação nas quais se embasou. O motivo era que o arquivo estava ficando muito grande e daquela forma ela tentava garantir as informações e desocupar o espaço. Talvez, em relação ao segundo objetivo ela tenha conseguido êxito, porém, no tocante às informações, houve uma perda irreparável.

Nesse sentido, os arquivos “não são coleções artificiais adquiridas, arranjadas e descritas inicialmente por tema, local ou tempo, e sim em uma relação contextual, orgânica e natural com sua entidade produtora e com os atos de sua produção” (COOK, 2017, p. 9). Dessa forma, o que fez as Irmãs na década de 1970 interferiu diretamente na configuração do arquivo da instituição, filtrando informações que elas julgavam relevantes, impedindo o documento de servir para questionamento em pesquisas futuras.

O fato é que até 2008, quando iniciei a minha pesquisa de mestrado, a própria existência de um arquivo no Asilo São Vicente de Paulo era uma grande incógnita. Havia muita informação desconhecida. Demorou um ano para que, depois de muito peregrinar, explicar, solicitar, eu pudesse ter contato com o arquivo da instituição, o que ocorreu somente no início de 2009. O arquivo consistia em um pequeno armário de

⁸ ASVP. **Documentos Avulsos**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, s/d.

madeira bem antigo, com os documentos empilhados de forma desordenada, sem acondicionamento e muitos em estado avançado de degradação.

Foram quase nove meses para inventariar, higienizar e digitalizar a, até então inédita, documentação do arquivo do Asilo São Vicente de Paulo. Ao final, resultou em mais de dez mil documentos entre: receituário, livro de visitas, livro de registro de entrada, livro de atas, relatórios administrativos, comprovante de compras e pagamentos, testamentos, escrituras, procurações, bilhetes, dentre outros, perfazendo o período de 1885 a 1987.

E embora se perceba a falta de algum documento, provavelmente queimado após filtrarem as informações que julgavam mais importantes, o arquivo ainda é muito valioso para se compreender o período histórico que ele abrange. E todas as vezes que tento refletir sobre a quantidade de documentos intencionalmente queimados eu sempre me lembro do termo utilizado por Jacques Le Goff: um “senhor da memória e do esquecimento”, que “é uma das grandes preocupações das classes, dos grupos, dos indivíduos que dominaram e dominam as sociedades históricas” (LE GOFF, 2003, p. 422). Ademais, “o controle do arquivo é controle da memória” (ASSMANN, 2011, p. 368), e talvez isso justifique a dificuldade que eu tive de acessá-lo pela primeira vez e concluir a pesquisa.

Há que se ressaltar, todavia, que após quase um ano de trabalho, o arquivo da instituição foi organizado e uma cópia da documentação digitalizada foi entregue à diretoria do Asilo. Desde 2009, então, não tenho mais notícias de como se encontra o arquivo e nem se há uma política de consulta aos documentos, ou mesmo se a instituição fornece acesso ao arquivo digital. Pensando em democratizar o acesso a essas

informações, consultei o Museu das Bandeiras, administrado pelo IBRAM, se havia interesse em receber uma cópia dos documentos. Diante da afirmativa, doei uma cópia a essa instituição. Como o Asilo São Vicente de Paulo funciona até hoje como uma instituição de saúde e não como um arquivo, é possível que o acesso a esses documentos seja restrito, devido à dificuldade de remanejamento de pessoal para o acompanhamento do pesquisador; por isso, a importância da cópia localizada no Museu das Bandeiras.

POSSIBILIDADES DE PESQUISA NO ARQUIVO

Nos mais de dez mil documentos que compõem o arquivo do Asilo São Vicente de Paulo, vários remetem à história da saúde e das doenças em Goiás. São documentos que retratam a instituição em momentos importantes, como na epidemia de Gripe Espanhola no final da década de 1910. Naquela ocasião, “nenhum doente foi recolhido no Azilo por vigilância da Junta. As Irmãs foram dar assistência nas próprias casas e os Vicentinos faziam parte das comissões organizadas pelo Governo. Eles se substituíam à medida que eram atingidos pela terrível enfermidade”.⁹ De acordo com estudos sobre o tema da saúde em Goiás, do final do século XIX até o início do XX, foram comuns na região as epidemias de varíola, cólera, febre amarela, sarampo e caxumba (SALLES, 1999, p. 93-97).

Esses documentos, conforme citado acima, mostram indícios e possibilidades de pesquisa que faz o arquivo da instituição para além de um lugar de memória (NORA, 1993), também um lugar de fala, como um

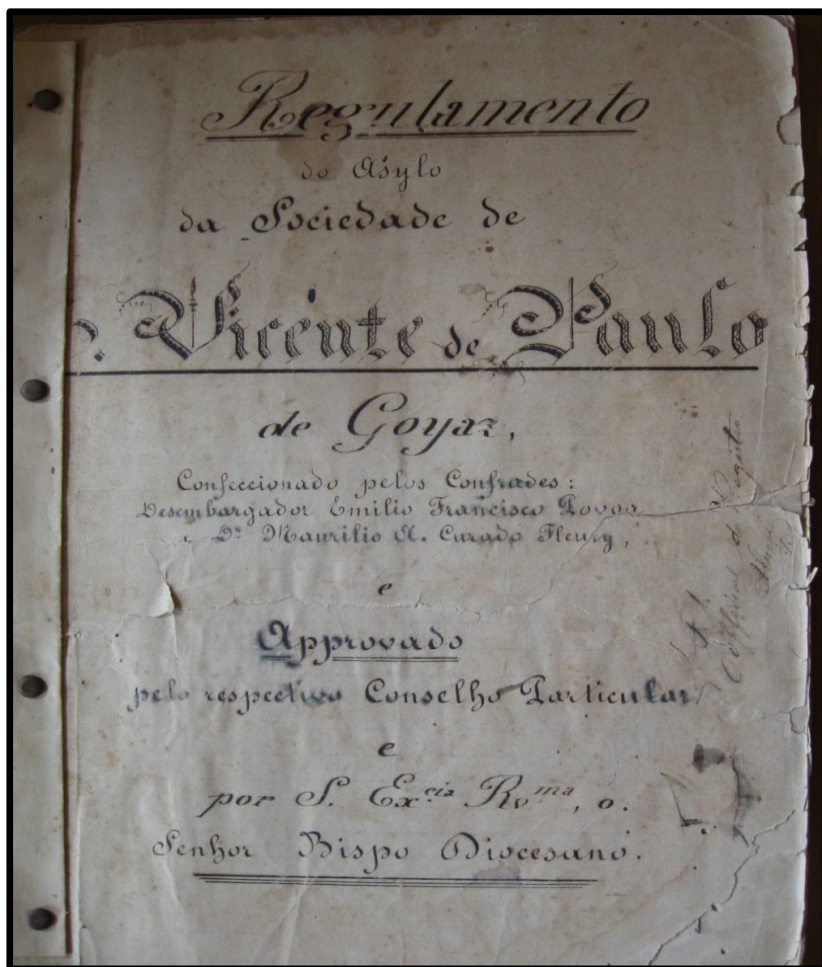
⁹ASVP. **Documentos Avulsos**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, p. 12, 1975.

“testemunho do passado” (ASSMANN, 2011, p. 367), onde nota-se a complexa relação desse arquivo com a história da cidade e do estado. Para exemplificar a importância dele, ressaltarei alguns documentos que contribuirão com a questão da história da saúde e das doenças. Ademais, além de mostrar o documento, farei breves comentários de forma a instigar futuros estudos.

1- ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Quando foi inaugurado, em julho de 1909, o Regulamento do Asilo já havia sido aprovado pelo Conselho Particular da Sociedade São Vicente de Paulo em Goiás e também pelo então Bispo Diocesano, Dom Prudêncio Gomes da Silva. O documento em questão, cuja capa encontra-se abaixo, possui oito páginas e 28 artigos, cujo objetivo era normatizar o funcionamento da instituição, como definição das fontes de receita para o custeio e manutenção, função de cada membro da administração interna (Irmãs Dominicanas) e externa (Junta Administrativa do Asilo), bem como dos demais empregados, dentre outros pormenores.

Imagem 02: Livro de Registro de Entrada do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1946).



Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

Em relação à questão da saúde e das doenças, há vários trechos interessantes no documento. No Artigo 3º, por exemplo, a função da instituição seria o de “recolher os indigentes e mantel-os dando-lhes o necessario abrigo, juntamente com o consolo que proporciona a Religião

Catholica”.¹⁰ Já no Artigo 7º, haveria duas divisões “uma para alojamento dos homens, outra para o das mulheres, devendo ser isolados aquellos que soffrerem molestias contagiosas”; no segundo parágrafo do mesmo artigo consta que “além dos alojamentos para os indigentes, haverá dous commodos com as necessarias seguranças para reclusão dos que forem affectados de alienação mental, separados conforme o sexo”. E, por fim, o Artigo 20º reza que a “junta contractará um medico e uma pharmacia para o socorro dos doentes, pagando mensalmente as visitas que forem feitas e as receitas que forem aviadas” (Ibidem).

A partir dos fragmentos acima percebe-se que o objetivo da instituição, embora revestido pelo discurso da caridade Católica, era o de retirar os pobres, indigentes e miseráveis que viviam nas ruas, “saneando”, dessa forma, o espaço público, ao mesmo tempo que se criou uma rede de ajuda e proteção a esses indivíduos, garantindo, além da comida, lugares higiênicos, salubres e assistência médica. Dessa forma, ao inscrever a narrativa da função social do asilo a partir de um discurso caritativo, mascara-se uma relação de não tão nobres e desprezidos sentimentos, como observou o estudo de Souza (2014).

Embora inaugurado, a instituição não contemplava, em termos estruturais, tudo o que previa o Regulamento, posto que as construções continuaram ainda por mais duas décadas. A divisão dos alojamentos conforme o sexo, por exemplo, só foi concluída em 1916,¹¹ e os espaços separados para os que “soffrerem molestias contagiosas” ou “affectados

¹⁰ ASVP. **Documentos Avulsos. Regulamento do Asylo da Sociedade de S. Vicente de Paulo de Goyaz. Confeccionado pelos Confrades: Desembargador Emilio Francisco Povia e Dr. Maurílio A. Curado Fleury.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, p. 2, 1909.

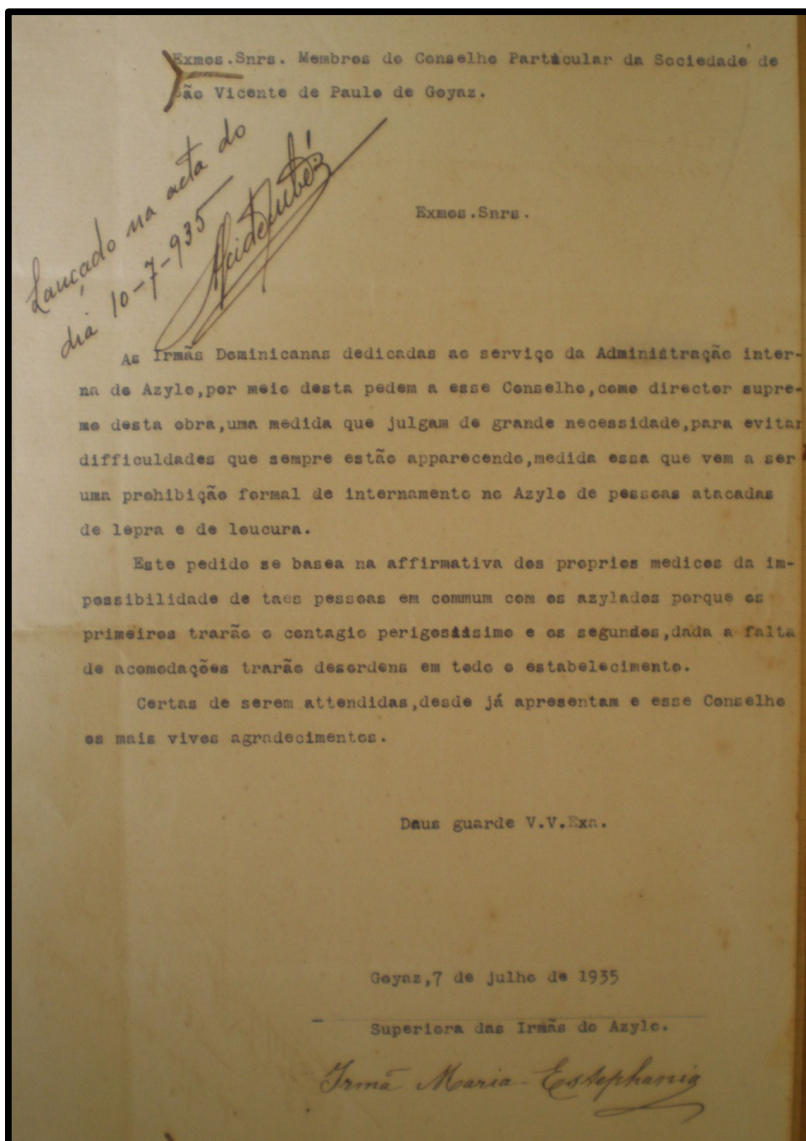
¹¹ ASVP. **Documentos Avulsos. Setimo Relatorio do Presidente da Junta do Asylo de São Vicente de Paulo de Goyaz 1915-1916.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1916.

de alienação mental” nunca chegaram a ser feitos, colocando em risco a integridade física das Irmãs, como quando uma delas foi atacada por uma tal Antonia, “(...) em momento de acesso furioso (...)”.¹² Esse cenário provocou a revolta das Irmãs Dominicanas que pediram em 1935 “a proibição formal de internamento no Azylo de pessoas atacadas de lepra e de loucura”,¹³ como se observa no documento abaixo:

¹²ASVP. **Documentos Avulsos. Ata da sessão ordinária da Junta Administrativa do Asilo São Vicente de Paulo aos 26 de Julho de 1915.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1915.

¹³ASVP. **Documentos Avulsos. Ofício das Irmãs Dominicanas aos membros do Conselho Particular da Sociedade São Vicente de Paulo datado de 7 de Julho de 1935.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1935.

Imagem 03: Pedido das Irmãs Dominicanas em relação aos internos doentes. 1935.



Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

A solicitação foi endereçada ao Conselho Particular da Sociedade
São Vicente de Paulo, que se encontrava hierarquicamente superior à

Junta Administrativa do Asilo que, suponho, não atendeu o pedido das Irmãs que então o pleitearam em outras instâncias. Em relação às doenças citadas, lepra e loucura, pressuponho, pelo empenho das Irmãs em se livrar desses doentes, que deveriam ser em grande número. Porém, ao comparar a incidência dessas moléstias em termos numéricos – a partir do Livro de Entrada – observa-se que havia, entre 1909 a 1946, 51 loucos e apenas um caso de lepra registrado. Nesse sentido, se somarmos os casos de *morphea*, que era confundida com a lepra, teremos seis casos, número também irrisório na comparação diante dos mais de quatrocentos internos durante esse período. Deve-se atentar, porém, que o registro de lepra ocorreu em 1926, quase dez anos antes do ofício, o que deixa a motivação das Irmãs mais inconsistentes no tocante à lepra. Mas é oportuno ressaltar que apenas um caso colocar-se-ia em perigo todos os internos.

2- INTERNOS

Dentre todos os documentos do Asilo, o *Livro de Registro de Entrada* é um dos mais fascinantes. Trata-se de um caderno tipo ata, com quinze páginas utilizadas, onde cada página aberta possui onze colunas com os respectivos títulos: “Número”, em ordem crescente; “Data de Entrada”; “Nome”; “Idade”; “Sexo”; “Pátria”, que é o local de origem; “Enfermidade”; “Retirada”, data; “Óbito”, data; “Causa Mortis” e “Observação”.

Imagem 04: Livro de Registro de Entrada do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1946).

Idade	Entrada	Nome	Idade do Sexo	Profissão	Enfermidade	Profissão da	Idade	Enfermidade	Observação
12	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
13	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
14	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
15	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
16	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
17	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
18	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
19	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
20	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
21	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
22	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
23	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
24	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
25	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
26	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
27	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
28	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		
29	25.7.909	Antônio José dos Santos	70	Peão	Doença	25.7.909	25.7.909		

Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

No período compreendido entre 25 de julho de 1909, data da sua inauguração, a 25 de abril de 1946, data do último registro encontrado no referido documento, 442 indivíduos foram internados na instituição pelos mais diferentes motivos. A idade desses internos variou de 06 meses a 115 anos. Quanto ao sexo, havia uma predominância feminina, com 281 registros contra 161 dos homens. Já em relação à localidade de procedência dos internos, 59 cidades ou regiões foram catalogadas, destas se sobressaiu a Cidade de Goiás com 251 ocorrências. Ademais, foram observadas 42 enfermidades, com a predominância de: “Velhice”, com 101 casos; “Idiotia”, com 69; “Cegueira”, com 31; e “Aleijado” com 25 ocorrências.¹⁴ Inicialmente, o asilo comportava em torno de quarenta a

¹⁴ASVP. Documentos Avulsos. Livro de Registro de Entrada do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1946). Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, s/d.

sessenta internos; número que se manteve estável até chegar aos sessenta e cinco atuais.

O referido documento oferece grande potencial para análise quantitativa, uma vez que permite fazer vários cruzamentos, por exemplo, relacionar sexo com enfermidade, sexo com idade, idade com enfermidade, local e enfermidade, períodos com incidência de determinada doença, dentre outras possibilidades.

Há também, no documento, na coluna “enfermidade”, várias doenças que não foram encontradas nos manuais de medicina popular do período, tais como: “caduquice”, “entrevado”, “aleijão”, “quisto na boca”, “muda aloucada”, “velhice”, “nariz ferido”, “fraqueza”, “intestino” e “desamparado”. Isso evidencia que o responsável pelo preenchimento do documento levava em consideração o que via quando da internação do paciente ou no que o responsável por ela dizia. Ou seja, para que o pesquisador possa tentar acompanhar a trajetória desses indivíduos na instituição é necessário relacionar o Livro de Registro de Entrada com os relatórios anuais e as atas das reuniões da Junta Administrativa do Asilo, bem como os livros de receituários médicos, os atestados de óbito, os testamentos e os ofícios, como este abaixo, que faz parte do arquivo.

Imagem 05: Ofício enviado ao Intendente Municipal, 1923.

131
 Asyleo S. Vicente de Paulo
 Junho 23 de Maio de 1923
 Ex. mo Sr. Dr. Lincoln (Canoa -
 Centro de S. Vicente de Paulo)
 Capital

Satisfaço o pedido de V. Ex. a
 em officio n.º 34 desta data, tendo
 a eu fornecer a existência ac-
 tualmente neste Asyleo de 63
 asyados sendo 19 do sexo mas-
 culino e 44 do sexo feminino,
 com as seguintes enfermidades:

Epilepticos	6
Insanidade mental	6
Alcoolicos	2
Estuprados	3
Cegos	3
Idiotas	27
Insana	47
Alcoolicos	9
Exposos de moléstias	7
Total	63

Apresento a V. Ex. as mesmas por-
 testas de elevada estima e Con-
 sideração e
 O Presidente do Asyleo
 Amador João de M. Lacerda

Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

No parágrafo anterior ressaltai a dificuldade do pesquisador em encontrar nos manuais de medicina da época a definição de algumas doenças que aparecem na coluna “enfermidade”. Quando, durante a pesquisa, adentrei esse terreno, me foi muito útil o *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias Accessarios para uso das famílias*, de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, de 1890, e que era do conhecimento da

sociedade vilaboense, uma vez que fazia parte dos livros do *Gabinete Literário Goyano*.¹⁵ Ademais, deve-se considerar a diferença entre enfermidade e doença. No Livro de Registro de Entrada do Asilo São Vicente de Paulo consta o termo “enfermidade” que, aparentemente, era utilizado como sinônimo de doença. Entretanto, alguns autores estabelecem a diferença entre “enfermidade” e “doença”, qual seja, “enfermidade (disease) é o que o órgão tem, a doença (illness) é o que o doente tem” (HELMAN apud LEITE e VASCONCELOS, 2006, p. 115). Porém, a partir dos dados encontrados na coluna “enfermidade” no Livro de Entrada, há que se considerar outra dimensão, para além do que o “órgão” ou o “doente” possui, que é o termo como sinônimo de “condição”. Por isso que se encontra, por exemplo, “intestino”, como algo relacionado ao órgão; “sífilis”, como doença de fato; e condição como “velhice” e “desamparado”.

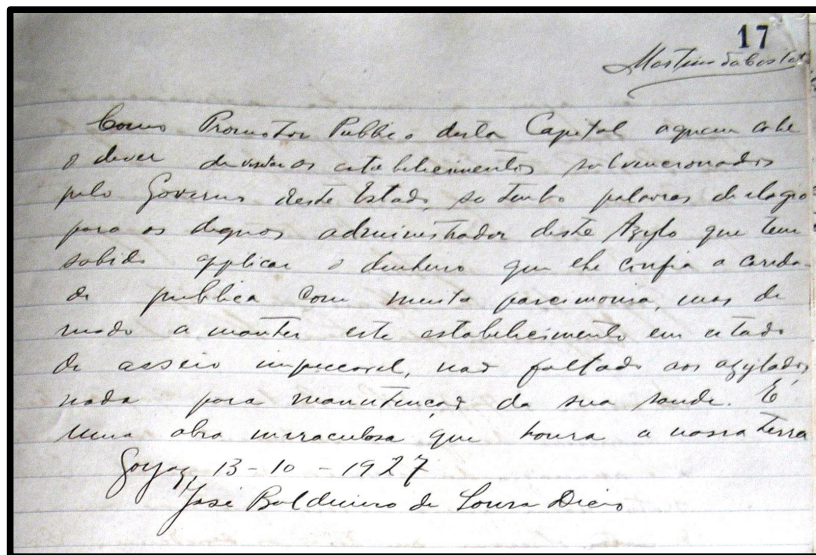
Noutro passo, há no arquivo da instituição um álbum fotográfico com setenta fotos, aleatoriamente coladas, com imagens das freiras, da região de Monteils na França, de onde vieram, e também dos internos, onde percebe-se uma preponderância de negros. Nota-se que no Livro de Registro de Entrada não há nenhuma coluna em relação a cor dos internos. Essas imagens, entretanto, “revelam o que os documentos não trazem de informação. Como exemplo, cito o caso da cor dos internos, nas fotografias são todos negros, porém, não há nenhuma menção a isso em qualquer documento” do arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (SOUZA, 2017a, p. 221).

Como os internos não deixaram sua escrita em nenhum documento, temos que recorrer a outros indícios para tentar compreender,

¹⁵ Instituição cultural fundada em 1864, inicialmente com 90 sócios que angariavam recursos para a aquisição de livros e periódicos de vários lugares do Brasil e do mundo (PASSOS, 1982, p. 159).

senão como eles se sentiam, ao menos como eram vistos pela sociedade. E, nesse sentido, o *Livro de Visitas* é um ótimo indício, como se vê na imagem abaixo.

Imagem 06: Livro de Visitas, 1927.



Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

O *Livro de Visitas* é um caderno tipo ata onde consta as anotações dos visitantes entre 1909 a 1930. Nesse período 80 pessoas escreveram no documento com as suas impressões sobre a instituição. Os internos são mencionados 44 vezes, sempre destacando o quanto são bem cuidados pelas Irmãs Dominicanas, que, por sua vez, são elogiadas 52 vezes, bem na frente das 31 menções à Sociedade São Vicente de Paulo. O prédio foi elogiado 67 vezes, ressaltando o “asseio” e “hygiene” do local. Aberto todo domingo ao público, as irmãs e o próprio asilo chamaram mais a atenção dos visitantes que os próprios internos, objetivo de todo o trabalho dos vicentinos.

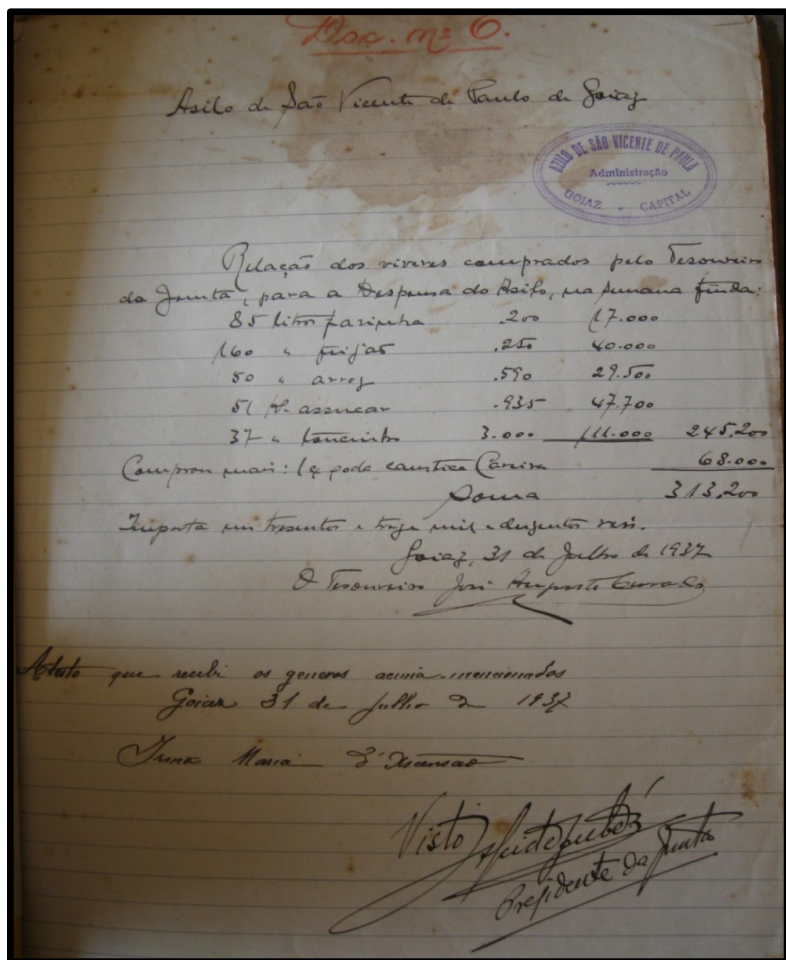
3- TRATAMENTO OFERECIDO

Este tópico foi dividido em duas partes, a saber: “alimentação” e “consultas médicas e medicamentos”, que compreendem parte do tratamento oferecido aos internos pela instituição.

3.1- ALIMENTAÇÃO

Para se ter uma boa saúde é necessário, dentre outras coisas, uma boa alimentação. Nesse sentido, a cozinha do Asilo São Vicente de Paulo é um espaço dos mais interessantes para se pensar em uma história da saúde e das doenças em Goiás. Grande parte dos documentos do arquivo da instituição remete a recibos de doação e de compra de “gêneros alimentícios” ou “víveres”.

Imagem 07: Relação dos víveres comprados pelo tesoureiro da Junta, 1937.



Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

De acordo com o Regulamento do Asilo, no seu Artigo 21º: “A alimentação será dada aos pobres duas vezes por dia, com horas que forem determinadas pelas Irmãs, exceptuando-se os casos de enfermidade, em

que se deverá observar a prescrição do medico”.¹⁶ E no decorrer do tempo o gasto com a alimentação tornou-se a maior preocupação da Junta Administrativa. Para além dos gastos com uma cozinheira e duas ajudantes,¹⁷ o custo da alimentação dos desvalidos ultrapassava qualquer outro tipo de despesa. Entre julho de 1915 a julho de 1916, por exemplo, os alimentos adquiridos pelo asilo custaram 4:972\$330 (quatro contos, novecentos e setenta e dois mil, trezentos e trinta réis). Em comparação, a segunda maior despesa da instituição era com a folha de pagamento das Irmãs e dos demais empregados do asilo, que consumiu, no mesmo período, 1:736\$020 (hum conto, setecentos e trinta e seis mil e vinte réis).¹⁸ Em 1923, o gasto com alimentação já ultrapassava os nove contos de réis anuais. Embora se gastasse muito com alimentação, o asilo recebia também muitas doações, como evidencia o documento abaixo:

¹⁶ASVP. **Documentos Avulsos. Regulamento do Asylo da Sociedade de S. Vicente de Paulo de Goyaz. Confeccionado pelos Confrades: Desembargador Emilio Francisco Povia e Dr. Maurilio A. Curado Fleury.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, p. 2, 1909.

¹⁷ASVP. **Documentos Avulsos. Folha de vencimentos pagos às Irmãs Dominicanas e empregados do Asilo e mais empregados, durante o mez de março de 1935.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1935.

¹⁸ASVP. **Documentos Avulsos. Setimo Relatorio do Presidente da Junta do Asylo de São Vicente de Paulo de Goyaz 1915-1916.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1916.

Imagem 08: Donativos em gêneros. Década de 1920.

Donativos em gêneros	
Benedicto Rodrigues de Aguiar	2 ou 3 kilos de toucinho
Conselho Curador	4 cabras, 6 cabritos e $3\frac{1}{4}$ de arroz
De um Boceiro	$\frac{1}{4}$ de arroz, idem de feijão, farinha
	de mandioca e açúcar, mais 5 libras
	de café e 4 kilos de toucinho.
Antônio Honório	15 garrafas de leite
Seu Generoso	umas mandiocas
Julio de Alencastro	5 cargueiros de lenha.
Francisco Rocio	1 " " "
Joaquim Porco	1 cargueiro de lenha e $\frac{1}{4}$ alqueire de
Um leiteiro	5 garrafas de leite.

Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

Os donativos em forma de gêneros alimentícios e “cargueiros de lenha”, fundamentais para se cozinhar, eram recebidos quase que todos os dias, como evidenciam a imensa quantidade de recibos dessas doações que, por sua vez, amenizavam, em parte, o impacto da alimentação no balancete da instituição. Dentre os alimentos mais recebidos destacam-se o açúcar, café, toucinho (de onde se extraía a gordura para se cozinhar), carne de porco, manteiga de leite, arroz, feijão, farinha de mandioca, farinha de milho, milho, óleo de mamona, requeijão, queijo, leite, azeite, rapadura, frango, leitão, alho, pão, além de bois e vacas (Ibidem), que eram destinados aos açougues para que entregassem “carne verde” (in natura) ao asilo todos os dias.¹⁹ Ademais, a instituição cultivava hortaliças, criava animais para o consumo, como galinhas e porcos,

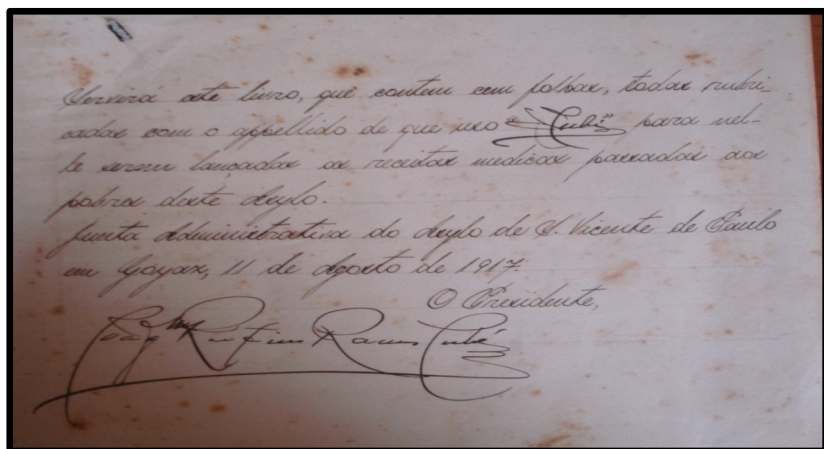
¹⁹ASVP. Documentos Avulsos. Ofício enviado ao Major Umbelino Galvão de Moura Lacerda, Presidente da Junta Administrativa do Asilo, solicitando seu depoimento a respeito da venda de carne verde a um preço menor que o convencionado. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1923.

além de uma colmeia que fornecia mel para os internos, como apontou o estudo de Souza (2017b).

3.2- CONSULTAS MÉDICAS E MEDICAMENTOS

A parte do Regulamento do asilo que reza sobre a contratação de um médico e de uma farmácia para o socorro dos doentes foi regamente cumprida, como evidenciam os dois livros de receituários médicos encontrados no arquivo da instituição. Trata-se de cadernos tipo ata de 100 páginas, o primeiro todo utilizado e o segundo até a página 61. O período compreende de 1917 a 1938.

Imagem 09: Livro de Receitas Médicas (1917-1938).

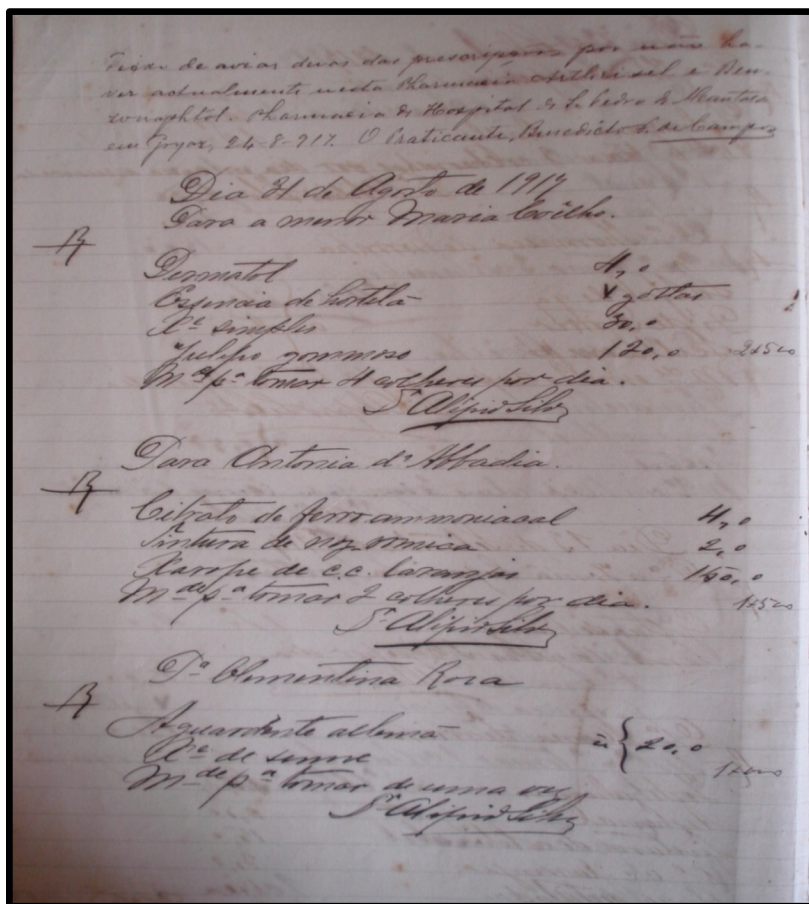


Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

Os receituários médicos são minuciosos, além de trazer o nome do paciente e o dia do atendimento, descrevem os remédios e sua posologia, além de dados adicionais sobre o estado do enfermo. Esses documentos podem ser usados para verificar, por exemplo, se procede

as informações registradas no Livro de Entrada, bem como acompanhar a trajetória dos internos, como se verifica abaixo:

Imagem 10: Livro de Receitas Médicas (1917-1938).



Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

Há que se ressaltar, contudo, que a instituição não pagava pelas visitas médicas, que eram feitas por profissionais vicentinos. Por conta disso, os agradecimentos aos médicos que trabalhavam no Asilo São Vicente de Paulo eram sempre feitos nos relatórios da Junta

Administrativa, seja ressaltando a disponibilidade do tempo e, até mesmo, a doação de medicamentos.²⁰

Imagem 11: Recibo de pagamento de remédios, 1941.

RES
NTES
BECA
LBIAS

DÓRES
DE OUVIDOS
DOS MUSCULOS
E RESFRIADOS

SÓ
SPALT

O remédio infalível
NÃO ATACA O CORAÇÃO

Residência R. H. 1000

Recbi do Sr. Antonio Alexandrino
de Moraes, Tesoureiro do Asilo de S.
Vicente de Goyaz, a importância de
quarenta e seis mil
reis de justificantes forneci-
dos pela Farmacia N. Senne
do Rio de Janeiro de 7.00.
000.000 de 1941

500
EXATÓDIAS
DE INTERIO
DE 1941

500
EXATÓDIAS
DE INTERIO
DE 1941

Pharmacia N. S. do Rio de Janeiro
Pápe. A. Dias & Cia. 1941

Rua do Comercio n.º 1

Data _____ N.º _____

Goyaz — Goyaz

Fonte: Arquivo do Asilo São Vicente de Paulo (Cidade de Goiás). Foto do autor.

²⁰ASVP. **Documentos Avulsos. Setimo Relatório do Presidente da Junta do Asylo de São Vicente de Paulo de Goyaz 1915-1916.** Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1916.

Por outro lado, mesmo com a ajuda pontual de alguns médicos, a compra dos medicamentos era feita pelo Asilo São Vicente de Paulo nas farmácias locais, como atesta o documento acima, de 1941. Porém, até a década de 1930, os remédios eram fornecidos gratuitamente pela farmácia do Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara (Ibidem). Em 1922, por exemplo, o Relatório da Junta Administrativa apontava que a farmácia do hospital continuava a fornecer “(...) aos nossos pobresinhos, gratuitamente, todos os remédios”.²¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este breve estudo tentou evidenciar a importância do arquivo do Asilo São Vicente de Paulo para pesquisas cujos temas enfoquem a história da saúde e das doenças e instituições de saúde no século XIX e XX. Pelos exemplos citados, verificou-se que o arquivo deve ser analisado como um todo, e não a partir de documentos isolados, já que esses “rastros” se complementam. Como já foi dito anteriormente, os mais de dez mil documentos digitalizados do arquivo encontram-se na própria instituição e, também, no Museu das Bandeiras, ambas localizadas na Cidade de Goiás.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSMANN, Aleida. **Espaços da recordação: formas e transformações da memória cultural**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

²¹ASVP. **Documentos Avulsos. Relatório da Junta Administrativa do Asilo São Vicente de Paulo em 23 de julho de 1922**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1922.

- ASVP. **Documentos Avulsos**. Cidade de Goiás: Histórico da Comunidade do Asilo São Vicente de Paulo, 1885 a 1987.
- AZEVEDO, Francisco Ferreira dos Santos. **AnuarioHistorico, Geographico e Descriptivo do Estado de Goyaz para 1910**. Brasília: SPHAN/8ª DR, 1987.
- COOK, Terry. **O Conceito de Fundo Arquivístico: teoria, descrição e proveniência na era pós-custodial**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2017.
- DELGADO, Andréa Ferreira. Goiás: a invenção da cidade 'Patrimônio da Humanidade'. In: **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 11, n.23, jan./jun, 2005.
- LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.
- LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 113-28, jan./mar., 2006.
- MORAES, Cristina de Cássia Pereira. As estratégias de purificação dos espaços na capital da Província de Goiás - 1835-1843. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, 1995.
- NORA, Pierre. Entre História e Memória: a problemática dos lugares. In: **Projeto História**. São Paulo: EDUC (10), dezembro, 1993.
- PASSOS, Élder Camargo de. Do Gabinete Literário Goiano. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás**, Goiânia, v. 10, janeiro, 1982.
- RABELO, Danilo. Os excessos do corpo: A normatização do comportamento na Cidade de Goiás (1822-1899). Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, 1997.
- SALLES, Gilka Vasconcelos Ferreira de. Saúde e doenças em Goiás - 1826-1930. In: FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de (org.). **Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível**. Goiânia: Ed. da UFG, 1999.
- SOUZA, Rildo Bento de. A história não perdoa os fracos: o processo de construção mítica de Pedro Ludovico Teixeira. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, 2015.

SOUZA, Rildo Bento de. A lembrança dos esquecidos: o acervo fotográfico dos internos do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás. In: MAGALHÃES, Sônia Maria de; SILVA, Leicy Francisca da; MACIEL, Roseli Martins Tristão (orgs). **Histórias de Doenças: percepções, conhecimentos e práticas**. São Paulo: Alameda, p. 219-244, 2017a.

SOUZA, Rildo Bento de. Alimento do corpo e da alma: a cozinha do Asilo São Vicente de Paulo na Cidade de Goiás (1909-1935). In: MORAES, Cristina de Cássia Pereira; FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de; SOUZA, Rildo Bento de (orgs.). **Patrimônio Cultural da Saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa**. Goiânia: Editora UFG, 2017b.

SOUZA, Rildo Bento de. **Pobreza, doenças e caridade em Goiás: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo (1909-1935)**. Jundiá-SP: Paco Editorial, 2014.

TAMASO, Izabela Maria. Em Nome do Patrimônio: representações e apropriações da cultura na cidade de Goiás. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em Antropologia. **Universidade de Brasília**, Brasília, 2007.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez., p. 179-197, 2011.

5

CONTROLE INSTITUCIONAL, POLÍTICA SANITÁRIA E FUGAS DE INTERNOS NA COLÔNIA SANTA MARTA (1942 A 1960)

Leicy Francisca da Silva

INTRODUÇÃO

A Colônia Santa Marta, em Goiânia, teve sua construção iniciada em 1937 e foi inaugurada em 1942. Seu objetivo era servir de espaço de vida e de atenção à saúde para todos os doentes acometidos pela lepra/hanseníase do estado de Goiás. Como a enfermidade era definida como contagiosa, o conhecimento médico considerava que o isolamento dos acometidos era o caminho para evitar sua propagação. Isso significava o fechamento institucional de uma parcela da população e a desorganização de diversas unidades familiares, já que os enfermos deveriam ser apartados dos sãos. Frente ao exposto, não soa estranho o fato de que desde sua inauguração a instituição teve que lidar com um grande número de fugas. Os pacientes, submetidos a um cotidiano de vigilância e de regras estritas em relação ao contato com os espaços extramuros, evadiam constantemente. Diante do exposto, nosso objetivo neste artigo é problematizar, a partir das fugas de pacientes, a explicação do Estado para essas, considerando a separação e a necessidade e oferta de assistência à família do interno. Nossa avaliação indica o processo de acomodação e resistência às normas institucionais se olharmos a partir da perspectiva dos internos. De outro lado, a reação por parte da instituição e do Estado, constituindo meios de expandir a vigilância

e controle, bem como de aumentar o espaço de isolamento, mostra que a relação de imposição de disciplina e resistência manter-se-ia no cotidiano institucional e, desse modo, as fugas como expressão contestadora.

A Colônia era um espaço de insulamento, onde se impunha sobre os indivíduos e seus corpos os limites de um espaço de vivência, as delimitações das suas possíveis ações e as fronteiras das possibilidades de relações com aqueles com os quais dividiam o cotidiano. Estabeleciam-se regras de uso de um espaço limitado e demarcado, de ocupação pré-definida do tempo e de relação com o próprio corpo e com os corpos dos outros, sendo assim consideramos que esses elementos podem apontar direções para compreensão do fenômeno das fugas. Isso porque, no século XX, o corpo sofreu um processo de intensa medicalização. Como explica Anne Marie Moulin, percebe-se, nesse período, uma ativação da presença médica no cotidiano, definindo comportamentos, organizando hábitos, intervindo de forma sem precedentes sobre o indivíduo. Nesse processo, exprime-se um corpo visto, exposto e explorado, pelo e segundo o olhar médico; olhar perscrutador e observador que fez com que as experiências relativas às enfermidades fossem transformadas e diluídas, tendo sido multiplicados os modos de intervenção sobre elas e indiretamente sobre os corpos que delas sofriam. Nascer, reproduzir-se, alimentar-se, em suma viver e morrer, são subordinados às recomendações da medicina. Assim, com o alargamento das funções médicas, fez-se com que fossem aceitos e tivessem espaço de atuação outros personagens e grupos (como a sociedade civil e as autoridades políticas e religiosas) que estiveram ao lado desses profissionais, apoiando e expandindo seu poder de atuação (MOULIN, 2009).

Por ocasião do caso de corpos subordinados a instituições de controle decorrentes direta ou indiretamente de processos de adoecimento, tal intervenção se fez com intensidade maior. Especificamente em relação aos doentes de lepra no Brasil, ocorre uma interferência sem precedentes sobre eles e sobre aqueles a eles diretamente relacionados. Primeiramente, respeitando a justificativa da incurabilidade da enfermidade. Mais tarde, com a descoberta e popularização do uso de medicamentos à base de sulfonas, explicava-se em decorrência e em subordinação ao poder de cura da doença.

Impedir a predisposição do corpo a determinada doença foi um dos elementos nascidos dessa medicalização intensa brotada no século XX. Se de um lado a medicalização da sociedade levou à governamentalidade da vida; de outro, alcançando os jogos de poder e de disciplinamento dos corpos nos espaços institucionais, percebemos ainda os modos como os sujeitos impõem suas verdades numa luta constante pelo poder, interrogando, reagindo, resistindo por meio de seus corpos (FOUCAULT, 2008, 2004, 1987).

Nesse sentido, o caso da Colônia Santa Marta e do isolamento de atacados pela hanseníase/lepra, traz o tratamento do problema da construção de instituições isolacionistas, que tem como subtema, como expõe Diego Armus (2011), o da institucionalização da exclusão. É a partir da institucionalização que o indivíduo acometido pela enfermidade é transformado em paciente, classificado como hanseniano/leproso, condição que o faz partícipe de um mundo que se pretende medicalizado. No entanto, a efetividade da medicalização, da exclusão ou isolamento, da vigília e do controle, pode ser questionada, como sugere Armus. Em suas palavras, a aparência da ordem institucional esconde um jogo de poderes internos. Acerca do processo de institucionalização,

e da (in)capacidade de sujeição dos envolvidos, ou seja, sobre os jogos de poder que se instauram na vivência institucional, aponta que “a experiência da internação mostra-se como um tipo de processo educativo-disciplinar destinado a assegurar uma certa ordem institucional marcada pelas transgressões e acomodações, os castigos e as compensações. Assim, a ordem institucional não é o que quer ser” (ARMUS, 2011, p. 11).

Tratando do assunto das resistências ao internamento na Colônia Santa Isabel em Minas Gerais, Keila de Carvalho (2012) elenca as fugas, o consumo de álcool e o suicídio como respostas. Ela explica que se as fugas eram o meio mais comum de abandono da condição colonial, observado nos documentos relativos ao cotidiano institucional dos internos, o álcool aparecia como modo de suprimir as angústias dessa condição e os suicídios, não significativos em número, mas em constância de ocorrência, apareciam como saída frente ao desespero do afastamento familiar.

Ao considerarmos o(s) corpo(s) como centro do processo de resistência ao cotidiano de disciplinamento e de imposição de uma ordem específica quanto ao modo de ser e viver, reforçamos a fuga como afastamento da condição de obrigatoriedade e respeito às normas impostas pela instituição. Nesse sentido, embora percebamos que Carvalho (2012) trate o alcoolismo como um modo de fuga, no sentido de esquecimento dessas normas, e o suicídio como ato extremo de resistência; em nossa análise, desprezamos essas duas possibilidades de evasão, por avaliá-las mais como forma de desistência do que de resistência às posturas institucionais. Ademais, julgamos que as propagandas institucionais divulgadas pelo governo do estado tomavam as atividades laborais dos internos no ambiente institucional como forma de evasão psíquica da condição de isolamento, argumento com o qual também não

assentimos. Nos baseamos precisamente sobre a tentativa de compreender as saídas do espaço físico institucional, atos que aqui são entendidos precisamente como as evasões dos corpos dos internos do espaço de isolamento da colônia de forma intencional e sob segredo, ou por outros meios, constituindo-se como modo de não submissão às normas ali impostas.

A preocupação com o risco de fuga dos doentes já estava sendo discutida, desde os primórdios do debate sobre o melhor modo de isolamento, institucionalização e medicalização do problema da lepra e dos leprosos no Brasil. Desde a primeira década do século XX, a controvérsia entre os que afirmavam o isolamento insular e outros que defendiam a recriação de espaços sociais e administrativos em cidades exclusivas para esses grupos (SANTOS, 2011; CUNHA, 2010), tinha como tema secundário a necessidade de impedir o contato entre os doentes e sãos e, portanto, a inibição das fugas dos internos.

O PROBLEMA DA LOTAÇÃO DO LEPROSÁRIO E DA ASSISTÊNCIA ÀS FAMÍLIAS DE DOENTES EM GOIÁS

As más condições institucionais, a falta de contato e a falta de assistência às famílias de doentes isolados são costumeiramente apontados dentre os principais argumentos justificadores das fugas. Isso porque a crise financeira do Estado e as fugas dos doentes fazem parte de um mesmo processo, estão na base de questionamento à política antileprótica isolacionista e diretamente ligadas à impotente assistência aos internos e suas famílias. Os pontos fracos daquela política, como a dificuldade de vigilância dos comunicantes, a ocultação dos novos casos, a fuga dos novos doentes identificados pelos dispensários itinerantes com medo do isolamento e daqueles já isolados para dar

assistência às famílias, a dificuldade de reajustamento social daqueles que recebiam alta, etc., estavam todos direta ou indiretamente ligados à incapacidade do Estado de estabelecer uma séria política de assistência social às famílias dos institucionalizados. Essas dificuldades continuariam assombrando os externos e os internos dos leprosários.

No caso da instituição isolacionista goiana inaugurada em 1942, por exemplo, já tinha que lidar em 1948 com a “insuficiência de recursos financeiros” que, como explica o governador do estado Jeronymo Coimbra Bueno, “trouxe dias difíceis para a vida da Colônia Santa Marta [...]”; e acrescenta que “somente, em alguns casos, a dedicação de seu diretor e funcionários evitou que graves crises comprometessem a sobrevivência da instituição”(BUENO, 1949, n.p.).Defendia o estabelecimento da “Taxa de Combate à Lepre”que permitiria o aumento da arrecadação a ser encaminhada à instituição e a melhora nas condições de sua manutenção -incidindo sobre os maiores de 21 anos, menores de 21 e mulheres quando exercessem função pública, isentando do pagamento, por motivos óbvios, “os miseráveis, mendigos e indigentes”, sob a responsabilidade da caridade pública – decreto aprovado e transformado em lei no ano seguinte (GOIÁS, 1949a).

Com a criação da taxa, organiza-se o Caixa Beneficente. Francisco Balduino Santa Cruz foi designado para sua administração, sendo a sua atividade considerada como de “serviço público relevante” (Ibidem). Os órgãos públicos elaboraram uma severa fiscalização dos ganhos e gastos decorrentes desta cobrança .A verba estava inicialmente voltada para a melhoria das condições de vida nos estabelecimentos de isolamento. Acreditava-se que o aumento das atividades de lazer e ocupação do tempo passado na instituição facilitaria a integração naquela nova vida e comunidade, evitando-se as evasões. Desde cedo no Brasil, a própria

discussão do modelo isolacionista e de profilaxia da doença considerava a constituição de elementos de facilitação da vida em insulamento (lazer, biblioteca, cinema, teatro, etc.) que tornaria aquela condição menos penosa. Melhores condições hodiernas e facilitação da vida em isolamento se contrapunham a elementos definidores da condição de enfermo isolado, tais como: a incurabilidade da doença, a severa punição às infrações cotidianas, o aprisionamento em pequenos delitos e em casos de contestações na instituição. Essa incongruência levava muitas vezes à decisão tomada pelos doentes de que a fuga para vivência da doença ao lado da família, em ambiente menos hostil, era a melhor opção (DUCATTI, 2008).

A efetivação da Taxa de Combate à Lepra, o recebimento de medicamentos e verbas auxiliares do Serviço Nacional de Lepra e a doação financeira feita pelo governo do estado de São Paulo para um estabelecimento com apenas cinco anos de existência, eram atos que ao mesmo tempo que expunham as dificuldades já existentes, preconizavam no discurso da autoridade do executivo “melhores dias” para a Colônia (BUENO, 1949, n.p.). Dilma Cabral (2007) explica que a implantação de contribuição para arrecadação de verba para o fundo especial de lepra era a renovação de uma prática que já havia sido ensaiada no Brasil na década de 1920, quando o governo federal instituiu uma taxa sobre a venda de bebidas alcoólicas, cujos valores arrecadados seriam destinados ao “Fundo Especial de Lepra”. No entanto, as verbas foram usadas para outros fins, o que levou à extinção do Fundo (COSTA, 2007).

Em Goiás, em 1949, o direcionamento da renda obtida por meio da Taxa de Combate à Lepra foi ampliado em relação àquele inicialmente proposto. Segundo um decreto daquele ano, ela deveria ser utilizada em trabalhos de execução de obras para a ampliação da capacidade da

Colônia e construção de novas oficinas; reparos de prédios, consertos do material permanente e melhoria das instalações; suplementação de alimentação, vestuário, medicação e combustível; ampliação e aperfeiçoamento do quadro técnico; diversões e assistência social aos internados e amparo de suas famílias; desapropriação de terras adjacentes; recenseamento, auxílio ao funcionamento de dispensários nos municípios, transporte e internação dos doentes do interior (GOIÁS, 1949b).

A criação da taxa era explicada pelo fato de que o hospital sofria com a superlotação. Explicava o governador em relatório que “há atualmente uma média de 5 doentes para cada quarto, onde haveria lugar apenas para 3” (BUENO, 1949, n.p.). O chamado otimismo isolacionista levou ao aparecimento do problema da lotação em vários leprosários espalhados pelo país. Em Pernambuco, o Leprosário/Hospital de Mirueira, “foi considerado por muitos, um depósito de moribundos, de doentes apavorantes”; era percebido como sendo “o lugar onde os leprosos deveriam esperar a morte, longe de seus entes queridos, esquecidos pelos sadios” e afastados dos espaços ocupados das cidades (OLIVEIRA, 2011, p. 120). Em Goiás, mesmo com identificação desse problema, o governador apontava que o objetivo era o afastamento de “todos os doentes contagiantes de lepra até 1950”(BUENO, 1949, n.p.). A finalidade da política profilática se chocava com a incapacidade financeira de construir novas instituições. A resposta foi o redirecionamento da taxa recentemente criada e das verbas federais para o aumento da capacidade de recebimento de novos doentes (Ibidem).

Em consequência da crise financeira que atingia diretamente os “Serviços de Combate à Lepra”, a Colônia Santa Marta dava mostras de dificuldades cotidianas. Desde o seu nascimento reclamava da

existência de problemas para contratação de pessoal e manutenção de serviços básicos. O *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, em 1943, expõe a constatação de que o principal empecilho para o desenvolvimento do trabalho se constituía de uma “deficiência de pessoal”. Em 1944, se somavam ainda as dificuldades advindas da crise internacional da Segunda Guerra, que encarecia os combustíveis e dificultava o trabalho de locomoção, inclusive para o serviço do censo.

O acompanhamento das informações divulgadas pelo *Correio Oficial* do estado de Goiás mostra a dificuldade de organização e manutenção de profissionais na instituição e mesmo nos órgãos da administração sanitária, aliada a um intenso trânsito e escassez do número de profissionais nos postos relativos às atividades de saúde. O diretor Mário Purri, em 1947, abandonou o cargo sob acusação de má gestão das verbas recebidas, ele lidava, desde 1945, com um inquérito administrativo instaurado pelo Departamento de Saúde do Estado em decorrência de sua atuação no Serviço de Profilaxia da Lepra e na Colônia Santa Marta (de acordo com o Estatuto dos Funcionários Civis do Estado) (CORREIO OFICIAL, 1945; GOIÁS, 1947d).

Em 1947, ao abandono do cargo do diretor Mário Purri, se somou o afastamento do médico leprologista Domingos Albino Alves, justificado por suas condições de saúde (GOIÁS, 1947a). Percebe-se a contratação para o trabalho na atividade de profilaxia da enfermidade de profissionais que não possuíam especialização na área. Foi o caso do médico Valdemar da Silva Caldas que, logo após a nomeação, foi encaminhado ao Rio de Janeiro para fazer o Curso de Serviço de Profilaxia, sob a orientação do Departamento Nacional de Saúde (GOIÁS, 1947b). Em 1948, o Departamento de Saúde divulgava portaria determinando José Magalhães da Silveira Filho, médico-sanitarista, para o exercício de suas

atividades no Hospital de Isolamento. A nomeação é tornada sem efeito, indicando que possivelmente o médico nunca tenha assumido suas funções (GOIÁS, 1947c, 1949c).

As condições de trabalho, os afastamentos dos médicos, a dificuldade de contratação de pessoal, somados aos afastamentos para formação ou por motivos de saúde, levavam à contratação de pessoal não especializado, o que exigia a ação do governo em prover formação específica. O cotidiano interno da instituição parecia exprimir as dificuldades na organização, por parte dos órgãos públicos e da sua administração. Com ocorrência de evento noticiado pelo próprio Diário Oficial, que indicava a penalização com multa de um funcionário em decorrência de ofensa física e desordem (GOIÁS, 1948).

Esse quadro de desordem e conflitos na administração não poderia ser compreendido como elemento relacionado às fugas? Em outras palavras, as fugas não seriam repercussão dessas ingerências políticas?

FUGA E SUBJETIVIDADE: O CUIDADO COM OS FILHOS E A FAMÍLIA

Carvalho (2012) aponta que no espaço dos hospitais-colônias, a dificuldade vivida pelos moradores para recebimento de visitas, em decorrência do rigor imposto pelos regulamentos internos dessas instituições, pode ser um dos elementos que os impeliam às fugas. Em Santa Isabel, além dessa justificativa, a busca pelo lazer, a necessidade de contato com o mundo externo (fosse para resolver questões administrativas ou simplesmente para exprimir seu direito de ir e vir), e a dificuldade para conseguir licenças da administração institucional que lhes permitissem se ausentar, explicavam as evasões.

Henrique de Aquino, como resultado de um “estudo da psicologia do leproso”, apresentado em 1948, afirma que a “saúde da família e negócios a resolver” eram os principais móveis das fugas de doentes dos leprosários/colônias; estes, diante do afastamento e da vida que deveria ser reorganizada em outros moldes, sentiam-se abandonados ou abandonando os seus e eram impelidos por esses sentimentos a buscarem os seus entes, o que, muitas vezes, era possível apenas por meio de fugas (AQUINO, 1948, p. 243).

Em narrativas de memórias de egressos, se comenta que tanto as fugas quanto os suicídios eram comuns e justificados por questões emocionais: a saúde, a falta de relações com parentes, a dor constante pela perda das feições do rosto, o insulamento, as condições irregulares de vida e ainda a falta de perspectiva de cura (CHAVEIRO, 2005). Carolina de Oliveira (2011) argumenta que o hospital era em síntese o espaço onde a subjetividade era perdida. Acrescenta que a política profilática tinha o papel de transformar indivíduos e corpos em números e cifras para os seus quadros estatísticos. Pois “quando entravam no Hospital, deixavam de ser João ou Maria, e passavam a ser um número a mais nas estatísticas oficiais, e um doente a menos perambulando entre os sãos” (OLIVEIRA, 2011, p. 120). As instituições puniam severamente as tentativas e os sucessos nos empreendimentos de fuga. Para tanto, organizavam entre a própria população interna, um corpo de guarda e polícia, agindo cotidianamente corrigindo qualquer desobediência às normas, que eram consideradas faltas graves nos estatutos que geriam a vida em comum nesses estabelecimentos (MONTEIRO, 2003).

Para além das fugas, havia a possibilidade de obtenção de permissão para afastamento provisório ou definitivo das instituições coloniais para enfermos de lepra. A concessão de altas para doentes de lepra no

Brasil obedecia, até 1947, a critérios diferenciados adotados nos diversos serviços. Ela foi uniformizada, naquele ano, por meio de Portaria do Serviço Nacional de Lepra (Portaria n.º 3, de 28 fevereiro de 1947) (BRASIL, 1947).

Nesse processo, as instruções do Serviço Nacional de Lepra se direcionavam à padronização da concessão de transferências para dispensário, de altas provisórias e de altas definitivas para os internos. As exigências de confirmação de boas condições de saúde eram específicas de acordo com a classificação clínica da enfermidade. Assim, para a transferência para dispensário, era exigido seis exames mensais negativos de material da mucosa nasal e da pele, para os doentes com formas tuberculóide ou encaracterística (indeterminada); e para os casos de lepra lepromatosa, eram necessários doze exames mensais negativos consecutivos. Após decorridos dois anos da transferência e mantidos a negatividade baciloscópica e o “estacionamento ou involução das manifestações cutâneas”, esses pacientes poderiam ter direito à alta provisória. Mantidas as mesmas condições clínicas, afirmadas por meio da negatividade dos exames baciloscópicos e da inexistência de lesões clínicas, os indivíduos poderiam pedir, após seis anos de alta provisória, a alta definitiva (Ibidem).

Sendo difícil ou impossível a conquista da alta, a fuga, na maioria das vezes, não representava o abandono da condição institucional, quase sempre significava um interregno nessa relação. Na Colônia Santa Marta, em Goiânia, o número de fugas elevado está demonstrado na mensagem do governo do estado referente ao ano de 1948, que expressa uma mudança no comportamento dos doentes e uma preocupação política.

Tabela 1 - Movimento de Internos da Colônia Santa Marta 1947-1952

	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Internados	-	125	93	-	149	160
Regressados	-	77	82	-	238	206
Óbitos	-	23	21	-	20	14
Evasões	-	139	240	-	297	233
Altas	-	-	10	-	0	12
Transferências	-	-	5	-	0	-
Total de Pacientes	402	423	495	-	545	647

Fonte: Mensagens dos governos do estado de Goiás de 1948 a 1953.

A questão do porquê eles fugiam, no entanto, era respondida pelo Estado considerando elementos de origem subjetiva: “registraram-se no ano passado, 139 fugas. Interrogados, várias vezes, os evadidos, quando regressaram, chegou-se à conclusão de que a maioria das fugas se deve a motivos de ordem sentimental, saudades dos filhos na maioria dos casos” (BUENO, 1949, n.p.). A explicação dos motivos de fuga a partir de justificativas subjetivas pode ser aceita como expressão dos indivíduos ali insulados, mas no caso do pronunciamento político, tais argumentos são usados como pretexto para camuflar a responsabilidade dos órgãos e instituições. O próprio discurso mostra que as autoridades acreditavam que era necessária uma política melhorada de atenção ao doente, pois “proporcionando-lhe tratamento adequado e humanitário, alimentação farta e sadia, diversões e trabalho, é possível reduzir-se ao mínimo o número de evasões [...]” (Ibidem). Muitos dos

fugidos retornavam, como se pode ver pelo próprio documento, no ano de 1948: “foram internados na Colônia 125 doentes e regressaram 77, num total de 202” (Ibidem).

As memórias narradas por muitos doentes indicam que, com o aumento das marcas das doenças e a descoberta da vizinhança, vinham o preconceito contra si e contra seus familiares, e também a perseguição. A saída possível voltava a ser, nesses casos, o retorno à Colônia, para sua sobrevivência e a de sua família (CHAVEIRO, 2005). Assim as fugas não significavam o fim, mas apenas uma pausa na relação institucional.

O maior número de fugidos pertencia ao sexo masculino (116 contra 23 mulheres) naquele ano, o que normalmente indicaria motivos de ordem econômica. A incapacidade do setor público de dar assistência aos filhos dos doentes internados, quando muitos ficavam sob a responsabilidade de familiares que estavam incapacitados de manterem essas crianças, não recebendo apoio do setor público, pode ter sido um agravante do número de evadidos. Se em 1948 o número de 139 evasões, numa população de 423 internos, era considerado alto pelo poder público, já que significava 32% do total, o que dizer do aumento ocorrido nos anos subsequentes: em 1949 passa para 240, numa população de 495 internos, ou seja, 48,5%; em 1951, ocorrem 297 fugas num total de 545 pacientes, perfazendo 54%; e por fim, em 1952, a opção pela fuga começa a diminuir, já que numa população de 647 internos temos 233 evasões, ou seja, 36% do total.

A função central assumida pelas *Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra* era dar assistência aos familiares de internados e buscar melhorias das condições de vivência destes nos espaços coloniais. Diante dos números expostos nas estatísticas, podemos questionar a qualidade de vida no espaço interno da colônia bem como

se a sociedade conseguia cumprir com o seu papel de assistência. Luciano Curi (2002) lembra que o lema da Federação se baseava na defesa dos sãos e controle dos lázaros; desse lema, no entanto, ao que parece a defesa dos sãos parece ter sido, para esse autor, o aspecto central das ações daquela Federação.

O RECRUDESCIMENTO DO PODER INSTITUCIONAL

As instituições coloniais para leprosos tinham no seu modo de ação, de teor profilático, duas características centrais, no que concerne ao poder sobre o doente: “o cerceamento da liberdade e o tutelamento realizado pelo serviço médico oficial” (MONTEIRO, 1987, p. 6). Nesse aspecto, a centralização da política sanitária de combate à lepra facilitou nas décadas de 1930 e 1940 a organização de uma estrutura institucional federal de atenção e assistência aos doentes. No entanto, o grande interesse das campanhas de ação contra a moléstia conquistado, nacional e internacionalmente, vai perdendo terreno e importância política na segunda metade do século XX. Junto a essa mudança política, no campo da ciência se delineava novos meios de ataque à enfermidade com a popularização do uso de drogas (sulfonas). Tais mudanças levavam internacionalmente, por meio dos grandes eventos científicos, ao próprio questionamento do isolamento como profilaxia. Como explicar esse processo? Comenta Curi (2002) que, com o fim da Era Vargas, ocorre a diminuição do interesse político pela questão, além das dificuldades financeiras decorrentes da II Guerra Mundial, que dificultavam aos cofres públicos a manutenção de atividades de assistência sanitária e social.

No Brasil, e em Goiás, antes de se perceber essas transformações, notava-se já no final da década de 1940 a indagação do problema da falta de financiamento público, de profissionais para o trabalho interno das instituições e de meios para manutenção das atividades cotidianas nos hospitais colônias. Especificamente em Goiás, a instituição vivia graves dificuldades para a obtenção de medicamentos (BUENO, 1049), contrapondo-se ao modelo apresentado nas propagandas na ocasião de sua inauguração, que propunha um tratamento humanizado e moderno, e criticava as instituições filantrópicas e asilares, por manterem os doentes em situação de “promiscuidade” diante da população sadia. Em contraposição à eloquência das propagandas, a Colônia viveu sérios momentos de contenção de despesas e de crise financeira - o que deve ser considerado importante elemento justificador das fugas de internos - o *Jornal do Povo*, em 1946, denunciava:

(...) às autoridades estaduais, que os leprosos da Colônia Santa Marta estão fugindo daquele estabelecimento e invadindo as cidades do interior, inclusive esta capital (sic) onde se localizam nas residências de seus parentes. Nenhum dos foragidos foi ainda capturado pela polícia, razão por que o *Jornal* pede urgentes providências do governo para evitar a promiscuidade dos leprosos com pessoas sãs (O JORNAL DO POVO, 1946, p. 6).

A análise das fugas, das condições de sobrevivência, da incompetência na oferta de terapia apropriada e da assistência material cotidiana (alimentos, vestuário, etc.), das condições de conservação da estrutura física do prédio e das mortes de internos, mostra um problema na política de combate à lepra em Goiás no final da década de 1940.

Diante de uma doença incurável, mas pouco letal, o número de óbitos incomoda; se sucederam 23 mortes de internos, todos computados no ano de 1948. E o que mais chamava a atenção era que havia ocorrido uma “baixa relativamente pequena, em comparação com o número de óbitos registrados em anos anteriores” (BUENO, 1949, n.p.). O que poderia ser explicado, segundo os discursos oficiais, pelo fato de que,

[d]urante quase todo o ano, a falta de médicos foi um grave óbice, mas, já no fim de 1948, se podia contar com um leprologista e um clínico. Melhorias nítidas foram adotadas com o tratamento pelas sulfas, nos casos em que esse tratamento foi coadjuvado por severo tratamento geral e boa alimentação (Ibidem).

Sobre a condição física da instituição se acrescenta que, desde a construção, o prédio não tinha recebido melhorias ou reformas, o que, além de prejuízos na atenção que se poderia oferecer, levava a estragos em relação ao material já existente e que poderia perder-se em qualidade. Vale acrescentar que a construção dos prédios que compunham a Colônia foi iniciada em 1937 e a ocupação ocorre em 1942, quando já se criticava a deterioração de alguns deles. Na oferta de serviços, os problemas atingiam os setores de oftalmologia e otorrinolaringologia, que não funcionavam por falta de técnicos e especialistas, mostrando que era necessário o investimento na área, aumento do número de pessoal e material. A política estadual de combate à lepra passava por uma crise. Em 1948, a Colônia Santa Marta sofria com uma “ligeira superlotação”, atendendo a 430 doentes, e o problema poderia se agravar, já que

[o] censo de lepra foi incentivado, sendo fichados 1.389 doentes, faltando ainda o inquérito em 22 municípios. Avaliando-se em 2.000 o número de leprosos em todo o Estado e sendo o índice de contagiante em torno de 80%,

deduz-se que haverá necessidade de isolamento de 1.600 doentes, isto é, três vezes mais que o número atualmente isolado (CORREIO OFICIAL, 1948).

Para esse problema, a saída era o entendimento com as autoridades federais no sentido de aumentar a capacidade de isolamento da instituição, já que a lepra havia sido construída sobre esse fundamento. Para tal acordo se deu “a recente vinda a Goiaz do Senhor Diretor do Serviço de Profilaxia da Lepra e de vários médicos” (Ibidem). Em 1949, as autoridades estaduais e federais empreenderam um acordo de cooperação e federalização de várias atividades da instituição. As deliberações e verbas deste acordo foram voltadas para o aumento da capacidade de isolamento, organização de meios para busca de novos casos e de fugitivos.

Em dezembro de 1949, o governador do estado, Jerônimo Coimbra Bueno e Clemente Mariani Bittencourt, representando o Ministério da Saúde, assinam um termo de acordo para execução de obras com verba no valor de dois milhões de cruzeiros (Cr\$ 2.000.000,00). No acordo, que dava início ao processo de federalização do serviço de combate à lepra no estado, competia ao governo federal oferecer, além das verbas para a realização das obras, o auxílio técnico, enquanto o desenvolvimento da obra ficava sob a responsabilidade do Estado (GOIÁS, 1949d).¹

A “Taxa de Combate à Lepra” possuía uma extensa lista de elementos para satisfazer, o que se justificava diante do pequeno orçamento da Receita para o exercício de 1949. A verba, para o Serviço de Profilaxia da Lepra era de sessenta e seis mil cruzeiros (Cr\$ 66.000,00),

¹ A verba era direcionada para a construção de casa para médico, necrotério, sala para velório, seis pavilhões do tipo *Carville*, uma garagem e residência do motorista, um pavilhão para 50 crianças, uma delegacia e um manicômio, dois grupos de casas geminadas e uma capela, e transformação do pavilhão de serviços sociais em enfermaria. Parte destes estabelecimentos seriam inaugurados em 1953 durante a gestão de Pedro Ludovico Teixeira.

especificamente para pagamento de pessoal efetivo (CORREIO OFICIAL, 1948d). Considerando a participação do governo federal no financiamento dos serviços médicos e de aumento da capacidade de atendimento da instituição, ficava para o governo estadual sustentar a manutenção da instituição, atividade para a qual não se via indicação de verba específica no orçamento. A campanha de profilaxia da lepra estava no centro do debate sobre as condições em que o governo estadual desenvolvia as atividades inerentes à saúde pública, isso porque, desde outubro de 1951, seguindo o estabelecido no acordo de 1949, “passou a Colônia Santa Marta de Goiânia a ficar sob a administração, técnica e administrativa, do Serviço Nacional de Lepra” (TEIXEIRA, 1953).

Essa mudança nos rumos da política se sustentava na lei que fixava as Normas da Profilaxia da Lepra no Brasil, que rezava que “aos Estados, ao Distrito Federal e aos Territórios será facultado entregar ao Serviço Nacional de Lepra, mediante acordo bilateral, a execução parcial ou total, nas respectivas zonas, de campanha contra a lepra” (BRASIL, 1949, Art. 3º). Tal procedimento levou, por exemplo, à transferência da chefia do Serviço Estadual de Profilaxia de Lepra a João Damasceno Baeta, médico do Serviço Nacional de Lepra, que assumiria, a partir de então, os trabalhos de orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços e órgãos de profilaxia (GOIÁS, 1952a).

Em 1951 ocorre a conclusão do processo de federalização do serviço de assistência aos doentes de lepra em Goiás. O contrato previa a transferência da direção geral de campanha e execução de todas as medidas de profilaxia para o Serviço Nacional de Lepra do Ministério da Educação e Saúde. Esse órgão se responsabilizaria pela “[...] administração, conservação, manutenção e ampliação dos estabelecimentos e serviços de profilaxia atualmente em funcionamento no Estado de Goiás, e a

montagem, daqueles que forem julgados necessários de acôrdo com o desenvolvimento da Campanha” (AGRÍCOLA, 1951, p. 38).

A contribuição da União, com um milhão e quinhentos mil cruzeiros (Cr\$ 1.500.000,00), e o auxílio de trezentos mil cruzeiros (Cr\$ 300.000,00) para prosseguimento da construção e equipamento da Colônia Santa Marta, indicam a manutenção, reforço e expansão do modelo isolacionista. A contrapartida exigida do estado de Goiás era no sentido de oferecer uma contribuição financeira de seiscentos mil cruzeiros (Cr\$ 600.000,00) para aquele ano; e, se prorrogado o acordo, se comprometia a oferecer uma cota anual de um milhão e duzentos mil cruzeiros (Cr\$ 1.200.000,00), a manutenção dos funcionários não efetivos e a inclusão no orçamento de 1952 de dotações para reparos no leprosário e dispensários. O plano de trabalho de profilaxia da lepra previsto no acordo compunha-se da indicação de um médico pelo Serviço Nacional de Lepra, para superintender as atividades de direção técnica e administrativa no estado, incluídos a Colônia Santa Marta, que se subordinaria àquela superintendência, e os dispensários de Rio Verde e Goiânia; a criação do serviço médico itinerante para “controle e vigilância sanitária dos doentes e comunicantes dos municípios não abrangidos pelos dispensários existentes ou a serem montados” e das crianças internadas no Educandário Afrânio de Azevedo; bem como todas as atividades administrativas relacionadas a essas instituições (Ibidem, p. 39).

Nas despesas do Estado para o ano de 1952, das verbas indicadas para o Serviço de Profilaxia da Lepra, de um total de noventa e oito mil cruzeiros (Cr\$ 98.000,00), cinquenta mil, ou seja, mais da metade, eram indicados para dispêndio com todo o serviço; além desses valores, se apresentavam gastos com material de consumo ou produtos

alimentícios para a Colônia Santa Marta, o Hospital Oswaldo Cruz, o Centro de Tratamento Rápido e o Hospital de Alienados (GOIÁS, 1951a).

O Termo Aditivo ao acordo celebrado em 1951, entre a União, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde, e o estado de Goiás, para a intensificação da profilaxia da lepra no estado, obrigava o Estado a contribuir anualmente com verba de um milhão e quinhentos cruzeiros (Cr\$ 1.000.500,00), para “dotações destinadas a reparos e construções de leprosário e sedes de dispensários ou adaptações que serão aplicadas de acordo com a orientação do Serviço Nacional de Lepra” (GOIÁS, 1951b). Em contrapartida, o governo federal investiria o montante de três milhões de cruzeiros (Cr\$ 3.000.000,00) que deveriam ser utilizados na melhoria das condições físicas do estabelecimento (Ibidem).

Em 1952, o governo do estado repassou para o Serviço de Profilaxia de Lepra o valor de cento e cinquenta mil cruzeiros (Cr\$ 150.000,00) para a construção da “ponte sobre o Rio Meia Ponte, no local da Estação da Estrada de Ferro denominada Santa Marta” (GOIÁS, 1952b). A verba era oriunda da anulação do previsto no exercício anterior com pessoal (possivelmente por causa da transferência dessa responsabilidade para o governo federal), segundo o previsto na Lei n.º 606, de 15 de julho de 1952 (Ibidem). Para o aumento da estrutura institucional para busca de novos casos, o governo de Goiás, “não dispondo de recursos à altura de sua missão”, repassa ao governo federal, por meio de acordo firmado, os dispensários de Goiânia e Rio Verde, e inicia a instalação de novos nas cidades de Goiás, Anápolis e Ipameri. Para além dessas obras, o orçamento público do estado de Goiás para o exercício de 1953 fixava subvenções ordinárias às instituições assistenciais e lançava o Edital de Concorrência Pública para expansão da estrutura física do leprosário em Goiânia (GOIÁS, 1952c, 1952d).

A federalização dos serviços no Leprosário de Goiânia parece ter sido o último ato no teatro da expansão da capacidade de isolamento institucional. Isso porque, como anteriormente proposto, o avanço científico impunha o questionamento daquele modelo profilático, da mesma forma que a prática expunha a não diminuição do número de doentes no Brasil em decorrência do isolamento. Um discurso científico novo impelia cientistas, médicos e a sociedade a pensarem novas políticas e medidas sanitárias para o controle da doença. O avanço do acesso aos medicamentos quimioterápicos (MACIEL, 2004), o questionamento das práticas isolacionistas por parte das entidades internacionais e a diminuição do financiamento público para essas políticas (GOMIDE, 1991) indicavam novo caminho no controle da moléstia.

Como resposta à lotação e como resultado dos valores percebidos, o novo governador Pedro Ludovico Teixeira, em sua mensagem, comemorava a entrega demais seis pavilhões do tipo *Carville*, três grupos de casas geminadas, um prédio para delegacia, manicômio e um pavilhão para 50 crianças, todos construídos em 1952 com verbas obtidas através do Departamento Nacional de Lepra; e informava a existência de outras construções em andamento para aquela Colônia (TEIXEIRA, 1953).

Na análise oficial, as fugas eram explicadas pelas questões subjetivas e problemas na oferta de assistência eficiente, e respondidas com a expansão do controle, o aumento da capacidade de fiscalização, a identificação e isolamento de novos casos. Com a construção de novos dispensários e expansão da estrutura física da Colônia, novas famílias teriam seus entes isolados e afastados. Nesse aspecto, como lembra Márcia Dorneles (2005), precisamos considerar que eram os dispensários os espaços especificamente constituídos dentro da política de profilaxia da lepra, como motor de imposição das estratégias de

fiscalização e de controle, buscando impedir repressivamente o contato entre os doentes e os sãos, utilizando-se nesse sentido do seu poder de polícia, na caça aos doentes e no seu isolamento, ou na observação quando não havia risco do contágio. Por outro lado, como salienta Gomide (1991), o extensivo controle, ao humilhar e estigmatizar esses indivíduos, era também o responsável pelo modo como estes fugiam e se ocultavam das ações interpostas pelas instituições de profilaxia.

Analisar com mais cuidado a questão das fugas dos doentes nas décadas de 1940 e 1950 se faz necessário porque é preciso considerar que nem todos os internos isolados na Colônia Santa Marta o foram por opção, grande parte respondia à obrigatoriedade, com seu sequestro pela polícia sanitária e condução coercitiva para o internamento. Em Goiás, embora não saibamos da existência de vagões específicos no trem cuja linha, após a década de 1950, margeava a instituição, havia “um grande ônibus apropriado para a condução de leprosos” comprado pelo Serviço de Saúde Estadual (LAVOURA E COMÉRCIO, 1945, p. 2).

Em 1953, em decorrência do acordo celebrado com a União, o que se propunha era o aumento da capacidade de internamento da Colônia Santa Marta. A fiscalização dos casos de doentes não identificados se alargava com a instalação de quatro novos dispensários em Anápolis, Ipameri, Goiás e Rio Verde, e a compra de cinco veículos (Jeep) para maior mobilidade e agilização das funções dos novos dispensários em relação ao leprosário (A NOITE, 1953, p. 8). A formação de uma Comissão de Alta era uma estratégia para barrar as evasões, pois possibilitava ao isolado a transferência para dispensário. A obtenção da alta médica dentro de normas exigentes como submissão “aos mais rigorosos exames clínicos e de laboratório” – iniciava o processo da vida fora do

isolamento “onde [os ex-internos] passarão por um estágio de adaptação à vida do homem sadio” (A NOITE, 1954, p. 3).

A comissão aprovava 12 transferências para dispensário em 1953 e 46 no ano seguinte (Ibidem). Essas eram, no entanto, respostas ao problema daqueles que poderiam ser considerados em condições de sair do estabelecimento, segundo as normas e o olhar perscrutador dos médicos e outros poderes da instituição. Aos demais, continuava, como única opção viável, a contestação ao modelo e às regras impostas, mantendo-se um jogo de poder observado no cotidiano da Colônia Santa Marta.

E mesmo com a intervenção federal, denunciava o deputado Almir Turisco de Araújo, em 1956, que o Estado não cumpria sua parte no acordo, indicando a possibilidade de fechamento da instituição. Insistia que era devido ao fato da direção geral do Serviço Nacional de Lepra colocar as verbas, cuja quantia era considerada como “ínfima”, “em regime de economia”, o que não permitia, em sua explicação “atender às necessidades da Colônia” (PACOTILHA, 1956, p. 1).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse artigo, nossa tese consiste em afirmar que na instituição Colônia Santa Marta, os regulamentos impõem um modo de comportamento, que incita de outro lado a reação a essas regras e normas, levando à busca de um ajuste por meio de lutas ou, como no caso em análise, de ações de resistência menores e cotidianas: as fugas. Essas ações são expressões dos jogos de poder que se instauravam internamente e que permitiam aos indivíduos estabelecer espaços mínimos de liberdade e autonomia. A leitura da resistência traz como argumentos o fato de que, no século XX, ocorre um processo intenso de medicalização

dos corpos, que sob o controle de instituições tiveram que se subordinar a regras estritas e sofrer interferência, inclusa a de imposição de separação familiar e afastamento do seu meio e cotidiano.

Como compreender as fugas de internos? Essas fugas são percebidas como um dos modos de resistência à intervenção e ao poder médico. Explicados pelos internos, as fugas são percebidas como forma de imposição do desejo de liberdade e de manter os laços familiares. Observadas de fora, expõem a contestação ao modelo de isolamento imposto pelas instituições, ausentar-se dos espaços institucionais expressava o questionamento às suas regras e normas de convívio. Analisadas pelas instituições e pelo Estado, as fugas indicavam a necessidade de recrudescimento do isolamento, o que, ao que parece, redundaria em um jogo contínuo de maior reação da população isolada.

Desse modo, o que buscamos apontar foram as condições materiais de vivência e o fortalecimento do poder político isolador. Considerando a existência de crise institucional, e se dentro da crise os próprios representantes do Estado apontam a possibilidade de melhoria das condições de vida institucional como meio para o impedimento das fugas, as ações estatais se dão precisamente no caminho de aumento da institucionalização e do poder disciplinar em detrimento da primeira opção. Em Goiás, para as questões de problematização da crise financeira, superlotação e fugas; a resposta ocorre com a federalização, a expansão da estrutura isolacionista e de busca de novos casos (construção de novos pavilhões, de novos dispensários, de cadeia, de manicômio, de residências, etc.). O recrudescimento do rigor institucional na busca de enfermos em meio às críticas às condições de vida em isolamento, só pode ser compreendido como elemento contraditório a incentivar o aumento do número de fugas, numa ciranda sem fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AGRÍCOLA, Ernani. Lepra no Brasil Central. **Revista Arquivos de Saúde Pública**, IPEHBC, n. 2, p. 38, dez., 1951.
- AGRÍCOLA, Hernani. Lepra no Brasil Central. **Revista Arquivos de Saúde Pública**, ano I, n. 2, p. 38-49, dez., 1951.
- AQUINO, Henrique de. Um estudo da psicologia do leproso. In: **Arquivos Mineiros de Leprologia**, ano VIII, n. III, jul., 1948.
- ARMUS, Diego. Prefácio. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MARQUES, Vera Regina Beltrão (orgs.). **Hanseníase a voz dos que sofreram o isolamento compulsório**. Curitiba: Editora UFPR, 2011.
- BRASIL. Lei n.º 610, de 13 janeiro de 1949. Fixa normas para a profilaxia da lepra. **Diário Oficial da União**, publicado em 02/02/1949. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/l0610.htm. Acesso em: 9 abr. 2021.
- BRASIL. Portaria n.º 3, de 28 de fevereiro de 1947. Instruções Reguladoras da concessão de altas aos doentes de lepra. SERVIÇO NACIONAL DE LEPRAS. BMS. **Arquivos Mineiros de Leprologia**, ano VII, n. 2, p. 75-80, abr., 1947.
- BUENO, Jerônimo Coimbra. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do estado de Goiás, ao iniciar-se a sessão ordinária de 1949, pelo Governador Jerônimo Coimbra Bueno (Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 250). **Correio Oficial**, Goiânia, 2 mai., 1949.
- CARVALHO, Keila Auxiliadora de. Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal Fluminense**, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, Niterói, 2012.
- CHAVEIRO, Eguimar Felício. **A vida é um engenho de passagens**. Goiânia: Deescubra, 2005.
- COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. Entre ideias e ações: medicina, lepra e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal Fluminense**, Departamento de História, Niterói, 2007.

CUNHA, Vivian da Silva. Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 939-954, out./dez., 2010.

CURI, Luciano Marcos. Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil: 1935/1976. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2002.

DORNELES, Márcia Mattos. A hanseníase e a política de saúde em Uberlândia. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em Geografia. **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, 2005.

DUCATTI, Ivan. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudo sobre o discurso científico legitimador. Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História. **Universidade de São Paulo (FFLCH)**, São Paulo, 2008.

EDITAL. O Presidente da Comissão de Inquérito Administrativo Dr. Domingos Albino Alves convida o Dr. Mario Purri, Diretor do Serviço de Lepra e Colônia Santa Marta a fazer sua defesa em um inquérito administrativo movido contra ele pelo Diretor do Departamento Estadual de Saúde (Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 239). **Correio Oficial**, 25 jul., 1945.

EM crise a Colônia Santa Marta. **Pacotilha: O Globo**, Maranhão, p.1, 5 jul., 1956.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

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

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOIÂNIA está sendo invadida por leprosos. **O Jornal do Povo**, Rio de Janeiro, p. 6, 22 mar., 1946.

GOIÁS. Decreto de 14 de março de 1949. Indica os usos e aplicações da taxa de combate à lepra na Colônia Santa Marta. **Correio Oficial**, Goiás: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 250, 7 abr., 1949b.

GOIÁS. Decreto Lei n.º 4.920. **Diário Oficial**, Goiânia, 12 fev., 1952a.

GOIÁS. Decreto n.º 243, de 31 dezembro de 1952. Fixa subvenções ordinárias às instituições assistenciais. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 261, 1952d.

GOIÁS. Decreto n.º 806, de 31 de janeiro de 1949. Regulamentava a cobrança de vinte cruzeiros/Cr\$ 20 e Lei n.º 306, 2 maio 1949. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Público Estadual de Goiás, col. 250, 6 fev., 1949a.

GOIÁS. Decretos da Secretaria da Educação e Saúde (Decretos do dia 26). Autoriza ao “médico-leprologista, internista da Colônia, padrão U, dr. Valdemar da Silva Caldas” a fazer um curso do Serviço de Profilaxia da Lepra sob a direção do Departamento Nacional de Saúde” recebendo normalmente os vencimentos e ainda uma gratificação. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 243, 2 jul., 1947b.

GOIÁS. Lei n.º 322, de 30 de novembro de 1948. Trata sobre o aproveitamento de médico leprologista no cargo de médico sanitarista. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 251, 29 dez., 1949c.

GOIÁS. Lei n.º 570, de 14 novembro de 1951. Orça a receita e fixa a despesa do estado de Goiás para o exercício de 1952. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 258, 24 out., 1951a.

GOIÁS. Lei n.º 606, de 15 de julho de 1952. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 261, jul./dez., 1952b.

GOIÁS. Lei n.º 728, de 14 novembro de 1952. Orça a receita e fixa a despesa do estado de Goiás para o exercício de 1953. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 261, 1952c.

GOIÁS. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado. Termo Aditivo ao acordo celebrado entre a União, por intermédio do Ministério da Educação e Saúde e o Estado de Goiás, para a intensificação da profilaxia da lepra no território do referido estado. **Diário Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 264, 27 set., 1951b.

GOIÁS. Portaria n.º 29, de 16 de abril de 1947. Determina que o médico leprologista Domingos Albino Alves assuma a partir daquela data a chefia do Serviço de Profilaxia da Lepra. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 242, 24 abr., 1947d.

- GOIÁS. Portaria n.º 168, de 20 de novembro de 1947. Concede licença ao dr. Domingos Albino Alves de noventa dias referentes a 16 set., a 14 de dez. para tratamento de saúde. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 243, 25 nov., 1947a.
- GOIÁS. Portaria n.º 31, de 18 de abril de 1947. Determina que o médico sanitarista Jose Magalhães da Silveira Filho “tenha exercício no Hospital de Isolamento de Goiânia”. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 242, 29 abr., 1947c.
- GOIÁS. Portaria n.º 7 do Diretor do Serviço de profilaxia da Lepra dr. Rodovalho Domenici afastando por 7 dias o condutor de veículos Thomaz Ricardo do Valle por ofensa verbal contra o administrador da Colônia Santa Marta José Pelles. **Correio Oficial**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 243, 9 mar., 1948.
- GOIÁS. Previsto no Anexo n.º 17, da Lei n.º 537, de 14 dezembro de 1948. **Diário Oficial**, Goiânia, 16 dez., 1949d.
- GOMIDE, Leila Regina Scalia. Órfãos de Pais Vivos: a lepra e as instituições preventoriais no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade de São Paulo**, São Paulo, 1991.
- MACIEL, Laurinda Rosa. A solução de um mal que é um flagelo: notas históricas sobre a hanseníase no Brasil no século XX. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul (orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. **Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo**. Hansen Int., 12(1):1-7, 1987.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in Sao Paulo. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 95-121, 2003.
- MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: **História do corpo: as mutações do olhar: o século XX**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- OLIVEIRA, Carolina Pinheiro Mendes Cahu de. Estamos aqui para nosso bem ou para o bem dos outros? O isolamento de leprosos em Pernambuco (1940-1960). In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MARQUES, Vera Regina Beltrão (orgs.). **Hanseníase a voz dos que sofreram o isolamento compulsório**. Curitiba: Editora UFPR, 2011.

QUARENTA e seis hansenianos obtiveram alta. **Jornal A noite**, Rio de Janeiro, p. 3, 25 mar., 1954.

REALIZAÇÕES da secretaria de saúde de Goiás. **Jornal A noite**, Rio de Janeiro, p. 8, 20 jun., 1953.

REFORMA do Serviço Público do Estado. **Correio Oficial**, Goiânia, 3 maio, 1948.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p.253-274, dez., 2011.

SERVIÇO de pronto socorro em Goiaz. **Jornal Lavoura e Comércio**, Uberaba, p. 2, 28 dez., 1945.

TEIXEIRA, Pedro Ludovico. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa pelo Governador Pedro Ludovico Teixeira, para o ano de 1952 (Arquivo Histórico Estadual de Goiás, col. n. 263). **Diário Oficial**, Goiânia, col. n. 263, 19 maio, 1953.

6

OS 70 ANOS DA VILA SÃO JOSÉ BENTO COTTOLENGO DE TRINDADE

Bento Alves Araújo Jayme Fleury Curado

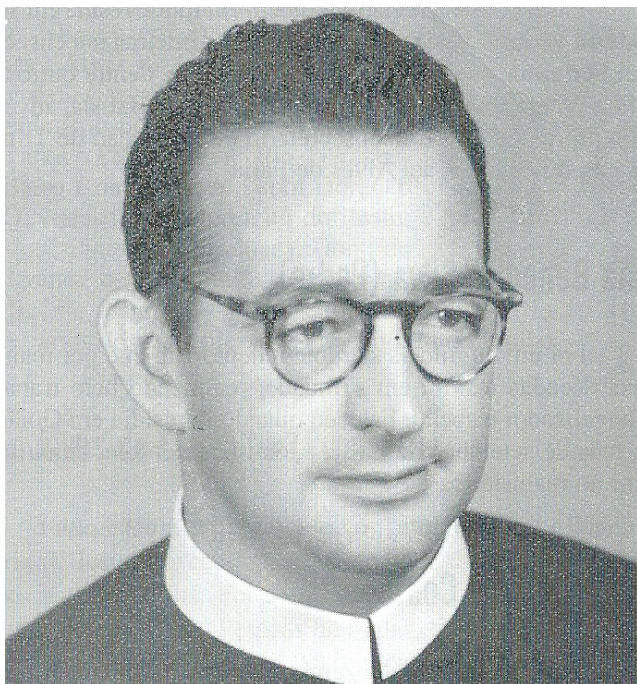
A Vila São José Bento Cottolengo foi iniciada no ano de 1951, há 70 anos, pelo Pároco Gabriel Maria Vilela e concluída por seu substituto, o Padre João Cardoso de Souza no ano de 1956.

O Padre Vilela deu grande impulso ao ensino em Trindade daquele tempo, inclusive com o apoio na fundação do primeiro curso ginásial da cidade, o “Ginásio Divino Padre Eterno”. Também deu grande ênfase ao trabalho assistencial e de formação, com o auxílio de Joana Borges Guedes (Joanoca), Marina de Oliveira, Floripes Borges de Carvalho, Iraci Borges, Maria Benta do Carmo Queiroz e Riquilda Carvello, com o Apostolado da Oração e as Filhas de Maria.



Catequese em Trindade tendo o Padre Gabriel Vilela ao centro,
as crianças e a catequista Marina de Oliveira

A Vila foi construída, na época, fora do centro da cidade e substituiu o antigo Asilo de São Vicente de Paulo, que era mantido pela Loja Maçônica João Braz, fundada em 1920. Porém, o prédio do Asilo era construído no patrimônio da Igreja Católica, que substituíra o cemitério local, ainda do século XIX, e, mais tarde, pelo mercado Municipal, na gestão do Dr. Sizenando da Silva Campos.



Padre João Cardoso de Souza (1918-1968), vigário que substituiu o Padre Vilela e que inaugurou a Vila.

Hoje, a Vila São José Bento Cottolengo, com todas as suas diversidades, está situada na Avenida Gabriel Alves de Carvalho, homenagem dos trindadenses ao seu notável cidadão dos tempos pioneiros.

A vila, até o presente, é dirigida pelas irmãs de São Vicente de Paulo e na construção do prédio foram gastos dois milhões e novecentos e

setenta e oito mil e quinhentos cruzeiros e trinta centavos (CR\$ 2.978.500,30), provenientes de verbas federais e estaduais, assim como particulares, vindas muitas vezes de outros países como foi o caso de Laila de Amorim Guanabara (1921-1991), que, frequentemente, enviava verbas do Canadá, onde era Consulesa e promovia um famoso baile de carnaval em Toronto, cuja renda sempre valiosa era enviada para a Vila São Cottolengo, por dezenas de anos.



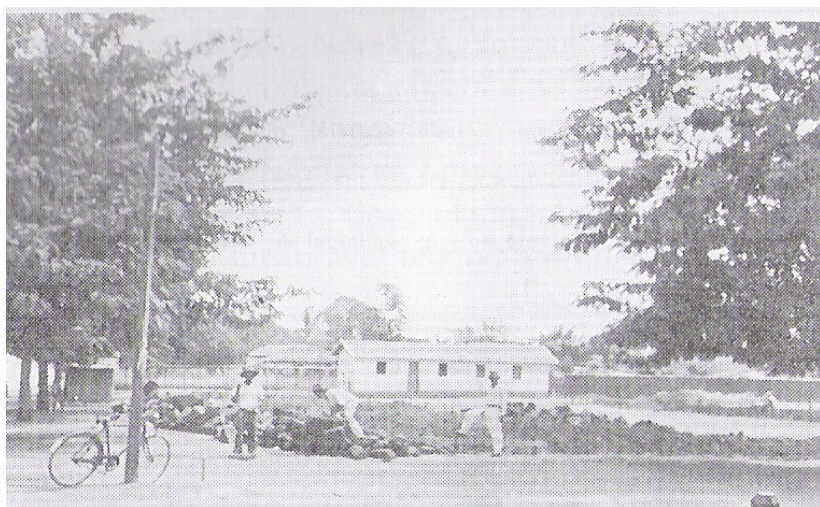
Laila de Amorim Guanabara com seu esposo Alcindo Guanabara entregando um cheque à Irmã diretora da Vila, tendo como testemunha o jornalista Jaime Câmara.

Das crônicas da Vila São José Bento Cottolengo, é possível extrair suas minúcias históricas, quando em 08 de junho de 1951, o Padre Antonio Riccièri Bariani registrou o empenho do Padre Superior, Gabriel Maria Vilela em ultimar os trabalhos de preparação do terreno para a edificação do prédio inicial. O mesmo se empenhava em angariar doativos junto ao povo para que a obra não fosse interrompida.

Registra ainda que havia frequente distribuição de esmolas aos pe-dintes que chegavam às centenas e foi criada, perto do Largo Novo, uma espécie de campo onde se concentravam as pessoas que esmolavam logo

depois da Romaria. Essa crônica de 03 de julho de 1951 destaca a grande procissão de pessoas que pediam víveres, dada a dificuldade da época.

A princípio o nome seria Vila dos Pobres de Trindade, em razão da quantidade de miseráveis e doentes que frequentavam aquele campo. Nesse mesmo tempo o padre Gabriel Vilela já construía duas casas dentro do terreno da Vila e desejava construir um galpão melhor para abrigar os pobres. Comprou também um caminhão com as verbas adquiridas, no intuito de carrear as muitas doações de materiais que eram doados frequentemente.



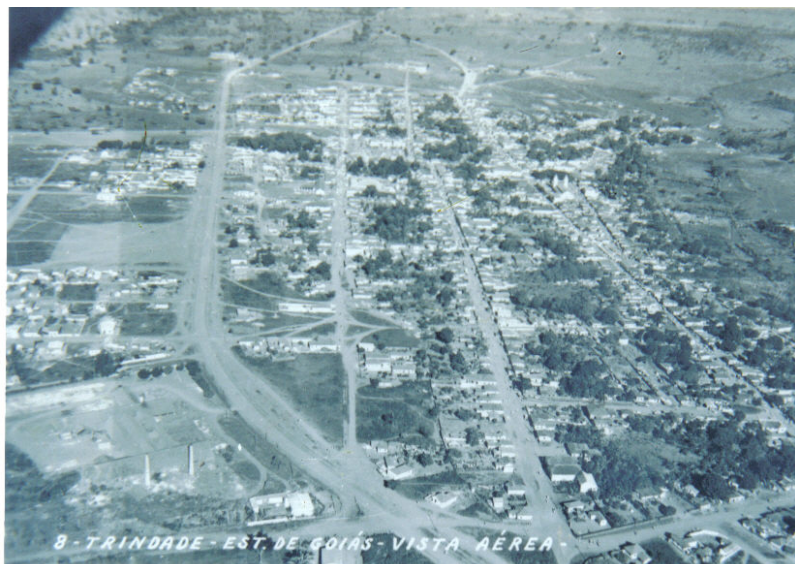
A destruição do antigo Asilo de São Vicente de Paula, onde estivera o cemitério, para, no local, ser construído o Mercado Municipal. Os doentes do Asilo foram levados para a Vila dos Pobres.

No ano seguinte, seguem as crônicas do padre Bariani a destacar que a distribuição de esmolas eram frequentes ao local, bem como a retirada dos pedintes do campo feito perto do Largo Novo a passarem para o local da própria Vila dos pobres, na saída para o Povoado de Ribeirão, hoje Guapó.

Nesse tempo, em 07 de agosto de 1952 enviou o padre Leans para Araguari e depois para a cidade de Anhanguera, no intuito de conseguir donativos de telhas para a Vila dos pobres; fato que se conseguiu com o empresário Mário Valladares que, mais tarde mudou para Trindade e abriu a Cerâmica Ataulpa, hoje desativada.

Na sequência das crônicas do padre Bariani, consta que às onze horas e trinta minutos do dia 07 de julho de 1953, durante a Romaria, chegou o Padre João Cardoso de Souza (1918-1968), para assumir a Paróquia e a sequência dos trabalhos da Vila dos pobres. Ele somente tomou posse em 19 de dezembro desse mesmo ano em solenidade na Igreja Matriz do Divino Pai Eterno.

No ano de 1954 o então Vigário de Trindade, Padre João Cardoso de Souza criou o “Dispensário São Vicente de Paula” para guardar os donativos e selecionar tudo a ser entregue aos pobres. Foi criada em grande tulha para armazenar principalmente os mantimentos que vinham em grande quantidade da zona rural, em que os fazendeiros doavam, por conta de votos feitos, para os “inucentes” da Vila dos pobres, como se falava na época. Consta da crônica do dia 29 de março de 1954 que o Vigário trouxe numa camionete uma imensa quantidade de arroz e feijão para o Dispensário; das doações recebidas na zona rural do Cedro, Abadia, Ribeirão e Bugre.



"Postal Colombo" de Trindade em que mostra a cidade em 1951 em que aparece a Vila dos pobres, no canto do alto, à esquerda, que começava, na estrada de saída para o povoado de Ribeirão (Guapó).

Nesse mesmo ano, em 21 de abril, o cronista destaca o início da construção da capela da Vila dos pobres, com o levantamento das paredes e os alicerces. Já na crônica de 1955 aparece que foram retocadas as cercas da Vila dos pobres, bem como do morro do Santuário, cuja Pedra Fundamental fora levantada em 1943 pelo Padre Alexandre Miné.

Novamente o Padre Bariani explica na crônica dos fins de 1955, como um resumo do ano. Destacou principalmente o andamento dos trabalhos e já citou a instituição com o nome de Vila Cottolengo.



O número de indigentes era sempre grande no tempo da romaria, o que traduzia um grande trabalho dos religiosos para sanar tanta miséria.

Ainda nas crônicas aparece a preocupação em conseguir uma irmandade religiosa feminina para cuidar dos doentes. Registra ainda a aquisição de um motor de luz no valor de 180 contos, que iniciou o funcionamento, cujo cuidado era por conta do jovem Pedro Pereira da Silva (que depois foi Prefeito Municipal de Trindade em duas gestões).

De início foram adquiridas 50 camas, 50 colchões, 50 lençóis, 50 fronhas, 50 travesseiros, 50 colchas brancas, 50 toalhas de rosto. Toda a organização desse material foi um custoso trabalho das abnegadas senhoras Julia e Iraci Borges, esta última viva e lúcida aos 97 anos de idade.

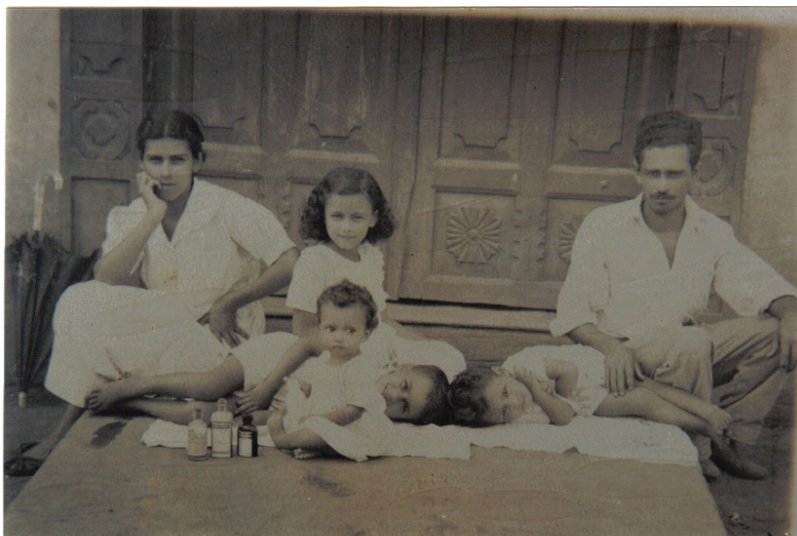
Segundo ainda as crônicas, em 01 de janeiro de 1956 houve a distribuição de presentes para os pobres da Vila São José Bento Cottolengo. Foram distribuídos dinheiro, roupas, mantimentos. Os pobres foram conduzidos para lá em duas camionetas: a da casa Paroquial e a o Sr. Cazé, este último do “Transporte Cazé”, tradicional na cidade por longas décadas.



Recorte do Jornal Folha de Goyaz, de 1956, que mostra o início das atividades da Vila São José Bento Cottolengo de Trindade, com os prédios iniciais e as barracas dos pobres em torno.

Nessa época, correu a notícia de um lugar para os pobres em Trindade, com abrigo e alimentação. Houve grande concorrência de pessoas de vários lugares. Em 21 de junho de 1956 a Vila foi inaugurada, com fala do então Prefeito Municipal de Trindade, Hilton Monteiro da Rocha. Nessa romaria, vieram duas freiras Vicentinas para auxiliar no tratamento dos pobres, com vistas a conhecer o local e a possibilidade de aceitar o convite para dirigir a Vila.

No dia 22 de junho de 1956 teve início as novenas da Romaria do Divino Pai Eterno e começou a última retirada de mendigos da cidade para serem levados à Vila. Foi o dia solene que, de fato, a grande história começou com o atendimento a todas as prioridades físicas, motoras, emocionais e sociais de dezenas de pessoas desassistidas da sorte.



Os pobres e doentes da romaria, na maioria, assistidos com a fundação da Vila São José Bento Cottolengo.

O ano de 1956 segundo as crônicas do Padre Bariani foi de grande atividade. Em 03 de outubro de 1956 começou a funcionar um carneiro hidráulico para início dos trabalhos de irrigação de horta da Vila, bem como o uso do terreno maior para produção de alimentos no aproveitamento do terreno até o córrego Bruacas.

No dia 22 de maio de 1957 chegaram de São Paulo duas irmãs vicentinas para conhecimento da realidade da Vila, no sentido de viabilizar a mudança definitiva para Trindade. Foram conduzidas pelo padre Tito Cardoso de Souza e Padre Bariani. Depois de dias em conhecimento do trabalho, as mesmas voltaram para São Paulo para conselho. Houve grande expectativa nesse sentido.



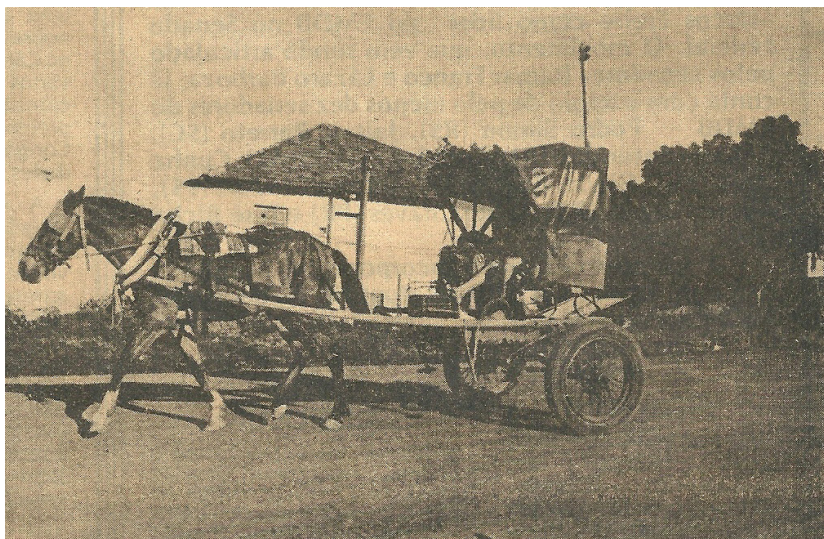
As barracas de mendigos aumentavam cada vez mais em torno da Vila e adjacências, principalmente no período da romaria.

Em junho de 1957 foi instalada uma pequena usina hidrelétrica na Vila São Cottolengo, com um belo açude bem feito. O trabalho da instalação, da fiação e de todos os cuidados foi do padre Bariani. No mês da Romaria de 1957 houve novenas na capela da Vila São Cottolengo, onde já se encontravam duas filhas de São Vicente para cuidarem dos pobres e doentes. No mês seguinte elas voltaram novamente para São Paulo.

Nesse ano de 1957 houve muita expectativa da chegada provável das irmãs vicentinas para zelarem da Vila. No mês de setembro desse mesmo ano chegou carta avisando da provável vinda e houve muita alegria. Somente no dia 08 de dezembro de 1957 as irmãs vicentinas finalmente chegaram para a condução do trabalho com os pobres da Vila.

No dia 10 de dezembro de 1957 chegou a charrete das Irmãs pela primeira vez. Foi uma das primeiras da cidade, na condução de doentes e a mesma foi utilizada no dia seguinte, 11 de dezembro, na condução de

doentes de várias localidades e de andarilhos que perambulavam pela cidade, desde a romaria.



A charrete das Irmãs Vicentinas da Vila São Cottolengo, que servia no transporte de doentes.

Um dos pioneiros no trabalho da Vila foi o senhor Wilson Ferreira de Souza, também conhecido por Wilson Germano. Ele começou a trabalhar como zelador antes da instalação da Usina Elétrica em junho de 1957. O mesmo acompanhou os primeiros dias da existência da entidade, quando ainda eram 38 pacientes, com as irmãs Suzana Queiroz e Terezinha. A primeira cozinheira da Vila foi a senhora Sebastiana, que ficou vários anos. Também a Senhora Inácia, que era esposa do Senhor Possidônio. Nos relatos pessoais de Wilson Germano, a primeira interna da Vila a falecer foi em 1958 e era uma moça chamada Geralda, de bonitas feições, porém muito doente. O seu passamento ocorreu no horário da missa e sua alma foi encomendada pelo Padre Bariani, que a assistiu nos últimos momentos. O seu velório se deu na capela da Vila, que era uma bonita edificação, existente até o presente momento.



Capela da Vila São Cottolengo nos tempos iniciais.

A Vila São José Bento Cotollengo é hoje uma entidade de reconhecimento internacional pelo seu edificante trabalho assistencial para Trindade e para Goiás inteiro.

Possuiu diferentes trabalhos em tempos alternados, como o "Centro de Formação Vida Nova", para profissionalização de pessoas e jovens carentes da cidade, as Escolas "São Vicente de Paula" para deficientes auditivos, e as Escolas Helon Gomide e Cirandinha, além do "NIC" e do Hospital que, ainda hoje, atende a população carente, o Centro de Fisioterapia, um dos melhores de Goiás.

A Vila São José Bento Cotollengo, nesses 70 anos de existência possui uma linda história de dedicação, de amor e de fraternidade. Para divulgação de suas atividades, surgiu o jornal *da Vila São Bento*

Cottolengo, que fazia a divulgação dos feitos memoráveis de um excelente trabalho.

Até mesmo na Literatura, a Vila São Cottolengo serviu de mote ao poeta Arleno Mendanha (1941-1986), grande expressão da cultura trindadense e Patrono de uma das cadeiras da Academia Trindadense de Letras, em poema publicado no *Jornal Cinco de março*, de 11 de fevereiro de 1982:

Vila

...A vila
São José Bento Cottolengo
É uma cidade
De amor
E bondade
Onde Deus
É o humano
Poder Executivo...

Outros nomes importantes na história da Vila foram a professora Iraci Borges, decana da educação trindadense, hoje com 97 anos de idade. Ela participou dos primeiros tempos da entidade, como jovem professora e catequista, além de dedicada na ajuda aos pobres e desvalidos. Grande intelectual, foi presidente da Academia Trindadense de Letras por dois mandatos, além de colaboradora do jornal *Barro Preto*, editado em Trindade na década de 1950.

O médico Dr. Ediberto Marcolino Vieira (1933-2004) também prestou grande auxílio nos primeiros tempos da Vila, como operoso dirigente da parte administrativa, bem como no auxílio aos mais humildes, na sua atuação profissional, bem como Wilson Torrano, como comerciante e doador e Antonio Costa, advogada de renome, que presta

por décadas, auxílio nas questões jurídicas dos internos. Esses cidadãos, bem como centenas de outros, deram e continuam dando auxílio inestimável à instituição.



Os jovens Iraci Borges e Ediberto Marcolino Vieira à direita, foram dois pioneiros no serviço de auxílio à Vila São Cottolengo.

Junto à Vila São José Bento Cottolengo no ano de 1972 foi instituída a Escola Especial São Vicente de Paulo, que, antes do advento da inclusão, era a única escola de Trindade a atender alunos especiais. Teve por gestoras dentre outras, Silvânia Candido Ferreira, Sonia Giardini Murta, Mirian Pereira, Viviane da Silva Ferreira e Iva Maria de Oliveira, dentre outras. Hoje se chama Centro de Atendimento Educacional São Vicente de Paula e possui outra modalidade no atendimento aos alunos.

O Patrono da escola é São Vicente de Paulo benemérito da caridade no mundo e dá nome às vicentinas que atuam há quase 70 anos em Trindade.

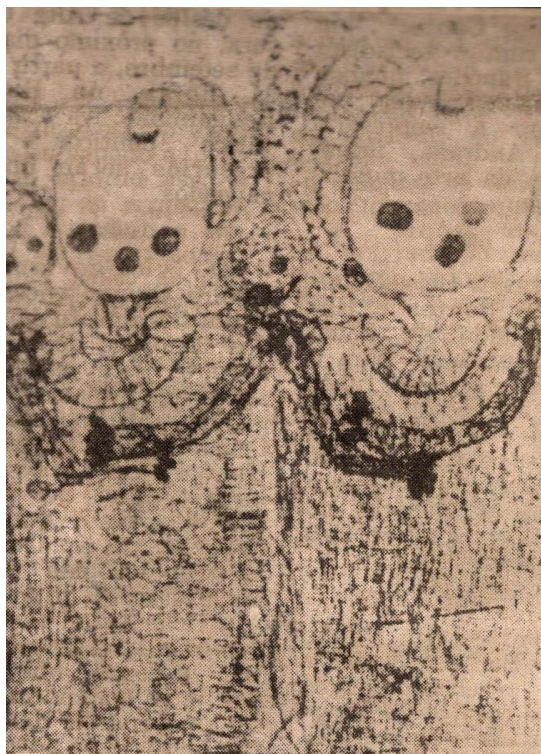
Desde 1976, funcionou junto à Vila São José Bento Cottolengo o Centro de Formação Vida Nova que teve convênio firmado desde 1992 com a SEE e autorização em 30 de julho de 1991.

Teve por gestoras Aparecida Maria de Oliveira, Luzia Barbosa de Jesus, Iraides Pereira da Silva, Maria Cristina da Cunha Chiovotto, Waldeth Batista de Freitas, Maria Petronilha Cavalcante Xavier e Irmã Maristela de Souza Conceição.

Por ser um centro de Formação, atendeu, além das práticas pedagógicas, as oficinas de trabalho e aprendizagem múltipla, que durou até o ano de 2015 quando foi fechado, com grande pesar. Havia um entrosamento com os alunos que estudavam na Escola Estadual Helon Gomide, pois os mesmos, independente do horário, também almoçavam e tinham oficina no Centro de Formação Vida Nova. Era um trabalho de grande alcance social e educacional.

Na década de 1980 a Vila São José Bento Cottolengo teve entre seus internos uma artista plástica chamada Maria Ferreria. Na época tinha por volta de 34 anos de idade, surda, com deficiência mental, sem identificação definida, pois fora deixada na porta da Vila depois de uma romaria do Divino Pai Eterno no ano de 1971.

Descoberta em seu talento pela Irmã Ivanildes Magalhães, a interna fez grande sucesso, inclusive com exposição fora de Trindade, sempre no período da Semana do excepcional. Os desenhos da artista mostravam sempre o ser humano, com a cabeça achatada, os olhos e a boca arredondados; tudo feito a lápis, pois não se adaptou a tintas e pincéis.



Desenhos de Maria Ferreira, interna da Vila nos anos de 1980, quando foi divulgada pela imprensa.

Durante muitos anos há também excelentes trabalhos manuais feitos na Vila São José Bento Cottolengo como forma de recuperação dos doentes pelo viés da arte. São atividades com tecidos, panos de prato, tapetes, cerâmica, palha, algodão, com exposição e venda permanentes no prédio; bem como algumas exposições itinerantes que têm auxiliado em diversas dificuldades financeiras da instituição.

O ideário da instituição sempre esteve pautado na humanização da prestação de serviços aos internos, em mudanças de posturas da sociedade em relação ao problema da inclusão, mormente na mudança de denominações, pois antigamente se atrelava à Vila a alcunha de asilo ou

hospício e os termos eram pejorativos como retardados mentais, débeis, aleijados, loucos, maníacos e outras palavras que afastavam os internos de todo e qualquer convívio social.

Graças ao trabalho de 70 anos de luta, toda a realidade tem mudado e a Vila São José Bento Cottolengo de Trindade, muito mais que um depósito de doentes, é, sobretudo, uma lição de amor.



O variado e multidisciplinar trabalho realizado na atualidade na Vila São José Bento Cottolengo de Trindade, referência de trabalho médico e social no coração do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, Luiz Sérgio. Roteiro para quem tem medo da Vila São Cottolengo. In: *Jornal Diário da manhã*. Goiânia, 24 dz. 1980, p. 37.

ARANTES, Lúcio Batista e CURADO, Bento Alves Araújo Jayme Fleury Curado. **Beco dos aflitos**. Brasília: Ed. Thesaurus, 2001.

CARVALHO, Antonio Alves de e CURADO, Bento Alves Araújo Jayme Fleury. **Informações históricas sobre Trindade: Resgatando a saga de um povo de fé no coração do Brasil**. Goiânia: Editora Scalla, 2004.

CRÔNICAS. Padre Bariani. Arquivo de Bento Fleury. Manuscritos. Fonte primária.

CURADO, Bento Alves Araújo Jayme Fleury. **Crônicas do judiciário em Goiás**. Goiânia: A Redação, 2020.

JACOB, Amir Salomão. **A Santíssima Trindade do Barro Preto**. Goiânia: Ed. PUC, 2005.

LACERDA, Regina. **Trindade, a romaria**. Goiânia: Editora de O Popular, 1977.

MOREIRA, Maria Lúcia. Semana do excepcional. In: *Jornal Diário da manhã*. Goiânia, 25 ago. 1983, p.12.

7

UMA GENEALOGIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ADAUTO BOTELHO DE GOIÂNIA

Ronivaldo de Oliveira Rego Santos

“Na realidade, rotular os indivíduos que se sobressaem, ou que são incapacitados por problemas da vida, de ‘doentes mentais’ apenas impediu e retardou o reconhecimento da natureza política e moral dos fenômenos para os quais se dirigem os psiquiatras”.

Thomas Szasz

INTRODUÇÃO

O estudo da história não é apenas a análise do passado em si mesmo, trata-se, ao contrário, da pesquisa que é provocada a partir dos problemas do presente. Walter Benjamin argumenta nesse sentido quando, estudando o conceito de história aponta que o conhecimento histórico “[...] é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de ‘agoras’” (BENJAMIN, 1987, p. 229).

Este “agora” da loucura que é meu e nosso, é o momento posterior ao fechamento do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho [doravante *Adauto*], de Goiânia, em 1995, um momento histórico que ficou marcado pela publicação do documentário *Passageiros da Segunda Classe*, em 2001. Esse documentário apareceu, portanto, poucos anos após a derrocada da instituição, com a demolição do seu majestoso conjunto arquitetônico, e colocou sob suspeita os motivos e razões utilizados para

justificar o escamoteamento daquela instituição e a construção de outra, em seu lugar. Essa peça cultural, cujas imagens foram filmadas entre 1985 e 1987, traduzia-se em ineditismo tanto para Goiás quanto para o mundo, pois, ao que se sabe, ainda não havia gravações tão precisas sobre a aplicação do eletrochoque.

O conflito causado pela saturação do presente e o reconhecimento de uma série de instrumentos acabaram me levando aos arquivos anteriores à inauguração dessa instituição. Parecia importante, naquele momento, entender o começo, os movimentos que endossavam e serviam de solo para a construção do *Adauto* e para a sua institucionalização como espaço de combate à loucura, em Goiás.

Para entender esses processos, este texto segue a linha dos trabalhos genealógicos, inicialmente percorrida por Nietzsche e mais aprofundada por Foucault. Não nos alongaremos em uma exposição pormenorizada sobre a genealogia, apenas apresentamos uma breve compreensão metodológica, compatível com uma introdução.

Grosso modo, a perspectiva genealógica, tal como lançamos mão, é articulada por Nietzsche no célebre texto *Genealogia da moral*, no qual o filósofo traça as possibilidades de produção do sujeito moral. Dividido em três dissertações, esse livro apresenta uma série de problemas pontuais da constituição da cultura ocidental. Para isso, o filósofo do eterno retorno não faz outra coisa senão o lançar mão da ideia apresentada anos antes, em *Humano, demasiado humano*, o filosofar histórico: “Tudo veio a ser – disse ele nesta obra –; não existem fatos eternos: assim como não existem verdades absolutas. Portanto, o filosofar histórico é doravante necessário” (NIETZSCHE, 2001, p.16). Como afirma Eduardo Sugizaki (2020, p. 33) na nota de rodapé 3: “Entre o filosofar histórico e

a genealogia como modo de proceder o filosofar, há uma linha direta e ela liga Foucault a Nietzsche”.

Um estudo genealógico é uma forma de leitura crítica, que prioriza as discontinuidades, os fluxos e o movimento da vida, a complexidade das relações sociais e por que não dizer, supera as leituras binária, estruturalista e moral acerca dos acontecimentos. Sua vinculação a discursos e enunciados não nega a vida, a existência concreta e suas relações de saber e poder com esses enunciados. Esses discursos e enunciados são, portanto, efeitos da vida concreta, ao mesmo tempo em que a afetam. Como destaca Foucault, na primeira aula do curso *Em defesa da sociedade*:

A genealogia seria, então, em relação ao projeto de inscrição dos saberes na hierarquia do poder próprio da ciência, uma espécie de empreendimento para *dessujeitar* os saberes históricos e torna-los livres, isto é, capazes de oposições e de luta contra a coerção de um discurso teórico unitário, formal e científico (FOUCAULT, 2005, p. 15).

Não se trata de negar os conhecimentos científicos, pura e simplesmente. O que está em jogo é a problematização do modo como a ciência, em determinadas relações de poder, articulam-se em prol de universalização, generalização e normalização dos indivíduos. Como observa Michel Foucault (2005, p. 14), trata-se da insurgência contra “[...] os efeitos centralizadores de poder que são vinculados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa”.

Essa relação também é destacada por Sugizaki (2020, p. 18), para quem a genealogia e o filosofar histórico são continuados por Foucault.

Não se trata, portanto, de uma filosofia geral e muito menos de uma metafísica. O ponto de partida é aquele que Nietzsche chamou de filosofar histórico e, mais tarde, de genealogia. Foucault exercitou a genealogia ao seu próprio modo, o que o leva a um caminho próprio em relação à história e epistemologia de tradição francesa [...].

Ora, o que fazemos é isso, tentar mostrar como o *Adauto* foi constituído pela narrativa científica para ser o local a partir do qual a loucura seria combatida. Tornou-se uma instituição que seria exemplar, cujo papel seria, como determinava os seus signatários, civilizar e melhorar a população de Goiás.

HISTÓRIA DA LOUCURA VS PSIQUIATRIA

Não se trata aqui, mesmo discutindo e pensando sobre um manicômio, de contar uma história da psiquiatria. Como destaca Sugizaki (2020) quando pensamos em uma história da loucura como campo discursivo, nos relacionamos de modo adverso ao modo como tradicionalmente se pensa as instituições e a psiquiatria:

[...] uma história da loucura não é uma história tradicional da psiquiatria. Não é uma narrativa sobre como os psiquiatras veem sua ciência ou como as sociedades a representam. Não sendo o objeto central, a psiquiatria é apenas o acontecimento derradeiro da história aí narrada. Mas também não se trata de uma história apenas de ideias, representações, acontecimentos, práticas ou ações sociais. Antes, tudo isso é considerado, simultaneamente, de maneira a fazer emergir, de fontes documentais dispersas em arquivos de diversas naturezas, trajetória de algo que diz respeito a uma inteira sociedade (SUGIZAKI, 2020, p. 18).

Não se trata, portanto, de uma história da psiquiatria, embora seja inevitável relembrar determinados aspectos dessa história, mesmo

narrados a partir da perspectiva da história da loucura, considerando variados aspectos e fonte, assim como uma condição filosófica que tende a ser mais criteriosa. Vejamos, então, *grosso modo*, uma síntese desse caminho.

Pode-se dizer que a psiquiatria, enquanto saber que se pretende médico, nasce com Pinel e toda a mitologia que o envolve. Após ter retirado as correntes dos alienados, ele propôs uma série de medidas administrativas no hospício, no final do século XVIII. A partir desse ato e de todos os seus desdobramentos, o espaço asilar passou a ser considerado como o único lugar para o tratamento dos alienados. Aliado a isso estava o desejo de se institucionalizar o asilo para ser o núcleo do trabalho médico para o combate à loucura. O objetivo seria transformar a loucura em doença mental, colocando-a sob a égide do saber médico.

Como argumenta Foucault (2014), com essas transformações o médico vai se tornando uma figura cada vez mais presente, comum e dominante no asilo, pois, depois de Pinel, esse tipo de instituição passaria a tratar de doentes, portanto, um lugar para a intervenção do saber-poder médico. Mas, há outras questões problematizadas, especialmente, aquelas que discutem como é constituída a autoridade médica, haja vista que

Não é como cientista que o *homo medicus* tem autoridade no asilo, mas como sábio. Se a profissão médica é requisitada, é como garantia jurídica e moral, e não sob o título da ciência. Um homem de grandes conhecimentos, de virtude íntegra e com longa experiência do asilo poderia bem substituir o médico. Pois o trabalho do médico é apenas parte de uma imensa tarefa moral que deve ser realizada no asilo e que é a única que pode assegurar a cura do insensato (FOUCAULT, 2014, p. 497).

Em sentido análogo ao que propõe Foucault, Robert Castel (1978) acrescenta que o maior mérito de Pinel não foi vincular a loucura à medicina, e sim o modo como operacionalizou e sintetizou as perspectivas médicas anteriores dando ao asilo um novo caráter administrativo-organizacional. Segundo Castel (1978, p. 83): “O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar”. A síntese proposta por Pinel alcança além do asilo, a organização das formas hospitalares em geral. As bases dessa organização são a exclusão, o isolamento e o afastamento dessas pessoas, para não serem misturadas. Essas “[...] categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas” (CASTEL, 1978, p. 83). Nessa nova taxinomia, a loucura ganharia um novo estatuto, uma nova condição:

A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complexidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém, por outras razões (Ibidem).

Essa mudança significa, segundo Castel (1978), a superação do *status* médico do interior do asilo para se articular também ao saber e ao lugar jurídico, civil e social da loucura. Na medida em que a loucura passa a ter um estatuto médico como guia, ela se torna alvo das razões médicas. Mais ainda, esse processo significa que: “Se o personagem do médico pode apossar-se da loucura não é porque a conhece, é por que a domina” (FOUCAULT, 2014, p. 498). Nessa perspectiva, seguindo o modo processual e as trilhas deixadas por Foucault (2014) em *Histoire de la*

folie, convém dizer que, com a emergência da relação entre o saber médico e a loucura, o lugar da loucura deixaria de ser o jardim das espécies¹, um lugar cujo estabelecimento estaria por ser revelado, uma natureza puramente metafísica, vinculada também a elementos puramente naturalistas e botânicos.

A partir daquele acontecimento emblemático, mítico da psiquiatria francesa, a loucura, agora doença mental, começa a se relacionar entre as fronteiras do saber médico e não médico, nas fronteiras do saber racional e do não racional². Dito de outra maneira, tratava-se de uma tentativa de vincular a psiquiatria a uma premissa mais científica, afastada, se possível, das contingências divinas. Segundo Foucault (2014, p. 207) o esforço em naturalizar a loucura ao estilo da “história das doenças e das plantas” não deu certo. Apesar dos esforços nesse sentido, “[...] a loucura nunca entrou completamente na ordem racional das espécies” (Ibidem).

Dado certo fracasso a respeito dessa primeira conversão, surge uma segunda. E esta segunda conversão é um dos grandes, senão o maior empreendimento dos alienistas franceses: caracterizar a loucura como algo vinculado à ciência, mais especificamente à ciência médica.

¹ Conforme salienta Foucault (2014) a percepção da loucura ainda estava profundamente ligada a uma natureza das coisas a ser revelada. Nesse sentido, a loucura seria apenas mais uma artimanha da razão, que jogava com suas próprias premissas. Descrevendo como era a percepção da loucura e seu lugar no jardim das espécies, Foucault (2014, p. 179) diz de modo provocativo: “[...] a sabedoria da natureza é tão profunda que ela consegue servir-se da loucura como um outro caminho da razão; torna-a o atalho da sabedoria, evitando suas formas próprias numa invisível providência”.

² Não se trata de dizer, contudo, que o saber médico inexistia nesse período. “A presença do médico no cenário da loucura não era uma novidade quando, em fins do século XVIII, por meio de um gesto provavelmente legendário, Philippe Pinel libertaria das correntes os loucos internados nos hospitais de Bicêtre e de Salpêtrière. Conforme observou Robert Castel, as formas de se lidar com os insanos durante o Antigo Regime não eram incompatíveis com certa medicalização, embora não repousassem exclusiva ou prioritariamente sobre ela. A partir de meados do século XVIII, surgiram numerosos tratados médicos sobre a loucura, nos quais esboçavam-se modalidades de medicalização distintas e algumas até conflitantes” (ENGEL, 2001, p. 117).

Segundo Joel Birman (1978) em *A psiquiatria como discurso da moralidade*, o meio para isso, seria afastar a loucura de seu espectro das paixões. Seria necessário transformá-la em doença, para isso, era preciso que existissem causas físicas. O campo principal dessa disputa ocorre entre as *escolas somaticista e psicológica*, ou mesmo as tentativas de síntese entre as duas, promovidas, por exemplo, por Foderé.

Nessas teorias das causas físicas o substrato teórico é a vinculação entre a loucura e a medicina. *Grosso modo* o que está em jogo nessa alteração de paradigma é que no caso de Pinel o interesse era, como afirma Sandra Caponi (2012, p. 55) “[...] diferenciar variedades ou espécies de alienação mental, limitando as infinitas variações possíveis a um número reduzido”. Por outro lado, para os adeptos e seguidores da degeneração a questão é a ampliação do campo das afecções mentais, pois, esses “[...] se obstinam em criar novas formas patológicas, multiplicando os comportamentos que, pouco a pouco, passaram a ser classificados como doenças psiquiátricas” (CAPONI, 2012, p. 55).

Contemporâneo e aliado de Foucault, Thomas Szasz, psiquiatra americano, por sua vez, em seu livro *O mito da doença mental*, dirá que o trabalho ou prática psiquiátrica é um empreendimento mais político e moral do que científico e médico (SZASZ, 1974). Para justificar sua crítica, o autor tira de cena Pinel e lança luzes em Charcot, cujo papel teria sido decisivo na consolidação do ideário psiquiátrico e na propagação do poder psiquiátrico.

Nesse sentido, no contexto da crítica de Szasz (1974) a Charcot, o fio condutor é o humanismo desse em relação a Pinel. Trata-se de mostrar que se o humanismo de Pinel, por um lado, tirou as correntes dos alienados, o trabalho de Charcot, por outro, está vinculado à estatística, isto é, mostrar os números de atendimentos realizados pelos médicos.

Szasz argumenta que o compendio de anotações, ditos e escritos produzidos pelo médico não são outra coisa senão a representação do atendimento aos seus pacientes pobres, que são mandados para o hospital mais pela pobreza que pela doença.

O doente se torna mais um número, um corpo a partir do qual o médico produz seus objetos de análise. Como argumenta Szasz (1974) ao se institucionalizar o hospital psiquiátrico como espaço de dominação do paciente (termo usado no sentido atribuído pelos médicos para designar os aparentemente doentes) o que interessava era, efetivamente, o diagnóstico, pois, justamente esse dispositivo do poder psiquiátrico é que forneceria os meios para os psiquiatras dizerem qual a doença ou suposta doenças afetavam o paciente.

Se o empreendimento de Pinel, como ratifica Szasz, é mais moral que qualquer outra coisa, se o humanismo que nasce nesse período é representado pela criação da guilhotina, meio de execução indolor; no caso de Charcot, trata-se menos de facilitar a saúde e de libertar as pessoas, “[...] são antes processos de narcotização e tranquilização” (SZASZ, 1974, p. 37). O que está em jogo é criar uma imagem de saúde e de doença vinculada ao fortalecimento saber-poder psiquiátrico. Em suma, trata-se de entender, que nesse jogo duplo (moral e político) de efetivação da psiquiatria “O peso da autoridade da opinião médica e psiquiátrica contemporânea continua, é claro, a sustentar e a expandir essa imagem” (Ibidem, p. 38).

Pode-se dizer que essa imagem seria aquela denominada por Françoise Castel, Robert Castel e Anne Lovell (1980) de sociedade psiquiatria avançada, que se desenvolveria posteriormente, atuando em vários setores da sociedade e patologizando as relações sociais mais comuns.

EUGENIA E PSIQUIATRIA À BRASILEIRA

Esses elementos teóricos nos levam diretamente às teorias eugênicas, que serão os sustentáculos das teorias psiquiátricas do final do século XIX e início do XX. Segundo Pietra Diwan (2007) a eugenia surge com Francis Galton, inspirada pelas descobertas da biologia do século XIX, como a fisiologia e a microbiologia, e pelo evolucionismo de Darwin. A teoria darwiniana será o divisor de águas para a constituição das bases eugênicas, a qual propunha a formação da sociedade a partir da seleção dos seres humanos supostamente mais fortes. Essa teoria foi constituída a partir do modo de produção e organização da vida da Inglaterra do final do século XIX. Seu empreendimento era transformar os operários londrinos: de um comportamento indisciplinado e profano, logo improdutivo, para um que fosse mais produtivo, considerado adequado (DIWAN, 2007).

A eugenia no Brasil, por sua vez, organiza-se de maneira díspar da europeia, dada a singularidade da formação da sociedade brasileira. Sendo assim, a eugenia acabou sendo vista como a ciência capaz de transformar o país em um lugar civilizado, por meio da ‘purificação e melhoramento’ da raça. Se no século XIX a percepção moral dos médicos e dos psiquiatras, por exemplo, descrevia as condições degenerativas das raças não brancas, nos primeiros anos do século XX a discussão centrava-se em resolver a propagação da raça negra, bem como das doenças que os médicos e psiquiatras atribuíam exclusivamente à saúde supostamente degenerada dos negros.

Em função dessa suposição degeneracionista segundo a qual era o grande perigo a ser enfrentado, a eugenia se tornava cada vez mais um caminho de combate à aparente decadência do povo brasileiro. Mas não

se tratava do povo, de modo geral, e sim, como afirma Nancy Stepan (2004), de uma divisão estratégica da retórica nos diferentes espaços. Segundo a autora: “Em sentido muito fundamental, a eugenia referia-se à raça e ao aperfeiçoamento racial, não à classe, [...] pois para referir-se ao ‘povo brasileiro’, na esfera privada ela significa a ‘raça negra’” (STEPAN, 2004, p. 355-356).

O projeto eugenista no Brasil se sustentava, com maior ou menor força, na questão da transmissão hereditária das doenças atribuídas aos negros e aos mestiços:

O caráter social do conceito de hereditariedade faz o combate à mestiçagem aparecer sob uma roupagem de cientificidade. A mestiçagem será considerada negativa para a composição de uma sociedade civilizada em que os padrões de progresso não devem ser ameaçados pela geração de indivíduos suscetíveis de degeneração física e moral, consequência da união de raças diferentes, que ao se cruzarem os transmitem à descendência, formando 'raças mais fracas' (PORTOCARRERO, 2002, p. 53).

Os argumentos degeneracionistas constituídos a partir da hereditariedade podem ser vistos, no embate acerca da degeneração do povo brasileiro, por meio da educação eugênica, endossada e propalada por campanhas educacionais apoiadas e/ou produzidas pelas sociedades eugênicas nascentes, no Brasil. Exemplos dessas sociedades é a primeira sociedade eugênica brasileira: a Sociedade Eugênica de São Paulo, organizada em 1918, por Renato Kehl (DIWAN, 2007; STEPAN, 2004).

Com o avanço dos ideais eugênicos e o seu vínculo com a medicina e com o higienismo, a ideia de aperfeiçoamento da raça entrou na ordem do dia dos intelectuais e políticos. Civilizar o Brasil significava, portanto, embranquecê-lo. Se não se embranquecesse a pele era preciso que esse processo ocorresse na mente. À concepção da época, os negros, “[...]”

mediante a ação do meio ‘civilizado’ e da educação, poderiam atingir o mesmo nível de desenvolvimento intelectual da raça branca: em vez do branqueamento da pele preconizava-se o branqueamento do cérebro” (ENGEL, 2001, p. 174).

Como se pode observar não seria tarefa tão simples organizar um projeto eugênico e harmônico em um país onde a maioria extrema das pessoas eram pobres, moradoras do meio rural e fruto da miscigenação, portanto, eram não brancas (STEPAN, 2004). “Os ideais eugênicos que foram utilizados nos discursos de conhecer o Brasil através de si mesmo, tinham na realidade a intenção de levar a influência do comportamento europeu, tido como civilizado e moderno, ao homem do sertão” (PAULA, 2016, p. 60).

Nessa perspectiva, todos os elementos vinculados à eugenia serviram “[...] como instrumento ‘higienizador’ da sociedade [e] revelou-se estratégia poderosa na manutenção de um *status quo* ameaçado” (AGUILAR FILHO, 2011, p. 29). Esses instrumentos eugênicos estavam a serviço do pretensioso projeto de melhoramento da raça e do ordenamento da nação. Por isso estavam presentes em vários campos, por exemplo, “[...] pela implantação de leis e repressões voltadas à regulação comportamental e pela construção de uma ‘consciência eugênica e higiênica’” (Ibidem).

Ao final da década de 1920 e início de 1930, o “processo de fortalecimento da raça brasileira” também esteve alinhado a nova concepção de trabalho e de modelo econômico. Se vinculou, em determinado período, ao papel dos imigrantes, como miscigenadores e experientes trabalhadores europeus. Mas, logo foi limitado por políticas específicas de contenção da entrada de estrangeiros.

A década de 1930, como sugere Aguiar Filho (2011) destaca-se pela explicitação do racismo de estado, por ideais que justificassem a construção de um estado nacional brasileiro moderno. Desse modo, o projeto político idealizado por Getúlio Vargas só foi possível pela construção de um cenário político e economicamente conflituoso durante as primeiras décadas do século XX. O trabalho seria, portanto, segundo a ideologia varguista, o meio para essa dignificação, para o “[...] enaltecimento do homem, desvinculando-o da noção de pobreza e relacionando-o ao ideal de aquisição da riqueza e busca da cidadania, através da obtenção dos direitos sociais que passaria a ser garantida pelo Estado” (FABRÍCIO, 2009, p. 51).

Do ponto de vista das relações científicas encontrou-se na eugenia seu braço mais forte, uma vez que ela cada vez mais se consolidava como mecanismo para a justificação das ações e decisões políticas. A premissa que se constituía alinhava-se a uma determinada representação daquilo que seria o bem social, um bem universalizado a partir de perspectivas extremamente conservadoras do ponto de vista moral, e outras de cunho liberal, no que diz respeito à economia (COSTA, 2007).

O governo Vargas marca a consolidação de um modelo de política pública que se estenderá até pelo menos a década de 1960 de modo mais radical, e se secularizará, de modo mais sofisticado e eufemista, mesmo em função da eclosão dos acontecimentos italianos e alemães vinculados à eugenia, até os nossos dias.

HISTÓRIA DA LOUCURA EM GOIÁS (1930-1950)

Narrar uma história da loucura em Goiás requer o reconhecimento sobre os processos elencados anteriormente, sem os quais não é possível

entender o contexto no qual o estado estava inserido. Quanto ao recorte aqui estabelecido, uma das fontes mais importantes, para se problematizar uma história da loucura em Goiás, é o primeiro relatório de Pedro Ludovico Teixeira ao Presidente Getúlio Vargas. Nele são destacadas conceitualmente, pela pena do então interventor do estado, qual seria a condição da população da cidade de Goiás, antes da construção de Goiânia. Cito:

Vive[m] consumidos pelas verminoses e pelo impaludismo. Tirando o sustento dos braços, do esforço dos seus músculos, chega ao ponto de para eles não poder mais apelar. Atrofiado, inerte pela anemia que o abate, proveniente daqueles elementos nosológicos, reduz-se a completo aniquilamento. Sem capacidade econômica para adquirir medicamentos que combatam os parasitas que dia a dia, impiedosamente, lhe estiolam o físico, arrasta uma existência penosa, cheia de sofrimentos, desaparecendo prematuramente, transformado em molambo humano (TEIXEIRA, 1933, p.61-62).

A partir desse ponto é que se discute como o saber médico conduzirá as transformações mais significativas em Goiás. Nesse estado, assim como no Brasil, observa-se com frequência, nas fontes, o uso da medicina como meio para se alcançar o progresso. Impulsionada pelos vultos civilizatórios e modernizantes do país, as narrativas, como as de Teixeira, diziam sobre a necessidade de colocar Goiás em destaque no cenário nacional, especialmente no que diz respeito ao melhoramento da raça e à modernização do Estado. As fontes mostram as vozes do poder bradando em prol da criação de instituições que disciplinassem a cidade, por meio do disciplinamento dos corpos desviantes (TEIXEIRA, 1933; REVISTA OESTE, 1944).

Combater os supostos males que crivavam o Brasil cada vez mais se tornava uma política nacional, cuja principal frente de combate era o

interior do estado brasileiro, que precisaria ser submetido aos processos de melhoramento³. Impulsionado por esses ecos civilizatórios, os políticos e a sociedade goiana adaptavam-se ao cenário nacional. Essa sede pelo espectro do progresso, pela civilização e pelo melhoramento da raça, fazia com que os agentes decisórios produzissem uma narrativa que ao mesmo tempo em que elogiava o progresso, condenava a suposta decadência da população do estado, fundamentalmente, de sua capital. Logo, para os mudancistas, purificar a população passava pela inexorável mudança da capital para um local mais centralizado.

Esse projeto é encabeçado por Pedro Ludovico, que utilizava para justificar sua proposta, entre outras coisas, a que ele nomeava de instituição comum das famílias da cidade de Goiás: o bobo. São as palavras do Interventor:

Caracteriza-se esta instituição pela tendencia comum, verificavel em muitas das familias goianas, de manter cada uma delas um bôbo – mentecapto, idiota, imbecil – para o serviço de transportes domésticos, especialmente o de agua. Há numerosas familias que se beneficiam dos serviços desses desherdados da sorte, transformando-os em escravos irremissiveis, a troco dos restos de comida e de um canto para dormir, não raro entre os animais domésticos (TEIXEIRA, 1933, p. 115).

No ideário da época esse cenário deveria ser mudado com a construção da nova capital, a qual era idealizada, sonhada e projetada para

³ Sobre isso, é importante destacar como esse movimento foi sendo construído no Brasil, especialmente por meio dos relatórios de viagens científicas ao interior do nosso país, entre o final do século XIX e início do XX. Entre esses relatórios, estão: CRULS, Luiz. **Relatório Cruls: Relatório da Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2012; NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. **Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás**. Brasília: Senado Federal, Ed. fac-similar, 1999 e PATERNOSTRO, Júlio. **Viagem ao Tocantins**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1945.

ser o lugar por excelência da civilização, do progresso e da modernidade.

Não obstante aos debates e às condições da mudança, Goiânia foi criada para representar os ideais civilizatórios, sanitários e modernos, para ser o outro tanto da cidade de Goiás quanto de todo o resto do Estado de Goiás, pois receberia uma série de instituições vinculadas a um projeto nacional cujo marco era a *Marcha para Oeste*, cujo começo se deu aproximadamente um ano depois do início da construção da nova capital.

Ora, tudo que se erguesse na nova capital seria representado por seus idealizadores como sendo racional e civilizador. Por exemplo, a *Revista Oeste*, periódico cuja função era fazer propaganda do Estado Novo e apologia ao governo de Goiás, não limitou esforços em noticiar as obras engendradas em Goiânia. Entre elas estavam a Penitenciária, a Colônia Santa Marta, escolas e outras instituições estatais. Essas instituições de ‘melhoramento’ tinham um fim muito específico: combater os desviantes, os anormais, os tipos de rua. A *Revista Oeste* assim descreve a cena:

Vão se acabando os nossos tipos de rua. Não se veem hoje, como outrora, os “Funga funga”, os “Zé Mangarito”, os “Antônio Louco” e outros, no espalhato que armavam em plena via pública, cada qual na sua especialidade, acossados pela garotada, e que fazia muita gente vir à janela. Desapareceram, Vai-se com eles grande parte da poesia das velhas ruas, onde o buzinar do ‘Ford’ não dá ensejo a espetáculos dessa natureza (REVISTA OESTE, 1942, p. 12).

Os tipos de rua, entre eles os considerados loucos, mesmo presentes na paisagem da nova capital, paulatinamente iam, como diz a citação, se acabando. A loucura, frequentadora da rua, teria seu lugar

tomado pelos espectros civilizatórios e modernizantes, representados pelo carro Ford.

Diante desse cenário, observa-se a emergência de uma narrativa em prol da construção das instituições de melhoramento, uma produção discursiva que, em nome da razão e de um suposto bem universais, defendia-se o encarceramento e em alguns casos até mesmo a eliminação dos indivíduos desviantes. A loucura era, como é possível observar, um desses males a se combater. No Brasil do século XX esse combate se sistematiza a partir de 1946, com o advento das políticas do Serviço Nacional de Doença Mental - SNDM, que determinava as diretrizes gerais para o combate a loucura e às desordens causadas pelos alienados. Regulados por esse departamento, a lógica dos manicômios se espalha pelo Brasil, fundamentalmente a partir do Decreto n.º 8.550, de 3 de janeiro de 1946. É nesse contexto que as vozes acerca da construção de uma instituição psiquiátrica pública entram efetivamente na agenda dos políticos de Goiás.

Não é em vão, portanto, que o marco fundamental em nosso estado pinçado do arquivo é o Decreto-lei n.º 847 de 1947, marcado pelas orientações do SNDM e suas concepções eugênicas:

Art. 1º – Subordinado ao Departamento de Saúde, da Secretaria de Estado de Educação e Saúde, fica criado o Serviço de Assistência a Psicopatas (S.A.P), do Estado de Goiaz, que tem por fins principais;

a) – realizar, nos estabelecimentos que o integram, tratamento e assistência às pessoas que apresentarem perturbações mentais;

b) – dar amparo médico social, não só aos predispostos a psicopatas, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;

- c) – zelar pela proteção legal dos psicopatas;
- d) – assistir e tratar a infância anormal e delinquente;
- e) – instituir práticas tendentes à higiene e profilaxia mentais e, em todos os aspectos, contribuindo por meio da propaganda e da divulgação, para a perfeita compreensão dos problemas das psicopatias;
- f) – coletar os dados estatísticos relativos à sua organização e atividade (GOIÁS, 1947).

Esse decreto será o primeiro documento, em nível estadual, a prever o papel do hospital psiquiátrico que seria construído na capital, fato que se concretizou apenas em 1954, ano de sua inauguração⁴. Na cerimônia de inauguração um dos discursos que merece a atenção é o do então Secretário do Estado da Saúde, José Peixoto da Silveira, pois endossam as premissas estabelecidas no decreto.

A questão da saúde é apresentada como um dos deveres primordiais do governo: “Dentre os deveres primordiais do Governo nenhum pode sobrepor-se ao de assistir à *saúde* do povo; este problema no nosso vasto *Brasil* encerra tamanha gravidade, tal amplidão e magnitude, que para ele se deve atentar com grande patriotismo [...]” (FOLHA DE GOIÁS, 1954). Destaca-se como o Brasil tem sido alvo ao mesmo tempo de doenças e inseguranças em relação à saúde, bem como são sugeridas ações patrióticas urgentes, para se redefinir o quadro da saúde no país dada sua grande extensão. O país se encontraria fragilizado, enfraquecido

⁴ Rego Santos (2020) observa que no contexto nacional, o *Adauto* de Goiás (1954) faz parte de uma política de expansão das instituições asilares, com pelo menos mais quatro *Adautos* construídos no Brasil durante a década de 1950: no Paraná (1954), no Espírito Santos (1954), em Sergipe e no Mato Grosso (1957).

não só pelas doenças, mas também, pela quantidade de povos não civilizados e potencialmente instáveis.

Seria necessário, portanto, que todas as forças fossem colocadas à disposição para a construção desse novo Brasil, logo desse novo Goiás. Para tanto“ [...] os recursos e os esforços máximos do Governo precisam [precisariam] ser mobilizados para *curar, robustecer e valorizar o homem brasileiro*” (Ibidem). Ao lado das doenças que solapavam os sertões brasileiros havia a ideia, enraizada nos meios intelectual e político, de que povo sertanejo era indolente, preguiçoso e degenerado, portanto, deveria ser colocado na marcha do progresso. Ao submeter o sertanejo ao postulado do progresso, a cura de sua suposta condição selvagem seria alcançada⁵.

Pela pena de seus idealizadores, a inauguração do *Adauto*, nesse cenário de miscelânea entre saúde, razão e civilização, representava, portanto, algo que vai além de um empreendimento a serviço da ciência e da saúde. Trata-se, também, de uma representação do modo como as forças divinas teriam agido para sustentar as razões nacionalistas dos signatários do projeto (REGO SANTOS, 2020). O manicômio simbolizava uma marcha de fé: “[...] embrenhando-se pelos sertões a dentro, onde mora o cerne da nacionalidade”, nesta jornada evangelizadora da saúde de nossa gente, nesta marcha benfazeja de luz e de fé” (FOLHA DE GOIÁS, 1954).

Essa última parte do discurso é a salvaguarda para as linhas e os conceitos que as precedem. Não só em nível conceitual, mas em nível político e moral, o discurso representa, embora tardiamente em relação

⁵ Entre esses postulados para o aperfeiçoamento estão a produção pedagógica e escolar, meio sutil para se atingir o corpo e a mente, especialmente das crianças, formando assim, novas mentalidades alinhadas aos princípios sanitaristas e eugenistas.

aos grandes centros urbanos do período, os mesmos movimentos eugenistas, civilizatórios e purificadores que os caracterizam.

As racionalidades desses processos podem ser observadas, por exemplo, a partir do modo como a loucura, a anormalidade e os desvios foram tratados, em periódicos do período, depois da inauguração do *Adauto*. Nas edições da Folha de Goiás de 1958, período posterior à inauguração do *Adauto*, matérias que apontam para a relação entre crime e loucura não são raras. Vejam a primeira notícia:

Tentou contra a vida da esposa

Cerca de 12:30 de ontem, sentindo-se ultrajado na sua honra, Ireo Pereira da Silva tentou contra a vida de sua esposa, Egídia Marques, contra ela investindo empunhando uma faca. Disse, depois, que sua mulher lhe estava sendo infiel, e seu desejo era matá-la e depois entregar-se à polícia. Ireo Pereira da Silva, brasileiro, casado, lavrador, natural do Estado da Bahia, 52 anos, de idade, residente na rua 230, n. 7, na Vila Nova, em junho de 1955 foi internado por seu irmão, residente em Nerópolis, no Hospital Adauto Botelho, porque se encontrava doente das faculdades mentais (FOLHA DE GOIÁS, 1958a).

Supostamente justificável a partir de determinados espectros morais e liberais, pois se tratava de defesa da honra, o crime de Ireo logo começa a ser contestado, pois outros elementos vêm à tona. Isso por que, há outro elemento: o evento da internação de Ireo no asilo. Esse fato mais chama a atenção, pois, é utilizado como meio explicativo e justificativa para o crime. As palavras finais da notícia trazem trechos da confissão de Ireo e sua fala sobre a esposa:

Preso, em flagrante, pelo inspetor Cassiano Alves da Rocha, Ireo Pereira da Silva confessou na polícia que, de fato, esteve internado no Hospital Adauto Botelho mas até agora ignora o motivo que levou seu irmão a fazê-lo, vez

que não tem nada. Disse mais que é casado há 23 anos com Egídia Marques e com ela sempre viveu bem, advindo do casamento quatro filhos, o mais velho com 21 anos e o mais novo com 8 anos de idade. ‘- Mas, durante o tempo que passei no hospital a mulher me foi infiel. E, mesmo agora, ela não me está respeitando. As noites ela se levanta e sai à rua para encontros amorosos’ – esclareceu [Ireo]. Adiantou que estava decidido a matá-la o que tentou fazer ao meio dia de ontem, mas foi impedido por populares. A mulher recebeu, apenas, ferimentos no corpo, sendo internada em um dos hospitais da cidade (FOLHA DE GOIÁS, 1958a).

Ireo é enviado mais uma vez para ser internado no manicômio e isso é tratado com destaque pelo jornal. Como argumenta Rego Santos (2020, p. 207) “[...] o jornal apresenta aquilo que seria a confissão do preso. Expõe que o crime pode ter relações com a loucura, dado que Ireo havia sido internado durante algum tempo no *Adauto*”. De nada serve a justificativa que Ireo salienta sobre sua internação, que teria sido realizada por meu irmão, equivocadamente, porque se sentiu muito bem. Na sequência, Ireo fala que sua mulher o traía mesmo enquanto estava internado, e continuou fazendo mesmo depois de ele ser liberado. “A perspectiva do jornal é mostrar que a loucura aparece como um elo fundamental para a justificativa do crime” (REGO SANTOS, 2020, p. 207). Mais ainda, trata-se de mostrar que “[...] matar ou ferir alguém, como no caso de Ireo, não poderia ser um ato realizado por quem estivesse na sua plenitude racional” (REGO SANTOS, 2020, p. 207). O que mostra ainda essa perspectiva do jornal é o discurso de Ireo, dado o modo como ele justifica e mostra as razões de seu crime, além de mostrar o modo como pensou e racionalizou o crime e esperou o momento ‘apropriado’ para cometê-lo.

No mesmo jornal, em março de 1958, outra notícia relacionando a loucura com o crime é editada. Trata-se de uma notícia mais curta, assim apresentada:

O débil mental ameaçava os transeuntes

Em ofício dirigido ao Secretário da Segurança, foi enviado para ser trancafiado no xadrez Central o débil mental Jeronimo de tal. O débil mental foi preso pelo patrulhamento da P.M. quando ameaça os transeuntes usando uma enorme peixeira. Jeronimo, após um pequeno estágio no xadrez, será enviado para o Hospital Adauto Botelho (FOLHA DE GOIÁS, 1958b, p. 8).

Crime e loucura são relacionados nessa matéria de maneira mais sintética e com muito mais clareza. Isso porque é utilizada uma categoria da loucura vinculada especificamente ao senso comum cujo uso é frequente nas décadas anteriores: débil mental⁶. A matéria utiliza-se desse modo popular de denominar a loucura, como um recurso didático, para que o seu leitor não tenha dúvidas sobre a debilidade de Jeronimo. A dialética entre razão e loucura sustenta o modo como o discurso é conduzido. A matéria destaca, também, o trânsito de Jeronimo, inicialmente colocado na cadeia para um pequeno estágio, para em seguida ser enviado ao hospício, fato que pode ter inspirado o uso do termo débil mental na escrita desse excerto (REGO SANTOS, 2020).

No que consistiria esse estágio na cadeia? Qual a necessidade dessa ação? Resposta que só poderia ser dada por hipóteses. Todavia, o que se observa é antes de qualquer coisa a prevalência do hospital, como instituição capaz de organizar e administrar a loucura, uma vez que ela não poderia ficar em qualquer lugar, muito menos na rua, pois cometeria

⁶ Vimos, que já na década de 1930, Pedro Ludovico Teixeira chamava os loucos da cidade de Goiás de débil mental. Para mais sobre o modo de operação dos signos na produção da loucura, ver a importante contribuição de Thomas Szasz em *O mito da doença mental*.

crimes e atos de violência. Dois meses depois, no mesmo periódico, outra notícia que relaciona a loucura com o crime. Há, no entretanto, uma inversão das instituições, em relação ao caso de Jeronimo, tratado na matéria anterior. Isto é, o criminoso agora vai do manicômio para o xadrez, como diz o título da notícia:

Ameaçou matar: do manicômio para o xadrez

Embora não sofresse nenhuma perturbação mental, tempos atrás, após ter abatido covardemente sua própria esposa, Gumercindo Alves Nascimento, aproximadamente 37 anos, foi internado no Hospital Adauto Botelho. Todavia, em virtude de documento comprobatório, expedido pela Secretária de Saúde, foi constatado que o homicida não era débil mental como se supunha. Sua alta foi determinada para ontem, às 14 horas. Logo que foi transportado para o hospital – tempos antes – Gumercino teria dito que dali saísse, mataria incontente sua mulher (segunda) e sua filha de 3 anos. Segundo pessoas que ouviram a referida ameaça, disseram que Gumercindo falava de maneira muito convicta, tudo levando a crer que levaria avante a promessa. Também entra em cena, no caso, que o acusado e assassino é portado de má índole (FOLHA DE GOIÁS, 1958c).

Tratado inicialmente como débil mental, Gumercindo é levado para o manicômio e submetido aos operadores médicos. Todavia, sua loucura não é comprovada, pois, como destaca a matéria, o aparato médico prova o contrário. Não sendo considerado débil mental, o seu lugar não seria o manicômio e sim a prisão comum, para onde foi conduzido. Desse modo, como salienta Rego Santos (2018, p. 164): “Se esse personagem não era débil mental, a explicação plausível para o crime seria que ele era uma pessoa de má índole, uma pessoa perversa”. A própria matéria faz o trabalho de indução, apresentando a racionalidade do crime: “[...] há tempos assassinara a própria esposa” e esse primeiro “[...] crime foi contornado de circunstâncias perversas [...]” (FOLHA DE GOIÁS,

1958c). Diante desse contexto, seria impossível a continuidade de Gu-mercindo no manicômio, sua liberação era eminente. Logo, após a sua alta do hospício, a polícia “[...] tomou enérgicas providências, fazendo com que Gumercindo fosse transportado para uma das celas da Central de Polícia” (Ibidem).

A relação crime e loucura é evidenciada a partir da naturalização da maneira como fala do caminho entre a prisão e o asilo. Contudo, o que está em jogo é o modo como essa relação vai ser ampliada para outros crimes que não são nem o assassinato, nem o latrocínio ou o roubo. Os casos a seguir apresentam outras nuances dos analisados até aqui.

Mesmo sem se referir a uma transição da prisão para o manicômio, há outro caso narrado na Folha de Goiás, na edição do dia 13 setembro de 1958, que destaca um termo importante a ser problematizado: o monstro. Esta é mais uma categoria a partir da qual se insiste em produzir a relação entre crime e loucura

O monstro falou enfurecido: não matei ninguém

“Não sei. Não posso compreender porque tudo recai sobre mim. Não fui eu o mandante do assassinato do meu compadre ‘João Carola’. Não matei ninguém, ninguém, sou um homem de paz, inocente, inocente seu Delegado”. Assim falou João Rodrigues Santana chefe do ‘sindicato do crime’, organização que matou mais de 60 pessoas, - quando foi levado à Delegacia de Vigilância e Capturas, para fazer esclarecimentos em torno da acusação que lhe foi imputada, segundo a qual é o mandante [...]. Não obstante os protestos do chefe do ‘Sindicato do Crime’, as autoridades policiais, notadamente o cap. Eduardo das Neves, titular da Vigilância e Capturas *tem convicção absoluta* de que é realmente João Santana o co-autor do homicídio. Ontem, na hora da inquirição, o criminoso milionário fez revelações que se classificam, entre dramáticas e pitorescas. Disse que jamais “mataria meu compadre. Esses miseráveis pistoleiros vêm agora dizer que fui em quem mandou matar (FOLHA DE GOIÁS, 1958e).

O monstro é uma das categorias constituídas para se encaixar no âmbito das representações da dialética crime/loucura. Foucault (2010) argumenta que a monstrosidade do crime é feita por aqueles que detêm o saber. Os grupos definidos, tentam mostrar que o crime pode só ser uma ruptura das leis civil, religiosa e divina. No caso da supracitada peça, o suposto assassinato do compadre simboliza essa quebra com as leis divina e religiosa, levando-o à ruptura com a lei civil. Esse aspecto é apresentado pelo jornal como sendo a monstrosidade do crime. Ademais, evidencia-se que a culpa atribuída ao suspeito não se fundamenta em provas, mas em convicções.

O outro exemplo destaca a questão da (des)ordem pública. O caso citado a seguir mostra como determinadas situações vistas sob a lente da anormalidade eram tratadas, uma vez que eram consideradas afronta à ordem social. Conta a matéria que há meses atormentava o povo goianiense, especialmente na Vila Coimbra, o chamado ‘homem urubu’, personagem que se alimentava de restos de comida ou de outros tipos de alimentos em processo de decomposição. Suas ações, como descreve a matéria, impressionavam e intrigavam. Além de a matéria asseverar que sua fisionomia era horrível, traz informações sobre o que o homem urubu se alimentava: “Alimentava-se única e exclusivamente de alimentos deteriorados, tais como: carne (de qualquer animal) lançada fora, restos de alimentos colocados no lixo, às vezes, com até dias e com alto estado de putrefação” (FOLHA DE GOIÁS, 1958d, p. 8). Em seguida descrevem-se as providências tomadas em relação a esse personagem:

Não obstante, era um homem bem forte e corpolento. O homem sinistro residia em uma construção localizada na rua 256, Vila Coimbra. Os residentes daquele setor, não mais tolerando a presença do estranho inquilino da

construção, pediram providências à polícia. As autoridades do 3º Distrito Policial, após localizarem o “Homem Urubu”, internaram-no no Hospital Adauto Botelho, onde deverá recuperar-se (Ibidem).

Observa-se que a questão central não é simplesmente os atos cometidos por esse homem, mas sim o modo como as outras pessoas atribuem a ele um espectro de desordem, de incômodo, de cisão com a organização e ordem social. Para combatê-lo e tomar as medidas consideradas cabíveis, nesse caso específico, dever-se-ia internar o ‘homem urubu’ no local no qual se procedia sua cura-isolamento, isto é, no manicômio.

Mais do que combater os anormais, o *Adauto* era representado como aquela instituição responsável por criar uma ruptura no próprio modo como se narraria a história do estado. Na perspectiva dos idealizadores do hospital e da sociedade, depois do *Adauto*, o que se narraria seria uma história que se pretendia civilizada e organizada, uma história de um estado caminhando para o progresso, uma parte do Brasil que seria representada como civilizada e melhorada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trata-se, portanto, da tentativa de explicitar os movimentos que possibilitam a concepção, o projeto e a construção dessa instituição, que é um acontecimento no interior da cultura nacional e regional, a partir de um processo pretensioso de modernização, civilização e melhoramento da raça.

A serviço do estado, mas atrelado a preceitos morais universalizantes, o *Adauto* é gestado para ser uma instituição de encerramento e combate aos loucos, como originalmente planejado. Após sua

inauguração, passa a servir também para encerrar os indigentes que ‘perturbavam a ordem’ da cidade. De fato, essa instituição cumpriu o seu papel de esquadrinhamento, de organização da vida tanto das massas quanto dos indivíduos. Essa instituição psiquiátrica se tornou um instrumento na organização e controle, uma tecnologia política.

Uma instituição racional, ‘iluminada’ pelos princípios da razão e pelos axiomas da ciência e do humanismo. Não importava se as convicções dominassem as decisões e ações, pois tudo já se apresentava como uma teleologia. Não importava se o louco iria sofrer com as violências mais diversas; se fosse em nome da razão e para se alcançar um suposto ‘bem’ do louco e da sociedade, o sofrimento valeria à pena, afinal, o outro, o louco, era sempre um ser desprovido de razão, que deveria ser submetido aos ditames dos seus benfeitores, uma vez que esses defendiam o melhoramento da raça e a civilização do povo. Tarefa que se pretendia nobre, mas como podemos inferir, profundamente perigosa para as singularidades.

Se uma pesquisa genealógica, tal como sugerem Nietzsche e Foucault, é ao mesmo tempo a tentativa de filosofar historicamente e de entender os modos de subjetivação e objetivação dos sujeitos, parece que, no quadro geral, apresentamos uma, mesmo que ainda não tenhamos alcançado a radicalidade que essa tarefa exige.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ORGANIZAÇÃO modelar da Colônia Santa Marta. **Revista Oeste**, Goiânia, p. 554-557, 1944.

A POLÍCIA prendeu o incrível “homem urubu”. **Folha de Goiás**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 6 jul., 1958d, p. 8.

AGUILAR FILHO, Sidney. Educação, autoritarismo e eugenia: exploração do trabalho e violência à infância desamparada no Brasil (1930-1945). Tese (Doutorado), **Universidade Estadual de Campinas**, Faculdade de Educação, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/251194>. Acesso em: 19 mar. 2018.

AMEAÇOU matar: do manicômio para o xadrez. **Folha de Goiás**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 29 maio, 1958c.

BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política. Ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras Escolhidas, vol. 1. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 8.550, de 3 de janeiro de 1946. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. **Diário Oficial da União**, publicado em 5/1/1946, seção 1, p, 163. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8550-3-janeiro-1946-416491-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne. **La sociedade psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano**. Barcelona: Editorial Anagrama, 1980.

CASTEL, Robert. **A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DISCURSO pronunciado por José Peixoto da Silveira na cerimônia de inauguração do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. **Folha de Goiás**, Anápolis: Arquivo Pessoal de Eder Mendes de Paula, 4 abr., 1954.

DIWAN, Pietra. **Raça Pura: uma história da eugenia no Brasil e no mundo**. São Paulo: Contexto, 2007.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão. Médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro, 1830-1930.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FABRÍCIO, André Luiz da Conceição. A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930- 1945). Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6104>. Acesso em: 19 mar. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GOIÁS. Decreto-Lei n.º 847, de 12 de fevereiro de 1947. Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas no Estado de Goiás. **Diário Oficial de Goiaz**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 1947.

NIETZSCHE, Friedrich. **Humano, demasiado humano: Um livro para espíritos livres.** São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

O DÉBIL mental ameaçava os transeuntes. **Folha de Goiás**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 27 mar., 1958b, p. 8.

O MONSTRO falou enfurecido: não matei ninguém. **Folha de Goiás**, Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 13 set., 1958e.

OS TIPOS de rua. **Revista Oeste**, Goiânia, p. 12, julho, 1942.

PASSAGEIROS da Segunda Classe. Direção Kim-Ir-Sen / Luis Eduardo Jorge e Waldir Pina de Barros. Goiânia, Etnia Produções Cinematográficas, 2001, 22 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ZFBpvFwP9hM>. Acesso em: 19 mar. 2018.

PAULA, Eder Mendes de. Da (In)visibilidade à Categorização: O louco infrator em Goiás (1930-2010). Tese (Doutorado), **Faculdade de História da UFG**, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/6806/5/Tese%20%20C3%89der%20Mendes%20de%20Paula%20-%202016.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

REGO SANTOS, Ronivaldo de Oliveira. **História da loucura: O projeto do manicômio Adauto Botelho de Goiânia.** São Paulo: Fonte Editorial, 2020.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G e ARMUS, D. (orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004.

SUGIZAKI, Eduardo. História da loucura como campo discursivo. In: REGO SANTOS, Ronivaldo de Oliveira. **História da loucura: o projeto do manicômio Adauto Botelho de Goiânia.** São Paulo: Fonte Editorial, 2020.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal.** São Paulo; Círculo do livro, 1974.

TEIXEIRA, Pedro Ludovico. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas, Chefe do Governo Provisório, e ao povo goiano, pelo dr. Pedro Ludovico Teixeira, interventor federal neste estado, 1930-1933.** Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 1933.

TENTOU contra a vida da esposa. **Folha de Goiás,** Goiânia: Arquivo Histórico Estadual de Goiás, 23 jan., 1958a.

8

HOSPITAL ANTÔNIO PAULO CANÇADO: TRAJETÓRIAS E POSSIBILIDADES SOBRE A LOUCURA EM JATAÍ

Éder Mendes de Paula

João Vitor Leal Lobato

INTRODUÇÃO

O Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho foi inaugurado em 1954 na cidade de Goiânia, figurou durante muitos anos como o principal centro de tratamento em saúde mental no estado de Goiás. Por se tratar de um sanatório público localizado na capital, foi abordado pela historiografia recente em trabalhos como: *Os Sons do Silêncio – o louco e a loucura em Goiás*, dissertação defendida no ano de 2011 na Universidade Federal de Goiás, autoria Éder Mendes de Paula e *O Projeto do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia em Uma História da Loucura no Brasil (1930-1950)*, autoria Ronivaldo Oliveira Rego Santos, dissertação defendida no ano de 2018 na Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Em outras áreas também foram produzidos alguns trabalhos que dialogam com a perspectiva dos historiadores como: *Movimento da Reforma Psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos*, autoras Débora Jerônima Arantes e Gisele Toassa, publicado na Revista Psicologia e Saúde no ano de 2017 e *“Eu não quero ficar no lugar das mulheres peladas, não!”: As causas das internações de mulheres no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho (Goiânia,*

Goiás), autoria Railda Aparecida Barbosa Barreto e Tiago Cassoli, publicado na Revista Mnemosine no de 2020.

No entanto, em Goiás entre os anos de 1930 e 1960, outros hospitais psiquiátricos foram inaugurados para além do Adauto Botelho, muitos relacionados diretamente com ações de grupos espíritas. Entre estes, temos o Sanatório Espírita São Vicente de Paulo em Nerópolis, de 1938; o Instituto Bатуíra de Saúde Mental também em Goiânia, de 1949; o Hospital Espírita de Psiquiatria em Anápolis, de 1950; Sanatório Santo Antônio de Pádua de Caturai, fundado em 1953; Sanatório Eurípedes Barsanulfo, da cidade Palmelo, de 1953; e o Hospital Psiquiátrico Antônio Paulo Cançado, em Jataí, de 1967.

A partir dessas datas, é possível conjecturar com segurança, de que existe uma presença marcante no interior do estado de Goiás destas instituições; mesmo que assumam um caráter caritativo, é importante investigar suas ações e relações com as políticas de saúde mental do período.

Um trabalho recente sobre as instituições espíritas de psiquiatria foi a dissertação *Loucura e Espiritismo – o surgimento dos sanatórios espíritas em Goiás*, pesquisa realizada por Michel Barbosa Gomes e defendida no ano de 2019 na Pontifícia Universidade Católica. Essa pesquisa se detém mais particularmente ao Sanatório Espírita São Vicente de Paulo de Nerópolis e o Instituto Bатуíra de Saúde Mental de Goiânia, mas permite vislumbrar de maneira geral as articulações entre tais instituições e o poder público.

Nessa dinâmica, ao pensar o interior do estado de Goiás, para apresentar as fontes e os possíveis caminhos de pesquisas centrados no Hospital Psiquiátrico Antônio de Paulo Cançado de Jataí, é preciso abordar a categoria “sertão” como forma de levantar particularidades.

Essa problematização se mostra pertinente pelo fato de ser um aspecto central da formação do país, a partir da dicotomia entre o sertão e o litoral, mas que também constitui possibilidade de análise, como demonstra Paula (2011), em sobreposições discursivas no próprio interior. Goiânia, ao ser projetada como capital, constitui fronteiras entre as outras cidades do estado, possibilitando que diferentes dinâmicas possam ser encontradas a partir da construção discursiva de um sertão dentro de outro sertão.

Nesse sentido, a relação entre a sociedade e a loucura, entre sociedade, espiritismo e saúde mental, pode se revelar com particularidades que não seriam encontradas na capital. A categoria sertão auxilia no desvelar de determinadas práticas sociais que estão ligadas ao lugar ocupado pelas cidades diante das dinâmicas estabelecidas com Goiânia, projetada sob o discurso de um espaço moderno e civilizado.

É partindo dessas concepções que apresentaremos as fontes e as possibilidades de pesquisa sobre a “História da Saúde Mental em Jataí”, também relacionada ao movimento espírita e que desvela mais vieses para refletir sobre a História de Goiás.

SERTÃO: POSSIBILIDADE DE INTERPRETAÇÃO

Pensar e problematizar a categoria sertão está para além de constatar a construção de um interior arquitetado narrativamente pelo litoral, pois intenta perceber outras dinâmicas de relação de poder, além do sentido de dicotomia com litoral. Neste ínterim, o sertão é compreendido como

[...] uma das categorias mais recorrentes no pensamento social brasileiro, especialmente no conjunto de nossa historiografia. [...] uma categoria de

entendimento do Brasil, inicialmente na condição de colônia portuguesa e, após o século XIX como nação. [...] Sertão foi ainda largamente utilizado até o fim do século XVIII, pela coroa portuguesa e pelas autoridades lusas nas colônias. [...] De forma simplificada pode-se afirmar, portanto, que, às vésperas da independência “sertão” ou “certão”, usada tanto no singular quanto no plural, constituía no Brasil noção difundida e carregada de significados. De modo geral denotava terra “sem fé, lei ou rei” (AMADO, 1995, p. 146).

Janaína Amado (1995) contribui significativamente para a compreensão do Brasil através de uma dicotomia em pauta desde a colonização, o sentido da categoria sertão estava direcionado para características que retiravam qualquer traço de padrão civilizado, estabelecido pelas narrativas europeias de suas colônias. Destarte, ao Brasil estava destinado um lugar subalterno, onde as características de seus povos originários foram utilizadas como par opositor para dar significado à narrativa do padrão civilizatório europeu e legitimar suas invasões e aculturações promovidas ao longo dos séculos.

Corroborando com tal perspectiva, Nísia Lima (1999) busca compreender porque a contraposição entre sertão e litoral perpassa o processo de formação do Brasil. Sua trajetória de pesquisa se debruça sobre os intelectuais e as narrativas sobre nacionalidade, analisando como o sentido de civilização precisou estabelecer o outro do interior como necessitado de ser “educado”.

Para Gilmar Arruda (1999, p. 124),

o termo sertão, [...] apontava para outros desdobramentos. Interpretado como suporte da memória coletiva, implicava uma relação com a ideia de natureza tropical, selva ou floresta virgem. [...] Transformou-se em oposição ao termo civilização e foi utilizada como justificativa para inúmeros projetos de (re)ocupação dos territórios interiores do país. Articulou-se com

vários desejos de construção da identidade nacional, foi usada como recurso ordenador da memória da história de algumas cidades.

O sentido percebido por Arruda se relaciona com a perspectiva de dominação do homem sobre a natureza, ou seja, o espaço civilizado seria aquele em que a selva ou a floresta teriam sido subjugadas pela presença do homem branco. Esse pensamento permite compreender as noções presentes na ideologia da “Marcha para o Oeste”, ou mesmo na ocupação dos espaços vazios da Ditadura Militar.

Em todos os casos, ocupar, civilizar e sanear os sertões estaria relacionado a domar seus aspectos considerados selvagens, seja no comportamento ou nas representações de seu clima e natureza. Ao concentrarmos tais reflexões na concepção da cidade de Goiânia, perceberemos que seu contexto carrega questões ligadas às três definições citadas anteriormente.

O estado de Goiás era considerado sertão no início do século XX, o governo de Getúlio Vargas inaugurou, a partir de 1930, uma nova fase de políticas de ocupação territorial, ao mesmo tempo em que impulsionou concepções de modernidade e modernização que foram traduzidas no estado como a construção da nova capital.

Muito já se debateu sobre esse assunto na historiografia goiana, no entanto, aqui ele é importante no desenho do contexto das questões que queremos suscitar. A cidade construída no cerrado, demonstrava naqueles anos entre 1933-1942 (pedra fundamental e batismo cultural respectivamente), a dominação do homem sobre a natureza e a modernização do sertão construído pelo litoral.

Segundo Paula (2020), a necessidade de ser moderno em Goiás pode ser percebida através das ações da classe médica, pois, ao sediar o III

Congresso Médico do Brasil Central e V do Triângulo Mineiro na década de 1950, compreende-se que a identidade subalterna do sertanejo foi assimilada e, naquele momento, positivada. Segundo o autor, a construção de Goiânia seria o ponto central para as transformações da figura do homem goiano que se entendia como cerne da nacionalidade brasileira, mas tentava a todo momento se equiparar ao litoral.

Em seu trabalho *“Doutores” do Sertão: Discursos do III Congresso Médico do Brasil Central (1951)*, Paula (2020) apresenta de qual forma a visão do Jeca Tatu, enquanto um sujeito doente, foi relacionada com a do sertanejo; mas como a partir da construção de Goiânia um novo sentido passou a ser explorado em relação ao homem do sertão. Assim, a nova capital se tornou um símbolo de modernidade e sua análise foi realizada a partir dos discursos médicos durante o congresso, que faziam referência à distância de Goiás em relação aos demais estados, mas exaltavam a produção científica que se colocava equiparada com qualquer outra unidade da federação.

Compreendemos, então, que o estado de Goiás estava inserido na dinâmica da dicotomia sertão/litoral e, essa oposição, estabeleceu maneiras particulares de interpretar a realidade e elaborar suas representações. A cidade de Goiânia, para além de representar a modernização do estado, se constituiu também como um espaço de produção discursiva de si a partir de um outro, o interior do próprio Goiás.

Neste caso, seria uma sobreposição discursiva que,

atua na possibilidade de emergir de um mesmo local, representações diferentes, que tratam de um processo de autoafirmação como é o caso de Goiânia. A capital se torna o espelho do estado, é necessário que a mesma seja vista como diferente desse ruralismo em que ainda se encontrava Goiás. Se o homem da cidade fosse curado, o sertão moderno já estava

existente, porém, ainda se encontrava delimitado por fronteiras sanitárias no caso da zona rural. Têm-se aí a construção de um sertão dentro do sertão; o que não diminui a importância de estabelecer a cura do sertanejo, de torná-lo apto para o trabalho físico e mental (PAULA, 2011, p. 66).

Essa perspectiva aponta para o fato de que a partir da nova cidade, determinadas construções discursivas passaram a estabelecer novos sentidos que têm como pares opostos Goiânia e as cidades do interior de Goiás. Ao se estabelecer como ponto da modernidade, a fronteira que constituiu o sentido para esses discursos foi a mesma caracterização do sertão através do litoral, porém, as narrativas partem do mesmo espaço, estabelecendo a nova cidade como moderna em relação ao restante do estado.

Nesse aspecto, a sobreposição discursiva sobre o sertão é concebida através do movimento dos discursos sobre modernidade, que aplicam a perspectiva civilizatória no próprio território. Se antes a construção do sertão estava relacionada com os discursos oriundos do litoral, aqui, a cidade planejada, aparece como veículo propulsor do processo civilizatório e esse lugar é garantido através dos significados de sua construção como moderna em oposição ao próprio interior, tido como carente de orientação e sentido, nas condições de existências desses discursos.

As interpretações da distância e da dominação do meio rural foram (re)lidos tendo por ponto de partida a nova capital, assim, as outras cidades do estado funcionaram como mecanismos de legitimação interna da modernidade, o que caracteriza o sertão dentro de outro sertão.

Isso é possível observar a partir das políticas implementadas pelo governo que eram centralizadas em Goiânia, é nessa conjuntura que o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho é inaugurado em 1954, enquanto

em outros lugares será o movimento espírita o responsável por construir e realizar a manutenção das instituições.

Essa relação de subalternidade interna a partir da modernidade representada pela capital, permite que sejam analisadas particularidades da relação entre a loucura e a sociedade. É preciso compreender que Goiânia vivenciava a necessidade de um padrão de comportamento, no entanto, será que nas outras cidades goianas o mesmo arquétipo tinha sentido equivalente?

A discussão aqui empreendida sobre os sentidos da categoria sertão tem como interesse demonstrar que, os discursos sobre as instituições psiquiátricas ou mesmo sobre o conceito de loucura, podem ter como interpretação essa abordagem como forma de perceber idiosincrasias.

Uma sociedade constituída no interior do estado de Goiás tanto se vê à margem de cidades litorâneas, como da própria capital, e possui interações sociais que muitas vezes não correspondem a estes espaços. Tamara Vieira (2012, p. 103) ao analisar os congressos médicos do Triângulo Mineiro e Brasil Central, compreende os mesmos como “um canal importante de circulação de ideias, de troca de informações, de estabelecimento de contatos institucionais e estreitamento de laços pessoais”.

No entanto, a pesquisadora ainda aponta que:

Embora contando com uma capital recém-inaugurada, Goiás ainda era percebido segundo a imagem negativa dos sertões do país – muito forte entre aqueles que não conheciam o Brasil Central. Um conclave desse porte se configurava como a oportunidade de mudar essa visão, que então e durante muito tempo ainda permearia o imaginário nacional (Ibidem, p. 112).

Tais aspectos ressaltados, podemos compreender que há um reconhecimento enquanto sujeitos pertencentes ao sertão, mas que ao mesmo tempo se preocupavam em deter uma produção científica e com considerável circulação. No entanto, esse ponto de “modernização” parecia estar restrito à capital, a equiparação com outros espaços era realizada a partir de Goiânia que, em oposição ao próprio interior do estado, se colocava em situação diferente.

Assim, em relação ao discurso e ao pensamento médico, a cidade se tornou a expoente e ao mesmo tempo responsável pela propagação do caráter científico da profissionalização da categoria médica. Vieira (2012) demonstra, através das fontes de sua pesquisa, que a abertura de regionais da Associação Médica de Goiás no interior se tornou um veículo de legitimação dos sentidos e problematizações das doenças, cuja a corroboração estava na capital, Goiânia.

Analisar, portanto, as doenças em Goiás, pode ter como viés a abordagem da categoria sertão, como forma de compreender as representações do discurso médico em seu contexto particular. É importante considerar o lugar ocupado por Goiânia e pela Associação Médica para interpretar a atuação das instituições de saúde e seus membros nas diferentes realidades que compõem o estado de Goiás.

Considerando a saúde mental, o olhar a partir da categoria sertão auxilia na compreensão de como o interior se organizou mediante a centralidade de recursos e hospitais na capital, ao longo do século XX. Mesmo que Goiânia contasse com o Hospital Psiquiátrico Bатуíra, no interior, percebemos pelo levantamento apresentado anteriormente na introdução desse texto, que o movimento espírita será o veículo motor para a constituição dessas instituições.

Nesse sentido, de quais formas esse movimento se articulava em cada lugar para se consolidar como possibilidade de oferecer o tratamento à saúde mental, mesmo que de forma filantrópica? Vieira (2012), mais uma vez, aponta em sua pesquisa que em Jataí não havia um consenso sobre a atuação do espiritismo na cidade, em relação às práticas de tratamento em saúde vistas como curandeirismo.

A pesquisadora apresenta como fonte um editorial da Revista Goiana de medicina assinado pelo presidente da Associação Médica de Goiás entre 1955-1956, Wilson Mendonça, em que ele pontua “desvirtuação” de espíritas que realizavam curas e cirurgias espirituais. E, no caso próprio da cidade de Jataí, a seção da Associação Médica de Goiás buscava apresentar ações que impedissem a procura da população a esses chamados “curandeiros”.

Partindo desse contexto, entender a atuação do Sanatório Espírita Antônio Paulo Cançado em Jataí, é recuperar as formas como esse sertão se apresenta e se narra, pois, aí se localiza como a sociedade irá interpretar e significar os discursos e suas instituições.

UM CAMINHO QUE PERMEIA A MEMÓRIA E O ESQUECIMENTO: A BUSCA DAS FONTES

As fontes sobre “História da Saúde e das Doenças” possuem uma variação imensa: jornais, fotografias, filmes, revistas, depoimentos, literatura, entre outras; no entanto, quando o objetivo é a problematização das instituições, alguns entraves se colocam entre o historiador e seu objeto.

Para analisar a atuação das instituições psiquiátricas em si, seria necessário trabalhar com fontes oficiais, como prontuários, atas de reunião, receituário de tratamento medicamentoso, etc., no entanto, existe

não apenas a dificuldade de conseguir acesso ao material, mas também a possibilidade de que o mesmo não exista mais, ou exista em parte, devido ao descaso com a memória sobre a temática.

As instituições hospitalares são muitas vezes interpretadas como espaços de dor e sofrimento, sem a concepção de que as doenças têm “história”. Nesse sentido, é comum não encontrarmos políticas de conservação e preservação de suas fontes documentais ou mesmo dos edifícios hospitalares quando são desativados.

Essa discussão faz parte de uma série de problematizações que têm sido realizadas sobre o patrimônio; é recente um olhar mais apurado para o que é chamado de Patrimônio Sensível.

Reitera-se que a partir de 1988 passaram a ser reconhecidos como Patrimônio Cultural exemplares de bens e sítios relevantes para a formação transversal da identidade cultural brasileira como um todo e em todos os seus aspectos. Em meio a estes “novos patrimônios”, como descreve Borges em sua recapitulação de Poulot, podemos encaixar sítios históricos carregados de dor, opressão, sofrimento e privação de liberdade individual, de expressão e violações atrozes aos mais básicos direitos humanos. [...] Tais sítios carregam memórias de opressão, dor, sentimento e de episódios que muitos gostariam de fingir não terem ocorrido – e alguns o fazem –, mas que inegavelmente definiu o curso de vida de milhares de pessoas ao longo da história. Em meio a este debate em múltiplas instâncias e escalas contextuais, a única consonância que parece haver em relação a este tema é que seu teor é altamente sensível (CASARIN e CASTRIOTA, 2019).

Nesse aspecto, de uma formação transversal da identidade cultural brasileira, é necessário que se leve em consideração outros espaços que não correspondam exatamente a uma memória oficial. Essa outra memória, a vinculada à História das Doenças, diz respeito ao comprometimento do Estado com o bem-estar da população, de

processos de exclusão relacionados ao acesso à saúde, às políticas do “deixar morrer”, à utilização das instituições como braço repressor do Estado, etc.

Assim, pesquisar as instituições asilares, sobretudo os sanatórios, é uma tarefa árdua na busca pelas fontes que muitas vezes são escassas, de acesso dificultado, estão em péssimo estado de conservação ou deixaram de existir pela falta de interesse ou intencionalidade de não preservar a memória.

A Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como antimanicomial, se traduziu em uma etapa no processo de crítica e de exigência de mudanças no atendimento à saúde mental no Brasil. A trajetória até a sua aprovação passa por uma série de denúncias sobre maus tratos, abandono, violência e tortura legalizada pelo Estado brasileiro no interior dos Hospitais Psiquiátricos ao longo dos anos.

Desde o século XIX, onde já eram conhecidos, segundo Engel (2005), como um espaço para amontar pessoas, tais instituições tiveram suas trajetórias marcadas pela presença da violência e do abandono. Passando pelos governos autoritários brasileiros, a partir de 1985 com a perspectiva de redemocratização do país, a problematização apresentada sobre tais instituições asilares se tornou incômoda.

As denúncias que foram realizadas tanto por trabalhadores, famílias e usuários dos serviços de saúde mental, marcaram ações do Estado que foram responsáveis pela morte e sequestro da liberdade de milhares de pessoas pelo Brasil. Nesse aspecto, o tempo levou essa questão a ser interpretada como algo sensível, que não carecia de ser lembrada.

Existem, no entanto, intencionalidades a respeito do silenciamento em torno dessas memórias, afinal de contas elas emergem uma série de questionamentos sobre o papel do Estado em determinados

contextos. Existem no Brasil, por exemplo, poucos museus que dizem respeito à saúde mental: Museu de Imagens do Inconsciente e Museu Bispo do Rosário, no Rio de Janeiro; Museu Dr. Osório César e Complexo Hospitalar do Juqueri, em São Paulo; Memorial da Loucura e Hospital Psiquiátrico São Pedro, no Rio Grande do Sul; e Museu da Loucura, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – Rede Fhemig, em Barbacena.

É preciso considerar que esse número não representa a atuação das instituições psiquiátricas pelo Brasil, ficando aquém do espaço que realmente ocupavam na vida das pessoas. Em Goiás, por exemplo, não contamos com nenhuma instituição que tenha como intuito preservar a memória do atendimento em saúde mental no estado, salvo uma iniciativa da professora Larissa Arubués Carneiro do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás, que tem organizado a possibilidade de um museu em Saúde Mental em Goiás.

O projeto da professora Larissa visa estabelecer uma trajetória da saúde no estado de Goiás através dos diversos trabalhos acadêmicos produzidos sobre o tema, o compartilhamento de fontes e documentos que possam favorecer a construção de uma plataforma que agregue informação e reflexão sobre a temática. Em Goiás, esse projeto aparece como o único que tenta resgatar essas memórias que, mesmo dolorosas, fazem parte do processo histórico regional e nacional.

O Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho foi fechado em meados da década de 1990 em Goiânia, foi demolido e deu lugar a uma outra temática hospitalar que ressignificou o espaço, relegando ao esquecimento a complexidade em torno da instituição. Talvez seja uma prática comum estabelecer novos sentidos para essas áreas que abrigaram sanatórios, pois enquanto o Adauto foi substituído pelo CRER (Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo), o Sanatório Antônio

Paulo Cançado, em Jataí, foi substituído pela APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais).

Esse ato, que se apresenta comum nos dois casos, busca atribuir novas narrativas ao espaço, no entanto,

O espaço é um produto histórico. O espaço é um testemunho – formas espaciais fixas que se cristalizam em memória, do momento da realização concreta do/s modo/s de produção do espaço construído (Idem) [...] Os regimes totalitários buscam suprimir a memória, com a destruição sistemática de documentos e monumentos no tempo e espaço, para queimar todos os vestígios que testemunhem a dominação dos vencidos. Os regimes tirânicos do século XX se apropriam da memória e buscam controlar totalmente (CONCEIÇÃO, 2014, p. 34).

É importante ressaltar que tanto o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho, quanto o Hospital Psiquiátrico Antônio Paulo Cançado, estiveram em funcionamento durante o regime militar brasileiro. A partir do momento em que a liberdade de imprensa retorna, no fim dos anos de 1970, permite que a visão sobre tais instituições mude devido às denúncias sobre maus tratos.

Nesse aspecto, a manutenção dessa memória é fazer emergir uma série de negligências do Estado e, assim como a Lei da Anistia “apaziguou” a dinâmica de conflitos existentes na época e muitos responsáveis pelas torturas durante a Ditadura Militar não foram punidos, os temas referentes às instituições asilares também se tornaram tabus, como fatos que se quer ou pretenderia esquecer.

Assim, ao transformar o espaço em outro, novas narrativas começam a ser produzidas, constituindo novos sentidos que ao se relacionarem com o presente e sem referência sobre o passado,

promovem o esquecimento, da instituição, de suas práticas e das vidas que ali se perderam.

A ameaça do esquecimento definitivo é proporcional ao tempo histórico do afastamento da memória por apagamento dos rastros seja documental ou psíquico, o rastro mnésico. [...] O lugar como prova documental histórica é fundamental tanto para a garantia da preservação da memória individual, como também para a memória coletiva (Ibidem, p. 35).

É nesse contexto que é possível afirmar sobre as intencionalidades do esquecimento em relação à saúde mental, as novas narrativas não serviram ao tempo apenas como forma de demonstrar os novos caminhos do Estado após as negligências denunciadas. O espaço do sanatório de Jataí, ao ser ocupado pela APAE sem referenciar o passado, transformou a característica da instituição e produziu um esquecimento significativo em torno do Hospital Antônio Paulo Cançado.

É importante acrescentar que a instituição fazia parte de um movimento caritativo espírita da cidade e que integrava a chamada Sociedade Beneficente São Vicente de Paulo, composta por membros da religião em Jataí. O grupo iniciou as atividades primeiramente com o Albergue/Abrigo São Vicente de Paulo que atendia idosos, funcionando como uma espécie de asilo e, em 1967, também inauguraram o Hospital Psiquiátrico.

O esquecimento produzido em torno da instituição de saúde mental é tamanho que a sociedade continua até hoje em funcionamento, e a memória oficial de suas ações estão vinculadas diretamente ao Albergue/Abrigo São Vicente de Paulo. A ressignificação do prédio em que ficava o sanatório, juntamente com as narrativas sobre a outra instituição (o albergue) da Sociedade Espírita, relegou ao esquecimento e à

anulação de reflexões sobre toda uma prática de atendimento e tratamento da saúde mental na cidade e no sudoeste goiano.

Buscar, portanto, os rastros dessas experiências é lidar com o esquecimento não só sobre os indivíduos que ali viveram ou trabalharam, mas também da própria documentação da instituição. O contexto que envolve a relação entre a saúde mental e a sociedade, está ligado a relações de violência e abandono, e muitas vezes não encontramos a documentação de forma organizada ou em sua totalidade, precisando lidar com os fragmentos na composição do fazer historiográfico.

No caso do Hospital Psiquiátrico Antônio Paulo Cançado, é preciso ainda considerar o lugar social ocupado por Jataí, um sertão dentro de outro sertão, onde, apesar de uma maioria católica, teve como possibilidade de tratamento à saúde mental o oferecido por uma instituição espírita.

Esses meandros precisam ser interpretados e contextualizados para que possamos compreender não apenas a atuação da instituição, mas como a sociedade do sudoeste goiano se relacionava com uma noção de saúde mental, proveniente de um sanatório espírita.

SANATÓRIO ANTÔNIO PAULO CANÇADO – O ARQUIVO E AS FONTES

O Sanatório Antônio de Paulo Cançado foi inaugurado no ano de 1967, se tornando mais uma das unidades da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo em Jataí. Sociedade formada em 1952, a partir da intenção de determinado grupo de espíritas de alavancar as obras assistenciais na cidade que, apesar de em certo momento receber apoio financeiro Federal e Estadual, a organização e as Instituições se

mantinham através de doações, vendas de mercadorias e pela mensalidade paga pelos sócios contribuintes.

Os integrantes desse órgão social eram majoritariamente espíritas, guiados por um personagem tido como pioneiro da religião e das práticas assistenciais na cidade, Moisés Franco Carvalho, ou “Apostolo da Caridade”, como retratado por Irani Inácio¹ em uma edição especial no jornal *Diário da Manhã*, em 2015, que tinha sede em Goiânia, mas circulava por todo o estado de Goiás:

O “Moisés do Centro” é a imagem viva do bom samaritano da atualidade. Está entre nós um homem de bem e defensor intransigente dos princípios esposados pela consoladora e libertadora Doutrina dos Espíritos, que traz consigo o indelegável compromisso em transformar o homem e fazer avançar a humanidade. [...] Em sua caminhada a marca indelével de uma larga folha de bons e relevantes serviços prestados aos carenciados e mais humildes da cidade apiária. Bem-aventurada sua sublime e abençoada missão de esclarecer os ignorantes, amparar os fracos, socorrer os miseráveis, acolher e abrigar os desprotegidos. [...] Com apenas 18 anos adquiriu a confiança das pessoas de bom coração e recebeu uma casa onde iniciou seu samaritano trabalho que perdura até hoje, acolhendo inicialmente 12 pessoas. [...] A semente do Evangelho por ele plantada no solo fértil do coração humano, regada com as lágrimas do próprio sacrifício germinou e cresceu dando origem às frondosas árvores das primeiras obras sociais de Jataí. Escolas de amor e educandários de luz o Centro Espírita Casa do Caminho, o Sanatório Espírita Antônio de Paula Cançado e o Albergue São Vicente de Paulo, que hoje prestam relevantes e inestimáveis serviços à comunidade (LIMA, I., 2015, n.p.).

A representação de Moisés Franco Carvalho como “samaritano” e prestador de serviços caridosos aos mais pobres alicerçaram os

¹ Advogado, espírita e conselheiro da Associação Jurídico Espírita do estado de Goiás.

principais objetivos da criação dessa Sociedade em 1952. Tal fato institucionalizou as vontades do movimento espírita voltadas à caridade e ao assistencialismo, a partir das unidades específicas que foram criadas, como o Sanatório Espírita Antônio de Paulo Cançado, em 1967.

A função apropriada pela Sociedade era de alguma forma legitimar, centralizar e alargar as obras praticadas na cidade. Tendo como alvo inicialmente a “única finalidade da prática de caridade às pessoas necessitadas, auxiliando familiares que se acham no estado de penúria, concorrendo para que a mendicância nas ruas da cidade diminua e sejam os pedintes amparados” (ARQUIVO DA SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, 1952, n.p.). Isso garantiu, de certa forma, que os espíritas praticassem seus dogmas de acordo com seus objetivos religiosos a partir da hospedagem de tais sujeitos dentre os muros das unidades, sob a categoria de mendicância e problema urbano.

Com a criação da unidade destinada aos “débeis mentais” em 1967, o grupo alvo se alarga, agora “internando” também tipos urbanos²: loucos(as), desobedientes, agitados(as), desequilibrados(as) e alcoólatras. Indivíduos caracterizados pela desordem e desatino, capturados e deixados na Instituição, cujo objetivo principal seria renovar estes sujeitos para que “torne-se útil a si, a seus familiares e a pátria” (Ibidem, n.p.).

Os apontamentos supracitados referentes à criação dessa instituição, seus objetivos e pretensões, partem da pesquisa histórica³, que tem

² Entendidos nessa produção como sujeitos estigmatizados por questões socialmente construídas ou por suas relações com as doenças mentais, que habitavam a paisagem urbana, ora por sua identificação enquanto transeuntes sem residência ou pelo conhecimento de seus nomes e apelidos pela população, devido à sua permanência nas ruas das cidades.

³ Neste momento trabalho realizado através do projeto de pesquisa “A Institucionalização da Psiquiatria em Jataí: O Sanatório Antônio Paulo Cançado”. Coordenado pelo Prof. Dr. Éder Mendes de Paula e

como fonte o arquivo e os fragmentos presentes na Instituição. Nesse sentido as fontes foram analisadas na função de “produto da sociedade que o fabricou segundo suas relações de forças que aí detinham poder” (LE GOFF, 2003, p. 536), sendo então necessário perceber essas particularidades, não apenas como documento, mas sim como um monumento.

Os monumentos são entendidos como representação de um passado carregado de memórias e identificações, imbuídos de disputas e relações de poder. Os arquivos, segundo Delmas (2010), são vistos como um produto necessário ao funcionamento de uma sociedade, sendo que sua dimensão de espaço e sua complexidade acompanham o crescimento e a multiplicidade dessa mesma sociedade. Para o autor, na medida em que as sociedades se desenvolvem, criam métodos de organização e registro cada vez mais diversificados, seguindo suas necessidades graduais.

A investida aos documentos da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo, deixou à mostra as dificuldades que a maioria dos historiadores que pesquisam a “História da Saúde Mental” passam ao realizar suas pesquisas. As fontes e documentações encontram-se em instituições que podem ainda estar em funcionamento, instituições privadas ou sob o domínio de outras entidades ou arquivos sob a tutela do Estado, no entanto, o que há de comum é o fato da dificuldade de acesso e, infelizmente, a maior parte se encontra em péssimas condições de preservação.

Na Instituição Espírita encontramos primeiramente os prontuários dos internados, principalmente dos anos de 1987 até 2005, organizados dentro de armários em uma das primeiras salas da unidade.

É importante ressaltar que a organização desse arquivo foi feita através de um projeto de pesquisa anterior, coordenado pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí na época. Há nas documentações encontradas um intervalo temporal, onde não estão presentes os prontuários referentes aos primeiros anos de funcionamento da Instituição até os anos de 1987.

Isso nos aponta uma dificuldade em (re)construir, através do fazer historiográfico, a temática sobre o tratamento dispensado na instituição, visto que não se encontram documentações de pacientes dos primeiros 35 anos de funcionamento da entidade. Um problema levantado, a partir de então, é que a documentação, até o momento, indica o fato de que a instituição só foi ter a presença de um médico psiquiatra em meados de 1980. No entanto, o espaço asilar já praticava as internações desde sua criação em 1952, ampliando ainda mais sua abrangência com o Sanatório Antonio de Paulo Cançado em 1967.

Nos fundos do prédio onde ainda hoje funciona o Albergue São Vicente de Paulo, encontramos parte da antiga construção do Asilo, visto que o seu prédio oficial hoje é ocupado pela APAE, juntamente com todas suas salas, macas, grades e etc.

Em um cômodo anexo, encontramos a segunda parte das documentações que utilizamos em nossa pesquisa. Dentre elas estavam o Registro de Imóveis, dos Estatutos, Registro de Compra e Venda de Móveis e Imóveis, documentos de funcionários e, principalmente, as Atas das Reuniões da Sociedade.

Nesses registros, maioria registrados no cartório municipal da época, estão informações sobre como eram organizadas as unidades da Sociedade, os objetivos específicos de se ter esse grupo de forma institucionalizada, quais eram os imóveis pertencentes ao grupo, vendas e

doações de terrenos e veículos, documentações de pessoas contratadas e as informações sobre as unidades específicas.

Uma outra parte das documentações são as Atas das Reuniões Ordinárias de 1963 a 1985, onde contêm informações importantes sobre a organização da instituição, principalmente no que compreende a comparação do planejamento inicial da entidade, presente no Registro dos Estatutos da criação desta Sociedade em 1952, com as narrativas presentes nas Atas, onde os integrantes de determinada Diretoria Central se reuniam para discutir assuntos específicos das unidades da organização.

Outro aspecto é justamente sobre a Diretoria Central, elegida todo ano pelos sócios contribuintes, descritas detalhadamente ora em Atas do mês de dezembro de cada ano, ora em janeiro. Essa Diretoria era responsável pelas principais decisões sobre as práticas manicomiais, asilares e caritativas.

Durante a análise das atas, percebem-se aspectos particulares das obras assistencialistas em Jataí, principalmente perante o apoio e legitimação da Prefeitura Municipal e do Estado, que constantemente efetuavam doações financeiras, além de convênios específicos e prestação de serviços.

Nas atas encontramos a descrição de alguns fatos que ocorreram na instituição, como o assassinato do dia 22 de fevereiro de 1969, onde um interno golpeou seu companheiro de pavilhão com uma pá na região da cabeça, compreendendo que as atas eram realmente um espaço de discussão do cotidiano da Sociedade e do Sanatório (ARQUIVO DA SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO, 1969).

Após o recolhimento desses fragmentos, estipulou-se um modelo específico de catalogação baseado na análise do discurso como

ferramenta metodológica de pesquisa. Sendo assim, estipulou-se uma estratégia para utilizar os discursos dentro desses documentos como ferramenta analítica, a fim de entender as redes discursivas e representações durante o funcionamento da instituição em Jataí.

A pesquisa e análise desses documentos foi investida a partir do objetivo geral de compreender o processo de institucionalização da psiquiatria em Jataí, perpassando pela sua relação com o espiritismo e com os sujeitos políticos da época, ancorando no contexto de Goiás e Jataí, a partir de suas relações narrativas percebidas desde o século XIX e corridas no século XX, entre a dicotomia do litoral e sertão (AMADO, 1995; PAULA, 2011; LIMA, 1999).

A partir dessa problemática foi elaborado um mapa discursivo com o objetivo de limitar e classificar os excertos, principalmente a partir das categorias: Título do Documento, Data, Conteúdo e Assinaturas. Foi possível destacar e separar as informações da instituição, lendo com mais detalhes as entrelinhas de cada fragmento, utilizando dessas narrativas como parte de representações específicas daquele contexto.

Elas ajudam a interpretar de alguma forma a existência da instituição, revelando no decorrer da pesquisa personagens que participaram de maneira transversal na história da entidade, dispondo olhares distintos que contribuíram para aspectos importantes da história local.

Nesse sentido, procuramos interpretar as intencionalidades de produção dos discursos presentes nas atas, pois, documentos oficiais estão longe de serem incontestáveis e vistos como verdade absoluta; é preciso adentrar nas entrelinhas do texto e seus contextos, encontrar suas narrativas perante a tantas outras e conectá-las com suas remanências para estabelecer relações.

A unidade onde se encontrava o Sanatório Espírita Antônio de Paulo Cançado hoje em dia funciona como a APAE, ressignificando as práticas, as memórias e as identidades dos sujeitos que passaram por aquele espaço. Deixando à mostra aquilo que não se pretende lembrar, onde o mesmo prédio, ainda com grades, pavilhões e grandes muros, fora (re)projetado para a população de uma forma totalmente nova, ocultando grande parte da experiência da saúde mental em Jataí durante a segunda metade do século XX.

Destarte, compreendemos que o fato das documentações estarem em caixas sem organização, nos aponta para uma prática comum de não se considerar uma memória plausível o dia-a-dia das instituições asilares. Essa hipótese é levantada a partir da constatação de que as discussões acerca da saúde mental, a partir da década de 1970, transformaram as relações entre a sociedade e as instituições psiquiátricas.

As denúncias realizadas na imprensa, após a redemocratização política e a queda da censura, permitiram que fosse evidenciada uma dinâmica cruel de atendimento e tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental. A indústria da loucura, como afirma Fernando Tenório (2002), possibilitou que internações infundáveis ocorressem corroborando para um cenário triste de nossa história.

Sendo assim, esses hospitais foram marcados como espaços de tristeza e se tornaram parte de uma memória sensível, que muitos não julgam digna de ser visitada e refletida. No entanto, compreendemos a necessidade de trazer à tona a forma como tais nosocômios funcionavam para que as relações políticas e socioculturais, no que tange à saúde mental, possam ser problematizadas, a fim de que essas narrativas históricas não se percam ou sejam “esquecidas”.

Abordando particularmente a cidade de Jataí, é importante levar em consideração como a relação com a capital, Goiânia, pode ter moldado a maneira como se deu a institucionalização da psiquiatria. Compreender esse espaço enquanto sertão, possibilita perceber enunciados referentes à população e à produção de seus loucos e o estabelecimento de suas fronteiras da normalidade.

A ausência de um tratamento, da presença de um médico psiquiatra desde a inauguração da instituição, nos aponta hipóteses sobre como o movimento espírita se apropriou desse espaço e se colocou como alternativa para esse atendimento. É também na particularidade de se compreender enquanto interior, em sua relação com a capital, que permite interpretar como essa sociedade não apenas reverberou o discurso espírita sobre saúde mental, mas também como legitimou sua atuação.

Esse caminho, o de constatação das hipóteses, se fará no decorrer da pesquisa, do fazer historiográfico de contextualização e problematização das fontes, da intertextualidade dos discursos, reconhecendo as particularidades da cidade e suas dinâmicas no decorrer do tempo e do espaço.

REFERÊNCIAS

- AMADO, Janaína. Região, Sertão, Nação. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 145-151, 1995.
- ARANTES, Débora Jerônima; TOASSA, Gisele. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 2, agosto, 2017.
- ARQUIVO DA SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO. **Ata da reunião ordinária**. Jataí, 1967.

ARQUIVO DA SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO. **Ata da reunião ordinária**. Jataí, 1969.

ARQUIVO DA SOCIEDADE DE BENEFICÊNCIA SÃO VICENTE DE PAULO. **Registro dos Estatutos da Sociedade de Beneficência São Vicente de Paulo**. Jataí, 1952.

ARRUDA, Gilmar. Cidades e Sertões: O Historiador entre a História e a Memória. **Revista Projeto História**, São Paulo, v. 19, nov., 1999.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, publicado em 09/04/2001, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 fev. 2021.

CASARIN, Thiago da Cunha Martins; CASTRIOTA, Leonardo Barci. Perspectivas na preservação do patrimônio sensível: Abordagens iniciais. In: **Anais do 11º Mestres e Conselheiros – Formação para o Patrimônio**. Belo Horizonte, 2019.

CONCEIÇÃO, Alexandrina Luz. Ideologia, memória, esquecimento e as ressignificações dos lugares. **Revista Binacional Brasil Argentina**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 25-39, jun., 2014.

DELMAS, Bruno. **Arquivos para quê? Textos escolhidos**. São Paulo: Instituto Fernando Henrique Cardoso, 2010.

ENGEL, Magali Gouveia. Um Palácio para Guardar Doidos. **Revista de História da Biblioteca Nacional**, ano 1, n. 2, ago., 2005.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 5ª ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

LIMA, Irani Inácio de. Moisés Franco, o apóstolo da caridade. **Diário da manhã**, Goiânia, 17 jun. 2015. Disponível em: <https://www.dm.jor.br/opiniao/2015/06/mois-es-franco-o-apostolo-da-caridade/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

LIMA, Nísia Trindade de. **Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ-UCAM, 1999.

PAULA, Eder Mendes. “Doutores” do Sertão: Discursos do III Congresso Médico do Brasil Central (1951). **Revista Projeto História**, São Paulo, v. 69, p. 312-346, set./dez., 2020.

PAULA, Eder Mendes. Os Sons do Silêncio: O Louco e a Loucura em Goiás. Dissertação (Mestrado), Pós-Graduação em História. **Universidade Federal de Goiás**, Goiânia, 2011.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9(1), p. 25-59, jan./abr., 2002.

VIEIRA, Tamara Range. Médicos do sertão: pesquisa clínica, patologias regionais e institucionalização da medicina em Goiás (1947-1960). Tese (Doutorado), Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2012.

9

LOUCURA QUE SE ESCRIVE, LOUCURA QUE SE FALA: AUSTREGÉSILO CARRANO BUENO NA HISTÓRIA

Aline Lemos Feier

ENTRE A LOUCURA E A LUCIDEZ: NO HOSPÍCIO OU NA FAMÍLIA

O Sanatório Bom Retiro começa a se encher. As visitas vão chegando e os pacientes junto a seus familiares se acomodando no belo jardim que compõe o sanatório, que só pode ser acessado nos dias de visita. Quando o enfermeiro chama seu nome: “Austry, visita”, ele se enche de esperança. Ao encontrar seus familiares vai direto ao assunto. Pede aos seus pais que o tirem daquele inferno naquela mesma hora. Porém, o que ele temia acontece. Seus pais o acham mais bonito, corado e forte. Seu amigo Rogério tinha razão, a farsa da engorda funcionava mesmo. Seus pais e irmãos insistiam em dizer que tudo aquilo era para o bem dele, era para ele se curar do vício de fumar maconha. Carrano, impetuoso, diz que maconha não causa dependência orgânica nenhuma, mas o pai insiste e diz que não é isso que os jornais lá fora falam, e que não queria que seu filho virasse manchete de jornal.

O jovem diz à família que eles o estão enchendo de barbitúricos. A irmã exclama e pergunta: “O que é isso?”, Carrano diz incisivo: “Drogas irmã, estão me enchendo de drogas”. O pai fica irritado diante da reclamação do filho, e diz bravo: “Drogas não, seu menino mal agradecido, isso são medicamentos. Droga era o que você tomava lá fora” (BUENO, 2001, p. 113).

O jovem percebe que aquelas intervenções todas não estavam funcionando. Aí resolve ser “sádico”, algo que ele sabia ser quando queria. Começa a falar do eletrochoque, dos efeitos que tal aplicação pode causar em uma pessoa. Todo esse discurso voltado para sua mãe, pois ele sabia que era a mais afetada sentimentalmente de todos. O pai interrompe o discurso sádico¹ de seu filho e diz o quanto foi difícil colocá-lo ali. Mesmo diante das ameaças do filho de cortar os pulsos, o pai se mantém firme e forte no seu posicionamento, diz apenas que pode falar com o Dr. Alô Guimarães para ele não lhe aplicar choque. A visita continua, mais discussões, e nenhuma conclusão. Carrano volta ao pavilhão com suas frutas, doces e cigarros, arrasado, pois não tinha alcançado seu objetivo, não tinha conseguido convencer seus familiares da loucura que era mantê-lo dentro daquele hospício (BUENO, 2001).

A família realmente já tinha sido instruída pelo médico a respeito dessas possíveis tentativas do jovem. A relação médico-paciente e médico-família aqui tem papel preponderante para o prosseguimento do tratamento de Carrano. Mas a família não acreditava. Aqui a internação do jovem pode ser compreendida por sua relação mal resolvida com sua família, tal relação mal resolvida fica clara nessa primeira visita dos familiares à Carrano no Sanatório, os quais dão mais valor à palavra do Dr. Alô Ticoulat Guimarães, do que à palavra de seu filho.

Nessas relações médico-paciente e médico-família, temos relações de poder aqui voltadas ao controle sobre os corpos, mas não um controle em massa, *grosso modo*; e sim um cuidar detalhado, um exercer sobre o corpo, uma mecânica dos gestos, das atitudes, um controle ativo do corpo. Essa sujeição que se realiza sobre o corpo impõe-lhe uma

¹ A expressão “sádico” é usada pelo próprio Carrano, em sua autobiografia, ao se referir ao seu próprio discurso (BUENO, 2001, p. 70).

objetivação que tem como intuito conformar esses corpos a uma docilidade e uma utilidade que Michel Foucault (2004, p. 118) chama de disciplina. É a esse tipo de pretensão disciplinar que Carrano e os demais internos eram submetidos, para se tornarem dóceis, pacíficos, e assim voltarem ao convívio social. O próprio relato do jovem Carrano mostra esse controle dos corpos.

Jantei, não comi até o fim. O televisor, que ficava numa prateleira na parede, na nossa sala, após o jantar era ligado. Não me interessei, fui para o quarto. Em torno das vinte e uma horas, outra chamada para os comprimidos. Desta vez, três comprimidos. E todo mundo para a caminha. O quarto foi trancado pelo enfermeiro noturno. Antes, avisou-me que se quisesse ir ao banheiro era só bater na porta (BUENO, 2001, p. 77).

O corpo dócil que Foucault apresenta como exemplo e modelo é o do soldado que é moldado para uma função determinada, mas nesse corpo dócil e moldado cabem também os chamados doentes mentais ou todos que de alguma forma são considerados loucos, que passam por processos de transformação do corpo e da mente. O corpo, nesse caso, é alvo de poder. Corpo que se manipula, se modela à vontade do médico, da família e da sociedade. Assim, um Carrano que não agia de forma adequada para sua família nem para os padrões da sociedade é internado em um hospital psiquiátrico para ser moldado, docilizado, pronto para habitar novamente a sociedade.

O fato é que Carrano estava internado em um hospital psiquiátrico para tratar do seu vício, no entanto, junto com ele encontravam-se outros tantos doentes crônicos e viciados. Se em algum momento da história tentou-se definir o que é a loucura, com toda certeza nenhuma definição poderia dar a exatidão do que era aquele lugar, aquela mistura

de personalidades, um espaço no qual a loucura se faz e se mostra, nasce e renasce.

Talvez isso explica por que hospícios, manicômios e asilos estão sempre cheios de figuras das mais diversas, talvez seja não para protegê-los, mas sim para nos proteger da nossa realidade delirante. Assim, a insanidade do louco nos mostra o quanto podemos estar perto da loucura, o quanto a loucura faz parte da nossa vida. A lembrança da realidade cruel em que vivemos faz com que o isolamento desses indivíduos seja bem-vindo e desejado por muitos. A presença deles nos levaria “a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade” (FOUCAULT, 2005, p. 14).

Segundo Carrano, no Sanatório Bom Retiro eles eram:

Mantidos em alas proibidas aos olhos dos visitantes, constituem-se em verdadeira vergonha para uma sociedade de ‘normais’. Num martírio lento, eles esperam que as drogas os matem, explorados pela instituição que agora recebe os elogios da sociedade, por mantê-los sem condições mínimas de higiene e valorização humana. Já serviram às experiências para o uso de novas drogas, novas teses, novos tipos de tratamento. Fizeram sua parte como cobaias. Agora são lixos humanos (BUENO, 2001, p. 78).

Desse modo, Carrano se via internado em um hospital psiquiátrico, em um ambiente que parecia irreal. O jovem parecia oscilar entre a loucura e a lucidez, entre fazer parte daquele internamento e fazer parte da família e da sociedade. No entanto, enquanto estava dentro do hospício, Carrano parecia lúcido e desejava muito estar no convívio de seus familiares, estar na sociedade trabalhando e curtindo sua juventude com seus colegas.

Porém, logo que sai de sua primeira internação, depois de muitos pedidos para sair, muitos remédios, e muitos eletrochoques, quando o

jovem já parecia ter desistido da sua própria razão, sua família resolve interceder e retirá-lo daquela internação, mas fora dos muros do hospício ele parecia mais louco. A lucidez parecia ter dado lugar à loucura. Assim:

Em casa, todas as atenções eram pra mim. Parentes, vizinhos, amigos da família vinham matar a curiosidade. Recém-saído do hospício. Não me incomodavam suas curiosidades, sim suas presenças. [...] Meu quarto era minha segurança. Uma folha seca, sem vontade. Queria sempre estar só. Isolar-me de todos, meus pais, visitas. [...] Meu quarto era meu esconderijo (BUENO, 2001, p. 119).

Assim que o jovem voltou para casa, onde todos acreditavam que ele seria novamente o jovem alegre e agitado de sempre, a decepção chegou, pois não era o que ocorria. Agora, como ele mesmo relatara, queria apenas ficar isolado de todas as pessoas que lhe inspiravam receios e que ele não conseguia compreender. Depois de dois meses fora do Sanatório já não era mais o mesmo e todos haviam percebido isso. Ele vivia pedindo para voltar para o Sanatório. Agora a internação era sua liberdade, e as ruas, sua prisão, oscilando entre a loucura e a lucidez (BUENO, 2001). A liberdade parecia dar mais ênfase à sua instabilidade, nesse momento não era mais possível discernir se tal estado fora causado pelo Sanatório, ou pelo uso constante de drogas. Livre, Carrano oscilava entre loucura e lucidez, internado Carrano oscilava dentro da loucura.

A SITUAÇÃO DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA E INTERNACIONAL

As aplicações de eletrochoque às quais Carrano fora submetido eram procedimentos usados em boa parte do mundo que, no entanto, estavam sendo repensadas. Pacientes ou mesmo presos políticos eram

submetidos a esses eletrochoques a um nível extremamente intenso, que deixavam grandes sequelas. No caso do nosso autor: perda de dentes, uma fissura craniana, perda do controle de suas funções fisiológicas, além de dores de cabeça frequentes. Efeitos colaterais que o acompanharam por anos (Ibidem, p. 172).

Na década de 70 o eletrochoque² era um procedimento superado em boa parte do mundo. No entanto, tínhamos ainda resquícios desse método em hospitais psiquiátricos no Brasil, onde se acreditava que indivíduos agressivos e que sofriam de esquizofrenia poderiam ter seus males abrandados com a aplicação desse método. O jovem e rebelde Carrano relata em sua autobiografia que a sociedade não estava preparada para cuidar e/ou tratar de jovens drogados. Assim, tínhamos médicos aplicando nesses jovens tratamentos destinados a psicopatias a fim de encontrar algo que pudesse reverter o desejo e a vontade desses, que se encontravam mergulhados nos descaminhos das drogas.

Carrano era um desses jovens recebendo tratamento de eletroconvulsoterapia e psicofármacos diversos para o tratamento de sua agressividade típica da adolescência, que fora interpretada como um sintoma de causa do seu consumo da maconha. A tortulina fora um dos psicofármacos utilizados no tratamento de Carrano. Segundo Drauzio Varella (2015), essa injeção de haloperidol (tortulina) causava uma sensação tão horrível no corpo quanto o eletrochoque ou a eletroconvulsoterapia. Essa terminologia é definida por Varella, já que nos faz “lembrar do choque empregado como meio de tortura e punição.

² “Sabe-se que em 1928 Ladislau Joteph von Meduna, de Budapeste, introduz o choque de metrazol na Psiquiatria. [...] E em 1933 Manfred Sakel, de Viena, introduz o tratamento de choque de insulina na Psiquiatria. [...] Em 1938 U. Cerletti e L. Bini, de Roma, introduzem o tratamento de choque elétrico na Psiquiatria” (SZASZ, 1976, p. 286-287).

Por isso, hoje se prefere o termo eletroconvulsoterapia (ECT)” (VARELLA, 2015, p. 1).

A eletroconvulsoterapia consiste numa descarga elétrica no cérebro do indivíduo suficiente para causar convulsões. Essas sim são as supostas ações que poderiam tratar ou melhorar doenças psíquicas, ou ainda atitudes consideradas agressivas por parte de alguns pacientes (VARELLA, 2015). O documentário lançado em 2001, com o título de *Passageiro de Segunda Classe*, de Luis Eduardo Jorge, nos dá a imagem do que esses relatos tentam desenhar. O documentário traz a realidade do hoje extinto Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho de Goiânia. A película mostra enfermeiros aplicando a chamada eletroconvulsoterapia em pacientes sem o menor cuidado. Em uma das cenas um homem coloca sua força sobre o corpo do paciente, enquanto outro aplica nas têmporas do interno a descarga elétrica. Visualiza-se no rosto do indivíduo que aplica a descarga elétrica um sorriso perverso, como se aquele ato fizesse parte do cotidiano normatizado.

Sobre o eletrochoque ou eletroconvulsoterapia, os efeitos terapêuticos de tal procedimento não haviam sido comprovados. Ainda assim, já eram bastante usados, tornaram-se um procedimento bastante difundido por todo o mundo: “A utilização da convulsão com finalidades psiquiátricas iniciou-se com fármacos capazes de induzi-la. O relato mais antigo é do uso de cânfora [...] iniciado por volta do séc. XVI” (ARAUJO; SILVA; SANTOS, 2013, p. 25)³.

³ O conhecimento de que o trauma encefálico, as convulsões e a febre alta podiam ser usados para amenizar distúrbios mentais não é novo na Medicina. Hipócrates foi o primeiro a notar que as convulsões induzidas por malária em pacientes insanos eram capazes de curá-los. Na Idade Média, alguns médicos observaram os mesmos fenômenos após um severo surto de febre, tal como o que ocorreu durante epidemias de cólera em asilos para doentes mentais. Em 1786, um médico chamado Roess, observou que pacientes mentais melhoravam após a inoculação com vacina contra a varíola. Além disso, muitos médicos ao longo dos séculos notaram que havia poucos epiléticos que também eram esquizofrênicos, e uma teoria biológica sobre a incompatibilidade entre as convulsões e doenças

Mesmo a eletroconvulsoterapia sendo um procedimento extremamente invasivo e sem grandes pesquisas que pudessem comprovar sua eficácia, Antonio Nardi (2013) a aponta como um avanço para a cura de alguns transtornos mentais, usada em pacientes esquizofrênicos, para causar convulsões que prometiam curar enfermidades. No entanto, ainda se buscava um método que não fosse tão invasivo e que causasse menos efeitos colaterais. Até o surgimento dos psicofármacos, que prometiam tal efeito, a ECT foi por muito tempo aplicado em clínicas psiquiátricas no mundo todo.

A ECT, para Nardi (2013), é considerada o melhor método para a remissão de sintomas depressivos graves, usada nos principais centros universitários e clínicas especializadas no mundo, inclusive no Brasil. O autor a classifica como “extremamente segura, não causa dano cerebral, e é indolor” (NARDI, 2013, p. 16). Pode ser aplicada até em mulheres grávidas sem risco para o feto, nem indução de parto ou aborto. Seus efeitos colaterais, em geral brandos e transitórios, não são significativos. Não há sensação de choque nas sessões, pois o paciente está obrigatoriamente sedado. No entanto, sabemos que essa descrição que Nardi faz da ECT não é fiel à maneira com que sua prática se deu desde sua inserção nas clínicas e hospitais psiquiátricos, pois tal procedimento não era seguido de nenhum tipo de preparo. O relato de Carrano em sua autobiografia nos ajuda a perceber essa discrepância entre a teoria da ECT e sua aplicabilidade. Também no filme *Bicho de Sete Cabeças* os pacientes sofriam tal aplicação sem sedação. Tinham seus corpos

mentais gradualmente se desenvolveu. É conhecido também, que durante muito tempo os médicos foram fascinados com a ideia de tratar doenças mentais e neurológicas usando a eletricidade. (SABATTINI, 1997).

pressionados por enfermeiros, para que esses não se autoflagelassem com a força da descarga da ECT.

No entanto, compreendemos que não é sabido contrapor discursos científicos, artísticos e ficcionais, mas nesse caso tornou-se primordial para formarmos nossa imagem dos acontecimentos da época, o que aprendemos com essas contraposições são perspectivas que surgem de pontos de vista opostos, mas que corroboram para a proximidade do discurso de Carrano.

Segundo estudo recente de Nardi (2013), a eletroconvulsoterapia é reconhecida como um método para a depressão, apesar de vários medicamentos antidepressivos estarem disponíveis no mercado. Assim, o

uso de convulsões eletricamente induzidas – ou seja, da ECT – foi feita pelos médicos italianos Ugo Cerletti (1877-1963) e Lucio Bini (1908-1964), em Roma, em 1938. A indução de crise convulsiva por meio elétrico, não invasivo, mostrou ser mais segura, rápida e levar a poucos efeitos colaterais. A partir de então, a ECT passou a ser considerada a única terapia biológica eficaz no tratamento de muitos transtornos psiquiátricos e, por duas décadas, até o final da década de 1960, foi o tratamento psiquiátrico mais usado para casos graves (NARDI, 2013, p. 19).

Ainda segundo o autor, a ECT foi progressivamente sendo substituída com o surgimento de medicamentos psicotrópicos. Substituição essa que fora impulsionada pela contribuição do Movimento Antipsiquiátrico da década de 60 contra a ECT. Outros fatores também contribuíram para a diminuição do uso da ECT, como casos de abusos médicos no uso sem indicação precisa, além da ideia corrente de que a ECT era uma espécie de punição para comportamentos desviantes, e ainda a crença de que a mesma causaria dano cerebral irreversível.

Para o autor a ECT é indicada quando:

i) tentativa ou ideia prevalente de suicídio; ii) depressão grave; iii) agitação grave; iv) esquizofrenia refratária – ou seja, que não responde a medicamentos e tratamentos convencionais; v) síndrome catatônica (quadro marcado por imobilidade, mutismo e falta de reação a estímulos externos) (NARDI, 2013, p. 19).

Importa ressaltar que o tratamento aplicado hoje em clínicas psiquiátricas através da eletroconvulsoterapia, da qual Nardi fala em seu estudo atual, não é o mesmo tratamento aplicado na década de 70 nos pacientes psiquiátricos internados em manicômios e hospícios. Na época, a hoje chamada ECT era aplicada sem nenhum tipo de anestesia. As dores eram imensas e normalmente não trazia os resultados desejados, já que a sua aplicação era feita sem preparos, e na grande maioria das vezes para abrandar comportamentos considerados desviantes e indesejados.

Segundo relato do amigo interno de Carrano, Rogério, a cura das enfermidades só aconteceria se o indivíduo assim quisesse. Nenhum remédio ou eletrochoque resolveria o problema da dependência química se o paciente não quisesse. Nem mesmo internado, tudo dependeria da força de vontade do próprio interno.

Essa busca incessante pela cura levou médicos a estudarem as maneiras de tratamento das psicoses⁴ e doenças mentais. Entre esses estudos, podemos citar a febre induzida por malária para tratar a paresia neurosifilítica.

A paresia é a disfunção ou interrupção dos movimentos de um ou mais membros: superiores, inferiores ou ambos e conforme o grau do comprometimento ou tipo de acometimento fala-se em paralisia ou paresia. Neurosifilítica é uma expressão que diz que a paresia é de origem sifilítica,

⁴ Aqui chamamos de psicoses os transtornos relacionados à mente.

mas no estágio mais avançado da sífilis quando o sistema neurológico é comprometido (FERREIRA, 2011, p. 659).

Realizaram-se também experiências com comas e convulsões induzidos por insulina para tratar esquizofrênicos. Nos anos de 1940 houve a utilização de metrazol⁵ para provocar convulsões em pacientes com psicoses afetivas e esquizofrenia. Por volta de 1938, foi que Ugo Cerletti desenvolveu a técnica de convulsoterapia elétrica. Técnica usada para tratar especialmente de pacientes esquizofrênicos, mas que, ao se espalhar para o mundo, outros psiquiatras começam a usar para tentar curar pacientes com outras psicoses.

Apesar de grandes avanços, ainda não se chegou a uma fórmula de tratamento de muitas das psicoses que atormentam os seres humanos, entre elas a esquizofrenia. A busca incessante por tratamento eficiente para tal enfermidade fez o mundo se debruçar a conhecer cada vez mais a doença e entender que internamentos asilares para esquizofrênicos eram desnecessários. Com o cuidado e dedicação dos familiares, podia-se tratar do doente em casa, com o indivíduo tendo uma vida muito próxima da realidade e do convívio social.

Castel (1978, p 55) nos dá uma ideia do que o hospital poderia fazer com os indivíduos:

amontoamento de seres humanos sem vínculo natural, com relações falsas e estúpidas: todas as vezes que juntam os homens, altera-se sua saúde, todas as vezes que juntam os homens num meio fechado altera-se, ao mesmo tempo, seus costumes e sua saúde.

⁵ Metrazol: um medicamento utilizado como um estimulante circulatório e respiratório; doses maiores causam convulsões em terapia de choque. Nos anos de 1934 começou-se a testar vários tipos de drogas convulsivas em animais, e logo depois em pacientes, também. Seu ideal era alcançar convulsões reproduzíveis e completamente controláveis (SABATINI, 1997).

Talvez essa seja uma maneira de explicar a inserção de outras formas de tratamento e a relação que a sociedade manteve com a loucura e os insanos de todos os tipos.

Castel (1978) ainda nos apresenta uma perspectiva de como a política de saúde mental se modificou ao longo do tempo. Ele analisa o processo de setorização das instituições de terapêuticas, uma “noção médica de 'estabelecimento especial' permite escapar à aporia administrativa do híbrido 'estabelecimento misto' e aos problemas insolúveis de gestão e de rentabilização que ela coloca” (CASTEL, 1978, p. 134).

Buscando outras formas de compreender esses insanos e a loucura que se abateria sobre esses indivíduos, se desenvolve o princípio da setorização. Na França a psiquiatria é regida por esse princípio, confirmando uma política levada a cabo desde os anos 60, na qual cada zona geográfica corresponderia a um determinado serviço em um hospital de referência. Setorizando assim a área de cobertura do saber e poder médicos e suas diversas formas:

A noção de "isolamento terapêutico" é o maravilhoso operador dessa alquimia. O isolamento terapêutico, como dissemos é, segundo Pinel, Esquirol e toda a tradição alienista, a atividade médica que "opera uma diversão no delírio", "modificando a direção viciosa da inteligência e das afeições dos alienados". É a primeira medida a ser tomada, e urgentemente [...] pois constitui uma condição “necessária a cura”. O isolamento terapêutico não é, portanto, um sequestro, ato arbitrário de uma autoridade usurpadora, é uma internação requerida pela situação particular do alienado. [...] Através dela, o espaço de detenção se tornou o melhor meio terapêutico e, reciprocamente, o "estabelecimento especial" garante um isolamento tão eficaz quanto a melhor das prisões (Ibidem, p. 136).

No entanto, como Castel salienta, dizer ou classificar ganhadores e perdedores seria algo mais delicado, pois envolve subjetividades múltiplas. Alienados, doentes, médicos e a medicina: todos mudaram de lugares e de perspectivas sobre as situações envolvendo a loucura ao longo do século XX. Inegavelmente houve uma “metamorfose no sistema”. No entanto essa metamorfose não efetivou necessariamente a solução dos problemas dos doentes e dos alienados, pois a mudança nas formas terapêuticas de medicalização tem por efeito, muitas vezes, um deslocamento dos problemas de socialização e não necessariamente sua resolução:

Curar se for possível, prevenir perigosos desvios, tal é o dever imposto pelas leis da humanidade e da preservação social. Não há mais golpe de força, arbítrio e escândalo, mas solução maduramente refletida, que leva em consideração todos os interesses presentes (Ibidem, p. 137).

Uma tentativa de buscar explicações para essas fugas entre o corpo e a alma pode residir no esforço de se compreender o tratamento ao qual esses indivíduos eram submetidos, tratamentos esses que no seu limiar levavam os conflitos entre corpo, alma e mente ao seu extremo. Tratamentos psiquiátricos e o uso da farmacologia poderiam causar ou mesmo produzir formas de alienação? A farmacologia surge sob esse tipo de questionamento: “como tentativa de modificar ou corrigir comportamentos, humores ou pensamentos patológicos pela química e outros meios físicos” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 809).

Isso significa que o uso da farmacologia para tratamentos de doenças mentais acabaria criando no doente um tipo de psicose irreversível se não fosse interrompida a tempo, já que aqueles doentes crônicos, tão temidos por Carrano, seriam a provada realidade do

temido canto dos malditos. A farmacologia deveria corrigir comportamentos e acabava por constituir indivíduos incompreensíveis a eles mesmos, prisioneiros da própria mente.

Os tratamentos medicamentosos que surgiram ao longo da história para a cura e/ou tratamento de doenças mentais são empíricos, assim: “em vista do conhecimento incompleto envolvendo o cérebro e os transtornos que o afetam, o tratamento medicamentoso dos transtornos mentais é empírico” (Ibidem). Essa análise de Kaplan, Sadock e Grebb (1997) sobre os fármacos nos mostra uma explicação do porquê os tratamentos dos chamados transtornos que envolvem a mente serem tão irregulares e variarem de indivíduo para indivíduo, e das formas possíveis de reação do corpo à substância administrada. Nesses tratamentos a empiria pode variar e não ter grande eficácia em todos os casos nos testes laboratoriais. Podemos, dessa maneira, dimensionar como tratamentos que ao longo da história surgiram como soluções para o controle da loucura, e principalmente para a esquizofrenia, mas que não se efetivaram na prática.

Ainda segundo os autores, a psicofarmacologia não é uma ciência exata e não é: “um diagnóstico e um comprimido” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 809). Envolve muitos outros fatores, como: a percepção, a relação do paciente com a família, com o médico, com a equipe médica, com o ambiente e até mesmo a relação do paciente com sua doença, que podem intervir na forma como o medicamento poderá agir no seu organismo. Para alguns o medicamento pode ser a cura, para outros, uma violência.

MUDANÇA DE PARADIGMA

Para compreendermos o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a história de Austregésilo Carrano Bueno, seu livro e o filme *Bicho de Sete Cabeças*, precisamos analisar um processo de mudança de paradigmas sobre a compreensão da loucura e da doença mental em sociedade. Ao longo da história, a loucura transitou entre um mal social manipulado conforme o ordenamento social exigia. Na visão de Jurandir Freire Costa (2006), toda a psiquiatria está inevitavelmente comprometida com o social. Ainda em torno de sua percepção, nenhum psiquiatra e nenhuma teoria podem afirmar o que é e o que será o psiquismo humano em todos os mundos possíveis, pois o sujeito que buscar falar da psiquiatria não é um ser que apresenta atributos fora das suas contingências históricas. Aliás, os seres humanos são formados e se constituem graças às suas contingências históricas.

Thomas Szasz (1976), em *A Fabricação da loucura*, afirma que o conceito de doença mental é análogo ao de feitiçaria, e que no século XV os homens acreditavam que algumas pessoas eram feitiçarias e que alguns de seus atos eram motivados por essa feitiçaria. No século XX, os homens acreditavam que algumas pessoas eram insanas e que alguns de seus atos eram devidos à doença mental. Szasz (1976) afirma que a feitiçaria e a doença mental são conceitos imprecisos e abrangentes, adaptáveis a quaisquer usos que deles se queiram fazer, por parte do sacerdote ou o médico. Da crença dos homens no poder da feitiçaria derivam atitudes que a criavam quando atribuíam esse papel a outros ou até a si mesmos. Desse modo, literalmente, criavam a feitiçaria. Depois de formulada essa consciência social sobre a existência da feitiçaria e das condutas mágicas, simplesmente afirmar que elas não existiam não

era suficiente para negar a existência dessas e, principalmente, para anular o comportamento das pessoas às quais se atribuíam esses papéis:

No passado, os homens criavam feiticeiras; hoje, criam doentes mentais. No entanto, também aqui é importante lembrar que afirmar que as doenças mentais e os pacientes insanos não existem não significa que não haja a conduta pessoal apresentada pelas pessoas classificadas como mentalmente doentes, ou alguns tipos de perturbações sociais a eles atribuídos. Hoje, realmente existem indivíduos que não obedecem à lei, ou desafiam as convenções da moralidade e da sociedade – por exemplo, homens que usam heroína, ou mulheres que desprezam seus bebês recém-nascidos. Essas mulheres e esses homens são frequentemente acusados de doença mental [...] e perseguidos como doentes mentais [...]. O fundamental é que esses doentes mentais não escolhem o papel de doente mental; são definidos e tratados como doentes mentais contra sua vontade; em resumo, esse papel é atribuído a eles. No que se refere aos acusados de doença mental, prefeririam, se o pudessem, ser esquecidos pelos defensores do poder Médico e do Estado (SZASZ, 1976, p. 14).

Szasz (1976) localiza no tempo momentos primordiais para compreendermos esse processo de mudança de paradigma. A insanidade deixou de ser uma preocupação da Igreja, para gradualmente ser controlada pelo Estado, que aos poucos instituiu formas de lidar com as perturbações mentais. Nessa preocupação com esses indivíduos, em 1908, nos Estados Unidos:

Clifford Whittingham Beers inicia a fundação da Sociedade de Higiene Mental de Connecticut, a primeira associação estadual de seu tipo e que dá início ao movimento organizado de saúde mental. E alguns anos depois (1930) realiza-se o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental em Washington (Ibidem, p. 284).

Cada contexto nacional criou gradualmente mecanismos para lidar com distúrbios mentais. Seja através dos hospitais gerais, onde conviviam no mesmo ambiente variados tipos de loucura e insanidade, ou através da separação conforme suas enfermidades curáveis ou não, tratáveis ou não, até estabelecerem-se formas sociais de tratar tais enfermidades e doenças e reinserir os doentes ao convívio social.

Compreendemos que, para o que a sociedade entendia por doença mental e loucura, era fundamental a sua perspectiva higienista e de saúde pública. Esse processo de mudança de paradigma começa a se desenhar em meados dos anos de 1970, com um grupo de profissionais da área da saúde que se denominava Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No Rio de Janeiro eclodem os movimentos dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental, com significativa repercussão nacional, onde é definitivamente colocada em xeque a política psiquiátrica exercida no país, marcada pela violência institucional, a desassistência, a marginalização promovida pelas instituições psiquiátricas, ou ainda pela existência da “indústria da loucura”, promovida pelo setor privado de prestação de serviços com a concorrência do Ministério Público. Com a criação dos Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental em vários pontos do país, ainda nesse ano, a questão psiquiátrica é colocada na ordem do dia e transportada para a consciência dos cidadãos pois, de forma competente, tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário (BEZERA JR.; AMARANTE, 1992, p. 48).

A alteração de paradigma fundamental para a mutação do processo de convencimento e realização de uma reforma psiquiátrica estava necessariamente relacionada à maneira pela qual a sociedade compreendia a loucura e suas diversas formas. Assim, se metamorfoseando a noção de loucura, segue a transformação de paradigma na

história ocidental. Deixa de carregar uma dimensão negativa para ser classificada e determinada como doença de várias faces, algumas talvez incompreensíveis, mas outras tratáveis, curáveis e mesmo sociáveis.

Dessa maneira:

A metamorfose da mente medieval para a mente moderna exigiu uma vasta conversão ideológica [...] A melhor maneira de compreender o conceito de doença mental é considerá-lo como parte dessa mudança. Nos séculos XVIII e XIX, muitos desses fenômenos [...] tiveram novos nomes ou foram reclassificados como doenças. Assim, a Natureza substituiu Deus; o Estado substituiu a Igreja; a doença mental substituiu a feitiçaria (SZASZ, 1976, p. 135).

Em síntese, assim como a sociedade se modifica e se transforma, suas percepções sobre as doenças mentais e a loucura também sofrem os mesmos efeitos. A historicidade das ideias e práticas sobre os transtornos mentais, assim como qualquer olhar histórico, é chave interpretativa e reflexiva para toda história interessada no devir dessas relações de poder e controle sociais.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Maria Paulo; SILVA, Izabel Pimentel; SANTOS, Desirree dos Rei (orgs.). **Ditadura militar e democracia no Brasil: história, imagem e testemunho**. Rio de Janeiro: Ponteio, 2013.
- BEZERA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.
- BICHO DE SETE CABEÇAS. Direção: Laís Bodanzky. São Paulo: Buriti Filmes; Gullane Filmes; Dezenove Som e Imagem e Fábrica Cinema – Itália, 2001.
- BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos Malditos: uma história verídica que inspirou o filme Bicho de Sete Cabeças**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

- CASTEL, Robert. **A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- COSTA, Jurandir Freire. **A História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Aurélio: Dicionário escolar da língua portuguesa**. 2ª ed. Curitiba: Positivo, 2011.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GUIMARÃES, Alô Ticoulat. A ciência psiquiátrica, seu mérito, sua evolução e suas conquistas no terreno da clínica e da terapêutica. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, 1938.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. **Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- NARDI, Antonio Egidio. Eletrochoque. **Revista Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 52, nov., 2013.
- SABBATINI, Renato. M. E. A História da Terapia Por Choque em Psiquiatria. **Cérebro & Mente**, n. 4, dez. de 1997 a fev. de 1998. Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n04/index04.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.
- SZASZ, Thomas S. **A Fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.
- VARELLA, Drauzio. Entrevista Márcia de Macedo Soares. Entrevista: **Eletroconvulsoterapia**, 2015. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/entrevistas-2/eletroconvulsoterapia-entrevista/>. Acesso em: 17 set. 2021.

10

FUNLEIDE, SULEIDE E C.A.RA: UMA HISTÓRIA DAS INSTITUIÇÕES CRIADAS PELO GOVERNO DE GOIÁS APÓS O ACIDENTE COM O CÉSIO-137

Larissa Mendanha Cabral

O FATO

No dia 13 de setembro de 1987, em um domingo, os catadores de sucata Roberto Santos Alves e Wagner Mota Pereira, andando pelo setor Aeroporto, encontraram no antigo prédio onde funcionava o Instituto Goiano de Radiologia, anexo à antiga Santa Casa de Misericórdia – demolida na década de 1970 – um aparelho de radioterapia deixada pelos responsáveis do hospital no local abandonado. Pegaram e levaram para casa um invólucro de chumbo que valeria muito.

Com um pouco de dificuldade eles conseguiram abrir a cápsula, dentro dela havia um cilindro e dentro dele um pó azul que emitia uma luz quando posto no escuro, fato que deixou impressionados todos os que tiveram contato com o Césio. Levaram então a peça de chumbo para ser vendido no ferro velho de Devair Alves Ferreira, que ficou encantado com o material; pegou e levou para casa, mostrou para sua esposa que também ficou impressionada; e assim foi-se espalhando os 19,26 gramas de cloreto de césio¹ pela cidade.

Dias após esse acontecimento, havia vagas notícias de que algumas pessoas que moravam próximo de onde a cápsula foi aberta, estavam

¹O Césio-137 é um radionuclídeo produzido através da fissão de urânio que se desintegra emitindo partículas betas, elétrons e raios gama (COLLINS; JARDIM; COLLINS, 1988, p. 169).

com intoxicação alimentar segundo alguns médicos, pois elas estavam com náuseas, mal estar, entre outros sintomas. Esses comentários foram divulgados na imprensa, a exemplo do Programa “Goiânia Urgente” (BORGES, 2003).

Maria Gabriela Ferreira, esposa de Devair Alves Ferreira, depois que algumas pessoas próximas de sua casa, e até mesmo ela e seus familiares, começaram a se sentir mal, relacionou isso com o “pó mágico” que o marido tanto admirava. Diante da suspeita ela pegou o cilindro, embrulhou em um pano e o levou até a Vigilância Sanitária, fazendo o percurso de ônibus, junto com um dos funcionários do ferro velho, Geraldo. Chegando lá, entregou a peça ao veterinário Paulo Roberto Machado e disse o que estava acontecendo. Era dia 28 de setembro! (BORGES, 2003).

O físico Walter Mendes Ferreira foi, então, convidado a ir à sede da Vigilância Sanitária. Sabendo dos acontecimentos e das conversas que corriam, logo ficou desconfiado e pegou um cintilômetro² (ou contador Geiger). Próximo ao prédio o medidor apitava constantemente, mostrando a existência de material radioativo na região, o Césio-137.

O “mistério” de tantas pessoas com mal estar foi então desvendado.

Logo que tiveram conhecimento sobre o acidente com o Césio-137, o governo estadual, a CNEN³ e outros órgãos tomaram providências para se prepararem para a limpeza dos locais contaminados, a fim de atender as vítimas que foram afetadas com a radiação, identificá-las e descontaminá-las⁴.

²Utilizado há muito tempo, o cintilômetro detecta a radiação através da troca de calor entre o material radioativo e o aparelho (cintilômetro) (TAUHATA; *et al.*, 2013).

³ Comissão Nacional de Energia Nuclear.

⁴O Setor Aeroporto, o Bairro Popular e o Setor Norte-Ferroviário foram considerados focos principais. A equipe técnica da CNEN identificou outros focos em bairros como: Setor Marechal Rondon, Jardim

A FUNLEIDE - Fundação Leide das Neves, foi criada pelo governo do estado de Goiás em fevereiro de 1988 para atender as vítimas do Césio. Tinha médicos especializados para atender as duzentas e quarenta e nove pessoas que foram inicialmente reconhecidas oficialmente como vítimas do acidente; podemos aventar que a intenção era reduzir a quantidade de pessoas a receber tratamento e acompanhamento de saúde.

A categoria “vítima” não é dada de antemão, há intensas disputas políticas em torno de sua definição. As marcas físicas registradas pelo monitoramento radiológico ou pela junta médica ainda constituem o critério predominante na caracterização das vítimas, embora a maioria dos efeitos da contaminação escape ao crivo científico. A categoria é objeto de disputas observadas ao longo de um processo dramático de luta por reconhecimento e direitos. A figura de vítima, uma categoria heterogênea que agrega pessoas em diversas posições e em diferentes temporalidades no curso do evento Césio-137, passa a ser central nas narrativas produzidas depois de 1987. A cada nova narrativa, o número de vítimas e de mortes é contado e recontado, e essa categoria é redefinida e ampliada em franca contestação dos registros oficiais(VIEIRA, 2014, p. 71).

A Fundação, com seu projeto de amplo atendimento às vítimas do Césio-137, foi e ainda é de grande importância não só para os radioacidentados, mas também para a sociedade goiana, como veremos neste trabalho.

Lajeado, Setor Pedro Ludovico, Jardim América e Vila Santa Helena na cidade de Goiânia; e Vila São Pedro no município de Guapó. Outros focos foram detectados em Inhumas, Anápolis e Aparecida de Goiânia” (VIEIRA, 2014, p. 39).

A FUNLEIDEE SUAS ALTERAÇÕES INSTITUCIONAIS

Em história utilizamos as memórias para recompor os fatos, como afirmara Paul Ricœur (2010), é documento tudo aquilo que pode ser interrogado pelo historiador, em função de encontrar algo sobre o passado. Partindo desse princípio, a instituição Fundação Leide das Neves Ferreira, é um local com uma grande quantidade de documentos para serem analisados no que se refere ao acidente com o Césio-137 e às consequências pós-acidente.

Para Marc Bloch (2001) documentos são vestígios, sendo assim, só falam quando interrogados, o passado não é algo pronto e acabado, deve ser revisado. A FUNLEIDE traz em sua documentação o discurso do governo de Goiás sobre o acidente e sua posição quanto aos fatos, escolhido o que será apresentado e como será exposto.

A FUNLEIDE foi criada para atender os radioacidentados durante o tempo que fosse necessário dando a eles assistência médica, psíquica, odontológica e social. Toda forma de amparo aos radioacidentados foi de responsabilidade dessa instituição. HalimAntonioGirade foi o primeiro presidente da fundação.

Criada pelo governo do estado de Goiás através da Lei nº 10.339 de 09-11-1987, que 'Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Leide das Neves Ferreira e dá outras providências' e instituída pelo Decreto nº 2.897 de 11-02-1988, a Fundação Leide das Neves Ferreira – Funleide apresentava competências como prestar assistência médica e social as vítimas direta e indiretamente atingidas pelo acidente radioativo de Goiânia, durante o tempo que se fizer necessário ou até a 3º geração de vítimas; realizar estudos epidemiológicos sobre os efeitos do acidente, dentre outras (FUNLEIDE, 2012, p. 1).

Em relação à pesquisa, recebia técnicos de vários lugares do mundo, e auxílio de várias entidades internacionais que eram interessadas no desenvolvimento das pesquisas sobre o Césio-137, em relação a seus efeitos no corpo humano. Foi referencial em todo mundo no tratamento de radioacidentados. Fez convênios com várias instituições ao redor do mundo, interessados na pesquisa e também em ajudar as pessoas afetadas com o acidente⁵. O governo japonês fez um convênio com Goiás, para que a fundação atendesse cerca de cento e cinquenta e três japoneses vítimas da bomba atômica na Segunda Guerra que moravam no Brasil. (JORNAL DA SAÚDE, 1989).

Um decreto lançado em julho de 1993 declarou que a FUNLEIDE não tinha fins lucrativos, que sua natureza e seus objetivos não deveriam ser alterados. O prazo de duração da FUNLEIDE era indeterminado. Suas finalidades eram: auxiliar as pessoas que se acidentaram por causa do Césio-137, de forma médica e social; fazer estudos sobre os efeitos do césio no corpo humano, como evitá-los ou diminuir suas consequências; realizar pesquisas em física e medicina nuclear, e outras áreas que fossem necessárias; capacitar pessoas para que trabalhassem na fundação em várias funções específicas necessárias para atender os radioacidentados, além de:

Art. 6º

X - promover cursos, simpósios, estudos e intercâmbio;

XI – promover a divulgação de conhecimentos tecnológicos e a edição de publicações técnicas e científicas;

⁵ Alguns exemplos de instituições que fizeram convênio foram: Universidade de Leiden (Holanda), InstituteViljeuit (França), Institute Curie (França), REACT-Oak Ridge (Tennessee - USA), Universidade de York (Canadá), Hospital da Bomba Atômica e Fundação dos Efeitos da Radioatividade nos Seres Humanos (Japão), entre outras.

XII- instituir bolsas de estudo e estágios, assistência a estudiosos e pesquisadores, que possam contribuir para a consecução dos demais objetivos da Fundação(GOIÁS, 1993, Art. 6º, p. 2).

A Fundação se mantinha não só com o governo e os convênios, mas também com bens móveis e imóveis, doações, auxílios de pessoas físicas ou jurídicas nacionais e internacionais, ou qualquer outro tipo de renda destinado a ela. O significado de fundação é descrito nos documentos que encontramos para entendermos melhor o que é, por causa das mudanças de nomes que o local recebeu, “FUNLEIDE”, “SULEIDE” e “CARA”, portanto “a Fundação Leide das Neves Ferreira é uma entidade de personalidade jurídica de direito privado, com autonomia administrativa, patrimonial e financeira e sem fins lucrativos” (GOIÁS, 1993, Art. 1º).

Halim, em um relatório sobre a FUNLEIDE, um ano após o acidente, fala sobre o trabalho pioneiro da instituição e destaca a participação de universidades brasileiras e de comunidades científicas nacionais e internacionais (GOIÁS, 2012).

Os radioacidentados foram divididos em três grupos de acordo com o contato (direto ou indireto) com o material radioativo. Os dois primeiros grupos recebiam atendimento prioritário.

Todas as pessoas identificadas como contaminadas ou radioacidentadas eram submetidas a severos procedimentos de descontaminação conforme o grupo ao qual pertenciam. De acordo com os relatórios da Funleide de 1988 (compilados no Dossiê da AVCésio, 1993), o Grupo I reúne pessoas que receberam dosagem de radiação acima de 500 rads. O Grupo II é composto por pessoas que apresentam níveis de aproximadamente 100 rads. No grupo III, são listadas pessoas cujo nível de radiação oscila entre 50 rads e 100 rads. No Grupo IV, são classificadas todas as pessoas com menos de 50 rads. As pessoas dos grupos I e II tiveram contato direto com as partículas radiológicas e apresentaram alterações somáticas. Conforme os registros da

Suleide, em referência ao ano 2009, 51 pessoas pertencem ao grupo I e 44 são relacionadas ao grupo II. O grupo IV foi abolido e as pessoas desse grupo foram classificadas no grupo III, que atualmente inclui 659 vítimas (VIEIRA, 2014, p. 75-76).

Esses grupos foram criados essencialmente para que a fundação tivesse controle, pois ao longo dos anos mais pessoas foram consideradas vítimas do acidente, sendo encaixadas no tratamento oferecido pela FUNLEIDE, portanto essa foi a forma de organizar esses indivíduos para saber qual a gravidade no caso de cada pessoa, para que fizessem o tratamento adequado. A fundação controla todas as informações das vítimas e seus exames.

Em 11 de novembro de 1999, a FUNLEIDE foi extinta pela Assembleia Legislativa do estado de Goiás, e transformada em SULEIDE (Superintendência Leide das Neves), por força da Lei n.º 13.550 que em seu artigo terceiro cita as autarquias e fundações que serão extintas. A SULEIDE foi então encarregada de dar continuidade aos serviços prestados pela FUNLEIDE. As competências da FUNLEIDE foram transferidas para a Secretaria Estadual da Saúde, virando assim a SULEIDE.

Cabia a então superintendência fazer o pagamento das consultas e exames quando não eram feitos pelas vítimas dentro da instituição, pois as vítimas também poderiam escolher hospitais particulares pelo Ipasgo. “Os radioacidentados assistidos pela SULEIDE somam um total de 614, sendo 44 pertencentes ao GRUPO I, 54 ao GRUPO II e 516 ao GRUPO III, extensivos aos seus descendentes” (ALVARENGA, 2000, p. 6).

O Centro de Documentação da SULEIDE tem o acervo do Acidente Radiológico de Goiânia, bem como os prontuários médicos acompanhamento. As informações que para alunos, professores e pesquisadores de colégios,

universidades e entidades científicas, através da Home Page (FUNLEIDE, 2002, p. 22).

No dia 8 de julho de 2002, por conta de algumas vítimas que ainda não recebiam auxílio, foi criada a Lei Estadual n.º 14.226. Dentre essas, estavam os policiais que carregavam as vítimas nos carros, pois não havia ambulância na época, e os técnicos que fizeram a limpeza dos locais contaminados, pois por conta da falta de proteção das roupas que usavam acabaram por também serem contaminados.

Tema: Reajusta os valores das pensões especiais que especifica, dispõe sobre a concessão de pensões especiais às pessoas irradiadas ou contaminadas que trabalharam na descontaminação da área acidentada com o Césio 137, na vigilância do Depósito Provisório em Abadia de Goiás e no atendimento de saúde às vítimas diretas do acidente e dá outras providências (GOIÁS, 2013, p.2).

Havia dentro da SULEIDE o Comitê de Ética e Pesquisa Dr. Henrique Santillo, reconhecido como oficial da SES-GO, que era o nome do grupo de pesquisa da instituição.⁶

A SULEIDE foi desmembrada, e para dar continuidade a seus serviços a instituição foi dividida em duas: o Centro de Assistência ao Radioacidentados (C.A.RA) e o Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira (CEEPP-LNF), criado pela Lei n.º 17.257/2011, por recomendações do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado.

O C.A.RA é responsável por monitorar a saúde das vítimas, sendo uma unidade da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Já o CEEPP-LNF

⁶ Disponível em: <http://www.cesio137goiania.go.gov.br/index.php?idMateria=170892>. Acesso em: 21 maio 2017.

é encarregado de analisar os dados gerados pelo CARA, produzindo estudos e elaborando pesquisas, além de coordenar o Comitê de Ética em Pesquisa Dr. Henrique Santillo (FUNLEIDE, 2012).

Subordinado diretamente ao Gabinete do Secretário da Saúde está o Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira; já o Centro de Assistência aos Radioacidentados está voltado à Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde, continuando assim (como a SULEIDE) a ser uma unidade da Secretaria Estadual da Saúde de Goiás.⁷

O CEEPP – LNF, instituído pelo Decreto n.º 7.255, de março de 2011, tem atribuições como: promover o desenvolvimento científico e tecnológico por paradigmas de ética e imparcialidade, colaborando com o desenvolvimento da saúde e melhorando o padrão de vida da população de Goiás; estabelecer vínculos com demais instituições governamentais como: Gestão do Sistema Único de Saúde, da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, da Agricultura, entre outros; analisar os dados dos pacientes vindos do C.A.R.A.

As pessoas atendidas pelo C.A.R.A na última análise da instituição feita em julho de 2016 totalizam um número de 1.307 indivíduos ao todo em relação aos três grupos, bem como o atendimento aos familiares, tais quais filhos e netos, que por conta da forte radiação do Césio-137 também foram afetados com doenças por consequência do material radioativo.

⁷ Disponível em: <http://www.cesio137goiania.go.gov.br/index.php?idEditoria=3800>. Acesso em: 21 maio 2017.

NÚCLEOS MÉDICOS

Em um relatório médico de 1988, publicado no I Simpósio do Acidente com o Césio-137, médicos que trabalhavam na Fundação apresentaram as alterações que o desastre causou nas pessoas e a assistência que foi disponibilizada às vítimas. Na parte que corresponde à equipe médica, ressaltam quais e a quantidade de exames que os pacientes faziam para que os médicos tivessem controle do desenvolvimento das doenças causadas pelo césio de acordo com os grupos em que essas pessoas eram colocadas. Pelo que alguns médicos relataram, como ainda estavam na fase aguda do acontecimento – um ano após o ocorrido – era fácil falar das lesões no corpo de algumas vítimas, como e por que surgiam, mas era difícil dizer se as pessoas iriam se restabelecer de forma lenta ou mais rápida com o tratamento.

Em relação ao núcleo de enfermagem, faziam curativos nos pacientes e os mantinham orientados quanto aos cuidados que deveriam tomar; a importância de fazer os exames; a necessidade de cuidar da higiene, pois isso ajudava a eliminar o césio; além dos enfermeiros controlarem os remédios que eram passados ao paciente na hora certa.

Segundo o núcleo de odontologia, alguns pacientes apresentavam hipersensibilidade ao frio, calor e doce, queixavam-se de sangramento gengival, apresentaram parestesia,⁸ trismo,⁹ perda e alteração do paladar e xerostomia.¹⁰ No documento, não só no núcleo odontológico, há uma explícita ressalva sobre a falta de recursos financeiros da Fundação para conseguirem comprar todo material para atender as vítimas e

⁸ Sensação cutânea subjetiva (formigamento), persistente ou não, que pode ser vivenciada espontaneamente ou como resultado de um estímulo (CAMPOS; ARAÚJO, 2009, p. 91).

⁹ Limitação da abertura bucal (MATOS, 2015, p. 9).

¹⁰ Secura na boca por quantidade insuficiente de saliva (COIMBRA, 2009, p. 159).

também a dificuldade de encontrar profissionais para lidar com isso. Porém, alguns profissionais observaram que a existência da Fundação é muito importante para o tratamento dessas vítimas e que em outros lugares não há a devida preparação.

Os nutricionistas fizeram pesquisas para montar a cesta básica para essas vítimas, consultaram o que eles comiam antes do acidente e o que precisariam de comer de nutrientes, pois com o acidente alguns nutrientes no corpo se esvaíam com rapidez e era necessário repor novamente para impedir novas doenças e manter a saúde.

Já o núcleo de serviço social tem o objetivo de diminuir a tensão que o desastre causou. Eles preenchem fichas que são atualizadas sempre que preciso com os dados das vítimas relatando a sua condição social e são encarregados de encaminhar os pacientes para um profissional que é designado a observar a frequência com que essas vítimas procuram e recebem atendimento. Quando necessário, fazem visitas domiciliares aos pacientes para ver a realidade que eles vivem, para assim, o núcleo poder intervir e auxiliar essas vítimas, ouvem as mesmas para poder saber o que está lhe angustiando e quais seus planos futuros.

O serviço social foi encarregado de acompanhar as vítimas para providenciar os documentos que perderam no acidente. Fizeram um levantamento das perdas materiais dos indivíduos acidentados para que o governo pudesse ressarcir-los. Para que essas pessoas tivessem melhor acesso à Fundação, o serviço social concedia as passagens de ônibus, até mesmo passagens interurbanas para quem não residisse em Goiânia.

Às vítimas que tiveram problemas financeiros por conta do acidente o núcleo concedia uma verba provisória para que essas pudessem alugar moradias, já as que perderam sua casa por conta do césio, foram ressarcidas. Algumas vítimas receberam auxílio financeiro para que

pudessem comprar coisas básicas como: materiais escolares e pagar impostos. O núcleo também era encarregado de orientar as pessoas a um trabalho. O documento ainda destaca o preconceito que essas vítimas sofrem, e para isso o serviço social está presente para encorajar essas pessoas e melhorar sua vida social.

As consultas são realizadas em consultórios médicos estabelecidos na FUNLEIDE, bem como os exames laboratoriais mais rotineiros. Outros exames são feitos por laboratórios conveniados, localizados em Goiânia. Quando a rede de laboratório da cidade não dispõe de recursos, faz-se necessário o deslocamento do paciente até outros centros especializados. Havendo necessidade de tal procedimento, um profissional da área de Saúde acompanha o paciente.(...)Em função desse acompanhamento médico, desenvolvido durante os últimos três anos a avaliação clínica e laboratorial dos radioacidentados de Goiânia indica o seguinte quadro geral:

- Entre homens adultos: hipertensão arterial, epigastralgia, leucopenia, doenças sexualmente transmissíveis, alterações psiquiátricas e verminoses.
- Entre mulheres adultas: além dos mesmos quadros verificados entre homens adultos, constata-se leucorréia e displasia mamária. Não foram encontradas alterações hormonais neste grupo.
- Entre crianças: graus variados de anemia que foram tratadas clinicamente – os recém nascidos após o acidente foram normais.
- Radiodermites: algumas amputações, vários debridamentos cirúrgicos e enxertos de pele em lesões ainda não tratadas em lesões que recidivaram até o momento, as recidivas em mão persistem em alguns pacientes, sendo necessários cuidados especiais e curativos locais (ALVARENGA, 2000,p. 5).

Na parte do núcleo de psicologia, os profissionais analisaram que as pessoas envolvidas com o acidente desenvolveram problemas

psicossociais como: “(...) ansiedade, medo do desconhecido, pânico, insônia e insegurança quanto à saúde” (FUNLEIDE, 1988, n.p.). Pessoas que trabalharam durante o acidente envolvendo os acidentados, também tinham medo do desconhecido e muitos deles receberam acompanhamento psíquico. No documento, o núcleo explica que a permanência do preconceito com as vítimas é presente e causa nelas impacto negativo, pois alguns se sentem desmotivados em fazer as coisas que faziam antes, o que prova a importância do acompanhamento dessas pessoas.

A psicoterapeuta Suzana Helou, fez um estudo aprofundado sobre as consequências psicossociais do acidente, em sua obra “*Césio-137: Consequências psicossociais do acidente de Goiânia*”, com entrevistas com várias vítimas, onde analisou os sentimentos delas após o acidente, entre eles: medo, tristeza, angústia, depressão, ansiedade, revolta e raiva. Parte significativa das vítimas foi afetada por esses sentimentos durante e após o acidente, na fase crítica do acidente – conhecida assim logo após o descobrimento da cápsula pela Vigilância Sanitária até o fim da descontaminação dos locais-focos e das pessoas, culminando com o início do tratamento – era bastante comum sentirem isso, mas logo começou o tratamento psicológico, que ajudou essas vítimas a se recuperarem, apesar de até hoje ser nítido o sofrimento de algumas famílias que perderam parentes e ainda tem no seu corpo marcas do césio (HELOU E NETO, 2014).

No relatório de 1988, os médicos se referem algumas vezes à falta de um correto investimento financeiro e em consequência disto à falta de alguns materiais e remédios para os procedimentos e ressaltam a importância da instituição, que segundo eles é preparada para atender especificamente as vítimas do Césio-137.

AS VÍTIMAS DO CÉSIO-137

Na documentação da FUNLEIDE, encontramos toda a burocracia – como apresentado acima – de sua criação e funcionalidade, porém, não é apresentado os embates que existem entre as vítimas e a instituição. Nesta documentação isto é claramente ignorado, em uma tentativa de apagar os fatos.

As vítimas do Césio-137 para mostrarem sua história, buscar seus direitos e reverem as imposições da FUNLEIDE se mobilizaram formando a Associação das Vítimas do Césio 137 (AVCésio) criada em 1988.

A Associação das Vítimas do Césio-137 nasceu do processo de agenciamento dos vizinhos dos focos de contaminação marcados na Rua 57, antigo Bairro Popular, por tapumes e cordas de isolamento. A mobilização desses moradores foi motivada pela falta de informações consideradas “confiáveis” sobre o que estava acontecendo e pelo medo da experiência de morar e transitar em ruas e nas imediações de casas definidas como atingidas pelo desastre radioativo. A organização em uma entidade formalizada foi uma resposta aos agentes governamentais que exigiam, para o processo de interlocução, a existência de uma voz unificada que ocorriam na fase emergencial (SILVA, 2017, p. 290).

Esses conflitos, aos quais me refiro, são encontrados principalmente em jornais, pois as vítimas encontraram na mídia uma forma de mostrarem ao público suas indignações quanto ao atendimento e respeito a elas, buscando serem atendidas pelo governo do estado de Goiás, portanto criar a AVCésio foi a forma de se organizarem para lutar pelos seus objetivos.

O primeiro ano após ocorrido o acidente fora bastante exposto e analisado pelos jornais em todo o país, e internacionalmente; ao longo dos anos isto foi se perdendo, alguns periódicos passaram a fazer apenas

rememorações como as de 5, 10, 20 e 30 anos. O jornal “O Popular”, de Goiânia, sempre esteve fazendo a cobertura, e rememorações do evento todos os anos, e trazendo esporadicamente a história, relatos e contestações das vítimas, sempre deixando livre a participação delas.

Os jornais, por muito tempo, foram ignorados à pesquisa histórica por serem considerados fontes não confiáveis. A partir da escola dos Annales¹¹ uma nova ideia surgira sobre os documentos, ampliando esse rol incluindo a imprensa, imagens, dentre outros. O historiador então deveria fazer as perguntas certas para que o documento “falasse”, fazendo uma análise cética de qualquer fonte, sendo oficial ou não (MACIEL, 1995).

Desde o início da assistência prestada às vítimas, até os dias atuais elas aparecem nos jornais – com destaque para o “O Popular” – com novas ou antigas polêmicas envolvendo o governo do estado e a Fundação. Assuntos que vão desde pensão – não recebimento ou falta de ajuste – à não aceitação da FUNLEIDE na ampliação de vítimas. Muitas vítimas do Césio-137 não foram colocadas no rol de pacientes atendidos pela instituição inicialmente, como os policiais militares e agentes de limpeza que trabalharam no período de descontaminação, assim como vizinhos do foco que ao longo dos anos começaram a sentir sintomas e desenvolver doenças, pessoas que tiveram seus discursos deslegitimados pela fundação, que não aceitava que suas doenças tinham relação com o acidente.

Os militares e outros trabalhadores foram lançados no curso do evento por uma tarefa designada pelo Estado. Com os procedimentos de contenção,

¹¹ Fundada em 1929 por Lucien Febvre e Marc Bloch, tendo o objetivo de buscar um novo modelo historiográfico (BLOCH, 2001).

controle e de descontaminação, muitas vezes improvisados, mais pessoas foram contaminadas. Os funcionários do Consórcio Rodoviário Intermunicipal (Crisa) e da Construtora Andrade Gutierrez que foram recrutados para o trabalho de demolição das casas e logradouros contaminados tornaram-se vítimas, juntamente com militares da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros mobilizados para a vigilância dos bairros. Entre médicos e outros profissionais de saúde, muitas outras pessoas que prestaram assistência às vítimas também foram contaminadas (VIEIRA, 2014, p. 73).

A Associação de Militares Vítimas do Césio-137, assim como a AVCésio, busca o reconhecimento dos policiais que trabalharam no período foco do acidente e que sofrem com as consequências da contaminação, e assim como as pessoas já consideradas vítimas do acidente, se contrapõe ao discurso oficial.

A luta pelo reconhecimento, respeito e assistência é visível desde o acontecimento do acidente em 1987. As vítimas reconhecidas ou não, sempre se uniram para reivindicar seus direitos, muitas como o exemplo dos policiais, vizinhos do foco e operários que trabalharam na descontaminação pleitearam e muitos conseguiram o direito de serem atendidos e receberem pensões.

CONCLUSÃO

A Fundação Leide das Neves Ferreira – FUNLEIDE tem seus objetivos intimamente ligados ao acidente com o Césio-137 e suas vítimas, trazendo desde o início documentação dos radioacidentados quanto ao desenvolvimento e tratamento de doenças e transtornos agravados por conta do evento.

As vítimas do Césio-137 precisarão de acompanhamento ao longo de suas vidas, assim como seus descendentes. O acidente mostra-se de

grande impacto, ao contrário do que muitos pregam, muitas vezes na tentativa de minimizar as consequências. Como vimos, os próprios profissionais que trabalharam e ainda trabalham com os radioacidentados destacam a importância deste tratamento contínuo e precavido, mas não só das patologias físicas, como também das psicológicas que as vítimas desenvolveram por conta de toda a situação que foram expostas.

As vítimas nem sempre receberam o tratamento adequado, o que as fizeram se juntar para mostrar as falhas e descontentamentos com a FUNLEIDE e o governo do estado de Goiás; outros grupos de vítimas, os que não foram contemplados inicialmente, recorreram na justiça sua posição como vítima do acidente buscando seus direitos que por muito tempo foram negados.

É necessário haver continuidade e investimentos nas pesquisas desta área, ajudando a prevenir novos e maiores acidentes. O acontecimento é marcante e faz parte da história do Brasil, sendo resultado de erros e irresponsabilidades.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Ivone Freitas Daher. **Superintendência Leide das Neves Ferreira**. Goiânia: Superintendência Leide das Neves, 2000.
- BLOCH, Marc. **Apologia da história ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BORGES, Weber. **Eu também sou vítima**. Goiânia: Asa editora gráfica, 2003.
- CAMPOS, Elisângela de Jesus; ARAÚJO, Roberto Paulo Correia de (org.). **Expressões usuais em odontologia**. Salvador: Edufba, 2009.
- COIMBRA, Filipe. Xerostomia, etiologia e tratamento. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia**, Lisboa, v. 50, n. 3, p. 159-164, 2009.

COLLINS, Kenneth E.; JARDIM, Isabel Cristina S. F. C.; COLLINS, Carol H. O que é Césio-137? **Química Nova**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 169-178, 1988.

FUNLEIDE. **Boletim epidemiológico: análise descritiva após 25 anos do acidente com o Césio 137 em Goiânia**. Goiânia: Fundação Leide das Neves Ferreira, 2012.

FUNLEIDE. **Relatório de atividades 1988**. Goiânia: Fundação Leide das Neves Ferreira, 1988.

FUNLEIDE. **Relatório de atividades 1989**. Goiânia: Fundação Leide das Neves Ferreira, 1989.

FUNLEIDE. **Relatório de gestão exercício 2001**. Goiânia: Fundação Leide das Neves Ferreira, 2002.

GOIÁS. Uma história pra relembrar e prevenir. **Revista Césio 137 - 25 anos**, setembro, 2012.

MACIEL, Laura Antunes. O documento: atos e testemunhos da história. In: VIEIRA, Maria do Pilar de Araújo; PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha; KHOURY, Yara Maria Aun (org.). **A pesquisa em história**. São Paulo: Ática, p. 12-28, 1995.

MATOS, Angélica Aparecida. Limitação de abertura bucal após exodontias: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia). **Universidade Estadual de Londrina**, Londrina, 2015.

RICÉUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. São Paulo: Editora Unicamp, 2010.

SILVA, Telma Camargo da. Entre múltiplos saberes e experiências de sofrimento: instituições, atores sociais e políticas de saúde na gestão do desastre radioativo com o Césio-137 em Goiânia – Goiás. In: MORAES, Cristina de Cássia Pereira; FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de; SOUZA, Rildo Bento de (org.). **Patrimônio cultural da saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa**. Goiânia: Editora UFG, 2017.

TAUHATA, Luiz; et al. **Radioproteção e dosimetria: fundamentos**. Rio de Janeiro: Comissão Nacional de Energia Nuclear, 2013.

VIEIRA, Suzane de Alencar. **Césio-137. O drama azul: irradiação em narrativas**. Goiânia: Cênone editorial, 2014.

11

UMA PROPOSTA DE EXPOSIÇÃO SOBRE A COLÔNIA SANTA MARTA DE GOIÂNIA A PARTIR DO ACERVO FOTOGRÁFICO DO MIS-GO

Laura Maria Jardim Ferreira

Rildo Bento de Souza

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar uma proposta de exposição museológica intitulada “A Colônia Santa Marta como patrimônio: memórias represadas e repensadas” elaborada a partir dos registros fotográficos da Colônia Santa Marta, antigo leprosário de Goiânia, pertencentes ao acervo do Museu da Imagem e do Som de Goiás (MIS-GO). Nesse sentido, dividimos o presente estudo em três partes, a saber: no primeiro faremos um histórico do nosocômio, na segunda abordaremos questões teóricas relativas a constituição de uma exposição museológica e, por fim, na terceira parte, apresentaremos o acervo fotográfico.

A COLÔNIA SANTA MARTA

A Lepra, atualmente conhecida como Hanseníase, é uma doença infectocontagiosa causada pelo bacilo de Hansen o *mycobacterium leprae*, uma actinobactéria que ataca os nervos periféricos, olhos e pele, podendo atingir, também, outros órgãos como rins, fígado e testículos causando desfiguração nos locais contaminados. Esta doença é uma das mais antigas na história da humanidade. Seus primeiros relatos datam entre 1350 a.C, mas foi em 1874 que teve seu primeiro registro oficial

descrito pelo médico e pesquisador norueguês Gerhard Armauer Hansen que descobriu o bacilo causador da doença.

Somente na segunda metade do século XX, por volta do ano de 1976, passou a ser chamada de hanseníase em homenagem ao médico que descobriu o bacilo causador da enfermidade. Esta foi uma forma de amenizar o peso que o nome “lepra” simbolizava, uma vez que ela carregava consigo muitos estigmas, tais como o preconceito, o abandono, o exílio e o cárcere...

No século XX a preocupação em relação a Lepra avançou no Brasil, e o governo criou mecanismos para poder controlar o avanço da doença nas zonas portuárias. Tais medidas tomadas pela Diretoria Geral de Saúde Pública, tendo Oswaldo Cruz (1872-1917) como responsável, fora o pontapé inicial para a criação dos leprosários no Brasil. As instituições que até então existiam e cuidavam desses pacientes eram de cunho filantrópico, geralmente mantidos pela igreja e por doações vindos da sociedade. Até então, os doentes de Lepra mantinham-se em seus domicílios ou vagavam pelas ruas a espera da morte.

A partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários, promovidos pelo governo federal, foi possível pôr em prática a política de isolamento [...] Durante todo processo de construção institucional da saúde pública brasileira, no período 1920-1941, o isolamento compulsório dos doentes foi a principal política adotada pelo poder público contra a lepra e esteve associada ao processo de consolidação da capacidade do Estado brasileiro agir sobre territórios e populações como um projeto modernizador. (COSTA, apud FARIA, 2014, p. 23).

Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, por meio do golpe de Estado conhecido como Revolução de 1930, interventores foram indicados para a chefia dos governos estaduais. Foi dessa forma que o médico

e político vilaboense Pedro Ludovico Teixeira (1891-1979) chegou ao poder em 1930, conseguindo se manter até 1945 de forma ininterrupta. No governo, Pedro Ludovico pôde colocar em prática o seu principal projeto político: a construção de uma nova capital para o estado. Porém, seria uma cidade diferente da então capital, Cidade de Goiás, alvo de um discurso médico-político tecido pelo próprio interventor com o intuito de desconstruí-la “como um lugar habitável, higiênico e saudável” (SOUZA, 2021, p. 163).

Em 1937 ocorreu a transferência da capital para Goiânia e em 1942 ela foi oficialmente inaugurada sob a égide da cultura e da ciência por meio de um evento conhecido como Batismo Cultural. E juntamente com a nova capital, surgiu a proposta da Construção da Colônia Santa Marta, nome dado em homenagem a Marta, irmã de Lázaro, o leproso que foi curado por Jesus nas citações bíblicas.

Além do que era uma oportunidade estratégica de relacionar o programa de profilaxia da lepra, especialmente a construção do leprosário, com o projeto de estabelecimento da nova capital estadual; o governo federal e seu modo de atuação junto com o estadual; fazendo ressoar nos discursos de Pedro Ludovico Teixeira os temas e ideias concernentes a Getúlio Vargas. Por fim, o leprosário modelo ou cidade leprosário, na sua estrutura urbanística e arquitetônica, seu zoneamento e seu ideal utópico de constituição de novos hábitos, refletia a imagem que se produzia acerca de Goiânia (SILVA, 2013, p. 219-220).

E o combate a lepra em Goiânia se dava, primordialmente, a partir de três instituições, a saber: o Dispensário, que investigava a dispersão da doença nos habitantes da cidade, examinando, encaminhando (em caso positivo) e educando a população sobre os efeitos da doença; o Leprosário, que isolava e cuidava dos doentes; e o Preventório, “que

recolhia os filhos sadios dos hansenianos, tanto os nascidos nos lepro-sários, como os oriundos dos lares de onde saíram os doentes” (FARIA, 2014, p. 23).

Inserida no programa do Estado Novo, bem como indicada como parte integrante da nova capital, a construção do prometido Leprosário de Goiânia alcançava assim uma imagem maior do que um simples projeto de assistência médica aos leprosos goianos. Inserir-se num projeto nacional de expansão da perspectiva nacionalista e sanitarista (fundada no eugenismo e na higiene), e no quadro político local na expansão da abrangência do poder médico, interposto na construção da nova capital, mas também na integração da região no quadro sanitário e social da nação (SILVA, 2013, p. 229).

Embora contasse com o apoio popular, a construção da Colônia Santa Marta onerou muito os cofres do estado. O orçamento da obra foi de 526 contos de reis e, naquele momento, não havia esse valor no erário estadual. Após reunião com um responsável do serviço sanitário do estado em busca de verbas para custeio da obra ficou acordado entre os representantes do Governo que o então Interventor Pedro Ludovico Teixeira construiria dois dos 20 pavilhões e transferiria os enfermos de leprosários filantrópicos como o da Ilha do Bananal, e construiria outro leprosário no interior de Goiás. Entre 1937/1938 foram construídos os dois pavilhões que permaneceram vazios e no ano de 1940 já haviam nove pavilhões construídos, algumas casas germinadas para doentes e funcionários, pavilhão para serviços médicos dentre outros espaços.

A Colônia Santa Marta, desde sua inauguração em, 1943, encerrava em uma área de 25 hectares uma considerável população que se assemelhava por uma condição, *sui generis*, seu estado de saúde. Após a constatação da doença, esses indivíduos eram compulsoriamente arrancados do seio de suas

famílias e fechados dentro do hospital-colônia, subordinavam-se a novas regras de subsistência. É importante considerar a importância e o peso contido no fato de um indivíduo estar “contaminado” pela lepra. Essa característica suplantava no tocante às reações a noções sociais básicas (SILVA, 2013, p. 243-244).

Pressupomos que a Colônia Santa Marta foi vital para que a nova capital prosperasse, já que o nosocômio confirmava o discurso de uma cidade ideal, “lócus privilegiado da saúde”.¹

O leprosário é um microcosmo, “uma cidade moderna” elaborada com higiene e conforto necessários àqueles que enfeavam o espaço urbano. Situada em uma de 1.200 hectares, entre as cidades de Goiânia e Senador Canedo, com arquitetura médica segundo o modelo do Leprosário de Carville, no estado da Louisiana nos Estados Unidos; enquanto que o estilo e urbanismo seguiam o modelo de cidades leprosários, como proposto pelo arquiteto Adelardo Soares Calby. Era uma colônia Agrícola como estabelecido pela Comissão de Profilaxia da Lepra, e sua localização apregoava o objetivo de esquadramento do espaço urbano (SILVA, 2013, p. 242-243).

A Colônia Santa Marta tem em suas edificações a história de seres humanos ocultadas e esquecidas até mesmo pelas próprias famílias. Estas pessoas foram arrancadas de seus entes queridos tornando-se estatísticas com o intuito de combater o mal da Lepra, que durante muito tempo foi e ainda é mal vista pelos olhos da sociedade. Nesse sentido, a herança patrimonial da Colônia Santa Marta vai além do histórico da doença...

Na década de 2010 a instituição deixou de ser Colônia passando a se chamar Hospital de Dermatologia Sanitária, administrado por uma Organização Social, que não tem nenhuma preocupação com a história

¹ Expressão usada por FREITAS, 1999.

e a memória da instituição, posto que no ano de 2015, por exemplo, 12 pavilhões dos 17 prédios históricos foram demolidos para uma possível construção de um novo prédio hospitalar. É no intuito de preservar e difundir a história e a memória da instituição, que se consome no des-caso dos que deveriam zelar por ela, é que fazemos a proposta da exposição pensada a partir dos seus registros fotográficos presentes no MIS-GO e voltada, primordialmente, para o público escolar. .

PLANEJANDO UMA EXPOSIÇÃO

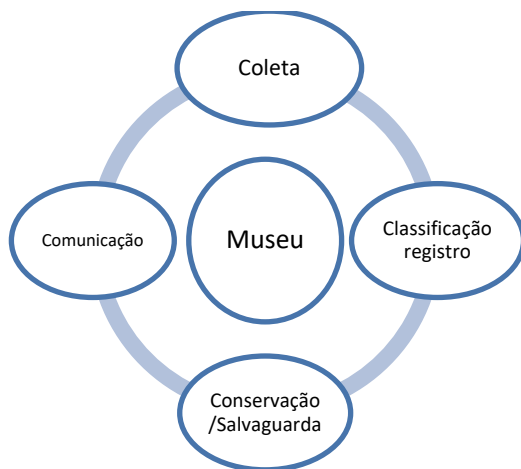
A Museologia estuda as funções e organizações dos museus, estes, por sua vez, são instituições permanentes sem fins lucrativos a serviço da sociedade, do seu desenvolvimento, aberta ao público, que adquire, conserva e investiga, comunica e expõe o patrimônio seja ele material e imaterial. Estas são as definições conceituais segundo Conselho Internacional de Museus (ICOM). Os museus passam a ser considerados importantes suportes da memória e elementos de afirmação da identidade cultural de um coletivo, através da preservação e dos seus conjuntos de técnicas, métodos, no intuito de conservar estes objetos e salvaguardar as informações neles contidas.

Os museus devem ter em sua missão garantir um equilíbrio entre as funções de preservação, investigação e comunicação. Para que haja interação entre usuário e acervo, é necessário diálogo para que não ocorra um distanciamento entre a mensagem proposta e o público alvo. Por meio da pesquisa e coleta de dados se da uma investigação detalhada que enriquecerá a proposta expositiva e, conseqüentemente, haverá uma aproximação destes processos de comunicação e seu público alvo.

A Museologia e a Educação, consideradas como histórico-socialmente condicionadas, assumem, em cada período histórico características que são fruto das ações do homem no mundo, fazendo que possamos considerá-las como possibilidade e não como determinação. Daí a necessidade de contextualizá-las, situando-as no tempo e no espaço compreendendo-as como ação social e cultural. A contemporaneidade não comporta mais modelos de desenvolvimento tecnológico e científico dissociados dos referenciais culturais de um povo. Cultura e desenvolvimento, mais do que nunca, têm que andar de mãos dadas (SANTOS, 2008, p. 129).

É o que denominamos de fazer museológico, que é caracterizado pelas ações de pesquisa, preservação e comunicação como esquema abaixo:

Figura 01: Ciclo de pesquisa de um objeto



Fonte: elaborado por Ferreira (2018), com base em Santos (2008) e Cândido (2014)

A pesquisa nos museus deve considerar os objetos como elementos que criam condições e que venham induzir e participar das relações sociais, que possam gerar identificação com o público por meio da recordação de lembranças, ou seja, pela da memória. Segundo as

definições no *Seminário Regional da UNESCO* sobre a Função Educativa dos Museus no Rio de Janeiro em 1958, os museus estão classificados em vários seguimentos ou tipologias: lugares naturais, que constituem a expressão mais perfeita da apresentação ecológica, devem ser respeitados integralmente a fim de que mantenham sua beleza e seu valor educativo; lugares de interesse cultural e monumentos históricos; Museu ao ar livre, formados por edifícios que se apresentam em sua antiga realidade histórica em comunhão com o espaço ecológico; parques botânicos e zoológicos; Museus de arte e arte aplicada; Museus históricos, etnológicos e de artes populares; Museus de ciências naturais; Museus científicos e técnicos.

As exposições não representam todas as atividades dos museus, porém, se constitui como uma das mais importantes. São através dos seus projetos expográficos que os museus vão de encontro com o ser humano e sua relação com o meio em que vive. Do que foi produzido e apreendido pelo ser humano, seja de cunho material ou imaterial, consideramos patrimônio.

Ademais, os Museus vão de encontro ao que preconiza a atual Constituição Federal, que reza em seu artigo 215 que o “Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais”.

Segundo a Declaração de Caracas em 1992² o museu é uma instituição idônea para resgatar o patrimônio, estudá-lo, documentá-lo e difundi-lo através de uma mensagem coerente, que se apoie nos objetos

² Ocorreu em 16 de janeiro e 06 de fevereiro de 1992 reuniu personalidades vinculadas a funções diretivas dos museus de diversos países latinos – americanos para refletir sobre a missão atual dos museus como um dos principais agentes do desenvolvimento integral de uma região.

como forma essencial de comunicação e que o patrimônio cultural de uma nação, de uma região ou de uma comunidade, aquelas expressões materiais e espirituais que as caracterizam, acrescentando-se os valores naturais e ambientais. (Declaração de Caracas, 1995)

A proposta desta exposição foi pensada com intuito de assegurar, promover e divulgar a memória da Colônia Santa Marta bem como de seus internos, atualmente invisibilizados. Consideramos que a instituição, construída em paralelo à Goiânia, foi criada a partir de um projeto higienista e sanitarista, com o propósito de *limpar* a cidade, promover a organização social, proteger os cidadãos e seus familiares contra os males da “mophea”.

Mediante tal contexto, a exposição fotográfica tem a finalidade de propor o resgate deste espaço que foi esquecido e apagado da memória e da história da cidade, mas não por aqueles que ali viveram os horrores do exílio e foram forçados a saírem dos seus laços familiares... Pensamos nesta exposição como uma forma de reafirmar a importância dessas pessoas na construção e, posteriormente, na formação da cidade de Goiânia.

Seria possível pensar também que a coleção, o acervo, o conjunto de bens históricos, artísticos e naturais é que está sendo retirado das trevas, da penumbra e recolocado num ambiente de luz, de visibilidade plena. É verdade que até hoje em alguns porões e depósitos museológicos (espécies de masmorra) existem bens culturais encaixotados, aprisionados, distanciados da visão do público. Interessa compreender que a exposição do acervo vincula-se a um determinado discurso, a um determinado saber dizer. Assim ao dar maior visibilidade ao acervo o que se faz é afirmar ou confirmar um discurso. O que se expõe a visão do vigia são os objetos, são falas, narrativas, histórias, memórias, personagens em cela, em cena e em cera, acontecimentos congelados. Neste caso, o que se quer aprisionar e ao mesmo tempo

deixar à vista é a memória, a história, a verdade, o saber (CHAGAS, 2002, p. 56).

Nosso objetivo é que uma exposição desse tema desperte a reflexão da sociedade goiana, no sentido de compreender que em um passado recente, o Estado patrocinou horrores, sob o discurso médico. Nesse sentido, como exemplo, o Museu do Holocausto³ hoje é uma referência sobre como uma memória traumática pode ser usada para lembrar dos horrores cometidos pelos nazistas com o intuito de que não mais aconteçam. Em Goiânia, onde inúmeras pessoas foram afastadas de suas famílias e obrigadas a se isolar em uma instituição com o propósito de “limpar as vias” e proporcionar aos sãos a total liberdade sem o risco de contaminar-se, é fundamental resgatar essas memórias e fomentar e despertar o debate sobre o tema.

Indicar que as memórias e os esquecimentos podem ser semeados e cultivados corrobora a importância de se trabalhar pela desnaturalização desses conceitos e pelo entendimento de que eles resultam de um processo de construção que também envolve outras forças, como exemplo: o poder. O poder é semeador e promotor de memórias e esquecimentos. (CHAGAS, 2002, p. 44)

E através da exposição, que se trabalha a memória recente de um povo, resgata também a memória passada e eterniza a memória de quem deixou seu legado. Para Cury, hoje defendemos a participação da sociedade nos processos de musealização do patrimônio cultural, como forma de cidadania e como reflexo do fator de desprestiação (CURY,

³O Museu do Holocausto em Auschwitz fundado em 1947, na Polônia permanece com seus espaços preservados e originais dos campos de concentração, em 1979 foi declarado como Patrimônio da Humanidade pela UNESCO.

2005, p. 31). Assim podemos reafirmar a proposta de exposição da Colônia Santa Marta e divulgar esta memória.

A Colônia Santa Marta como patrimônio: memórias represadas e re-pensadas foi idealizada a partir do acervo fotográfico do MIS. Para se criar um projeto expográfico, precisa-se de uma equipe multidisciplinar também conhecida como curadoria, que devem tratar da exposição e suas etapas, ou seja, seguindo a missão do museu, os curadores, ao definir seu público alvo, traçam as ações para que a exposição saia do papel.

A exposição é o local de encontro e relacionamento ente o que o museu quer apresentar e como deve apresentar visando um comportamento ativo do público e à sua síntese subjetiva. Esta idéia relativiza o ponto de vista da exposição como meio e como transmissora de mensagens, entendendo a exposição como espaço de construção e valores. Esta mudança de enfoque esta determinando a postura dos profissionais envolvidos nos processos de concepção e montagem da exposição (CURY, 2005, p. 42).

Esta exposição tem a proposta de abarcar todos os públicos, mas, principalmente, o público escolar, posto que prevemos que a exposição possa ser levada, de forma itinerante, para as escolas e demais espaços sociais. É por meio da educação não formal, que os museus transmitem informações complementares aos visitantes. Isso posto, nossos objetivos com essa exposição são:

- colocar o público em contato com o acervo fotográfico sobre a Colônia Santa Marta;
- transformação do ambiente, tornando a memória da Colônia Santa Marta em uma lição de superação e de resistência de todos aqueles que ali vivenciaram todas as etapas de suas vidas;

- promover a interação entre o saber popular e o saber científico, atualizar e informar a respeito da forma como as sociedades trataram a questão da lepra/hanseníase na história, ressaltando, principalmente, a questão do preconceito social;
- estimular a criação de ações educacionais nos espaços onde a exposição itinerante percorrer;
- possibilitar aos visitantes se apropriarem dos conhecimentos adquiridos e transmiti-los, tornando-se agentes multiplicadores desta memória e agregando valores destes conhecimentos possibilitando, com isso, novas perspectivas.

Conceber e montar uma exposição sob o viés da experiência do público significa escolhas, tomar decisões quando ao quê e como. Conceber e montar uma exposição sob o viés da experiência do público significa escolher um tema de relevância científica e social e organizá-lo material e visualmente no espaço físico com o objeto de estabelecer uma relação dialética entre o conhecimento que o público já tem sobre o tema em pauta e o novo conhecimento que a exposição esta propondo. A exposição é pensada e montada como tendo de partida a experiência prévia do público, pois é à partir da sua experiência que o visitante recria a exposição (CURY, 2005, p. 43).

Para facilitar o caráter de itinerância a exposição constituirá em painéis a ser impressos com a fotografia, fonte e breve contexto. Pela complexidade e riqueza do tema é possível que a exposição seja apropriada e trabalhada pelos professores de diversas disciplinas tais como história, biologia, geografia, sociologia, artes e filosofia. A ideia é que os painéis não tenham texto, somente fotografia, fonte e um “QR Code”, que levará os estudantes e os demais visitantes da exposição a acessarem informações complementares a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar, subsidiando as reflexões e complementando o que foi

trabalhado em sala e na mediação à exposição promovida pelos professores.

OS REGISTROS FOTOGRÁFICOS



Imagem nº 1. Goiânia, Edifícios Públicos. 08 de Junho de 1937.
Antônio Pereira da Silva. Goiânia – GO. Acervo MIS|GO.



Imagem nº 2. Vista Aérea da Praça Cívica. Década de 1950. Sílvio Berto.
Goiânia – GO. Acervo MIS|GO.



Imagem nº 3. Perspectiva do Leprosário de Goiânia. Década de 1940.
Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MIS|GO.



Imagem nº 4. Colônia Santa Marta. Década de 1960. Autor Desconhecido.
Goiânia – GO. Acervo MUZA|MIS|GO.



Imagem nº 5. "Campanha de proteção aos Hansenianos". Década de 1940.
Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.



Imagem nº 6. "Crianças do Preventório Afrânio de Azevedo". Década de 1940.
Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.



Imagem nº 7. "Médicos da Colônia Santa Marta" – GO. 1943.
Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.



Imagem nº 8. "Inauguração da gameleira, ponte próxima da Colônia Santa Marta. Goiânia".
Sem data. Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.



Imagem nº 9. "Colônia Santa Marta" – GO. Década de 1940. Autor Desconhecido.
Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.



Imagem nº 10. Colônia Santa Marta. Goiânia – GO. Década de 1940.
Autor Desconhecido. Goiânia – GO. Acervo MUZA/MIS|GO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta desta exposição foi pensada com o intuito de salvaguardar e difundir a memória da Colônia Santa Marta e de todos os que ali viveram e sofreram vários tipos de violência, desde a ruptura de laços familiares com a internação compulsória, até o preconceito e o descaso das autoridades. Os pacientes/moradores da colônia conseguiram um tratamento mais humanizado, o que levou a desativação destes Leprosários, no entanto, muitos que ali já viviam desde os anos 1940 não tiveram condições de sair e continuam perpetuamente presos, nem que seja nas memórias que carregam...

REFERÊNCIAS

- CURY, Marília Xavier. **Exposição: concepção, montagem e avaliação**. São Paulo: Annablume, 2005.
- CHAGAS, Mario. “Memória e Poder: dois movimentos”. In: **Cadernos de Sociomuseologia nº 19**, 2002.
- CÂNDIDO, Manuelina Maria Duarte. **Gestão de Museus um desafio contemporâneo: diagnóstico museológico e planejamento**. Porto Alegre: Editora Medianiz, 2014.
- FARIA, Kalyna Ynanhiá Silva de. **Da dignificação dos Lázaros: Um estudo sobre o Preventório Afrânio de Azevedo. Goiânia 1942-1950**. (Mestrado em História). Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2014.
- FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. “Goiânia: locus privilegiado da saúde”. In: FREITAS, Lena Castello Branco Ferreira de. (Org.). **Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível**. Goiânia: Ed. UFG, 1999.
- FERREIRA, Laura Maria Jardim. **A Colônia Santa Marta como Patrimônio: proposta de exposição a partir dos registros fotográficos do antigo leprosário de Goiânia**. (Monografia de graduação em Museologia). Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2018.

SANTOS, Maria Célia Teixeira Moura. **Encontros museológicos: reflexões sobre a museologia, a educação e o museu.** Brasília: IPHAN, 2008.

SILVA, Leicy Francisca da. **Eternos Órfãos da Saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962).** (Doutorado em História). Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2013.

SOUZA, Rildo Bento de. **As raízes profundas do jequitibá: o processo de construção mítica de Pedro Ludovico Teixeira.** Goiânia: Trilhas Urbanas, 2021.

SOBRE OS AUTORES

Aline Lemos Feier possui bacharelado e licenciatura em História pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2006). Especialização em Psicopedagogia (2012). Mestrado em História pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2015). Atuou como docente da Universidade Estadual de Goiás nas disciplinas de Psicologia da Educação, Temas de História da África, Temas de Sociologia, História Contemporânea e História e Cultura Afro-Brasileira. Atuou como coordenadora pedagógica do Colégio Decisão de Jussara-GO. Ministrou disciplinas no Instituto Educacional Kairós e no Instituto Consciência de Goiás. Tem experiência na área de História e Psicologia da Educação, desenvolve pesquisas sobre História da Loucura, memória e identidade. Atualmente participa do grupo de pesquisa em História da Loucura “La Folie”. E-mail: alinelemosf@gmail.com.

André Vasques Vital é doutor em História das Ciências e da Saúde e professor no Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente (PPGSTMA), da Universidade Evangélica de Goiás, onde realizou estágio pós-doutoral em Ciências Ambientais. É um dos organizadores da coletânea “Águas no Brasil: Conflitos, Atores e Práticas” (Editora Alameda, 2019), e tem artigos publicados em importantes periódicos internacionais, como “Feminist Media Studies” e ISLE: Interdisciplinary Studies in Literature and Environment”. Tem experiência de pesquisa e diversos trabalhos publicados em História das Políticas de Saúde e História Ambiental, analisando a participação das águas em processos políticos e sociais na Amazônia. Seus trabalhos atuais propõem uma perspectiva histórica não humanista, principalmente por meio de animações de fantasia e ficção científica, onde as águas e os animais não humanos são entendidos como agentes na constituição do passado. E-mail: vasques_vital@tutanota.com.

Bento Araújo Jayme Fleury Curado é natural da Cidade de Goiás. Graduado em Letras e Linguística pela UFG. Especialista em Literatura pela UFG. Mestre em Literatura e Linguística pela UFG. Mestre em Geografia pela UFG. Doutor em Geografia pela UFG.

Funcionário público. Membro Titular do Instituto Histórico e Geográfico de Goiás. Presidente do Instituto Cultural e Educacional Bernardo Élis para os povos do Cerrado (ICEBE). Escritor. Poeta. Conferencista. 16 livros publicados.

E-mail: bentofleury@hotmail.com.

Cristina de Cássia Pereira Moraes possui Licenciatura em História e Especialização em História Moderna e Contemporânea pela Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia de Araguari (1985), mestrado em História pela Universidade Federal de Goiás (1995) e doutorado em História pela Universidade Nova de Lisboa (2005). Atualmente é professora aposentada associada da Universidade Federal de Goiás. Tem experiência na área de História, com ênfase em Didática e Prática do ensino de História, História do Brasil Colônia e Império, atuando, principalmente, nos seguintes temas: religiosidade, trabalhadores, irmandades, escravidão, mestiçagem e administração portuguesa. Atuou como coordenadora de lato sensu presencial e com educação à distância pela UAB, trabalhando com projetos de extensão e educação continuada para professores da rede pública da educação básica em parceria com a CAPES. Faz parte do corpo docente permanente do Programa de Pós-graduação em História da UFG, orientando discentes em mestrado e doutorado. E-mail: cristinadecassiapmoraes@gmail.com.

Éder Mendes de Paula é professor do curso de História da Universidade Federal de Jataí. Coordenador do Grupo Estudos e Pesquisas em História da Saúde e das Doenças – Nise da Silveira/CNPQ. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Gestão, Educação e Cuidados em Saúde. Líder adjunto do grupo de pesquisa em História da Loucura PUC-GO. E-mail: edermendes@ufg.br.

Fernanda Soares Rezende é graduada, mestre e doutoranda em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Possui experiência na área de História e Educação, com ênfase em História das Ciências da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: História da Medicina, História de Goiás, História Social da Infância Goiana, Ensino de História e História da Educação. E-mail: fernanda.soares.ufg@gmail.com.

Henrique Martins da Silva é doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG), atualmente realiza estágio pós-doutoral em Educação pela Universidade Federal de Catalão (UFCAT). Desenvolve pesquisas no campo da História e da Educação, com

ênfase em Teoria e Metodologia da História, Ensino de História, Educação para as Relações Étnico-raciais e História da Educação.

E-mail: henrique.martins.uni@gmail.com.

João Vitor Leal Lobato é discente do curso de graduação em História da Universidade Federal de Jataí. Membro do grupo Estudos e Pesquisas em História da Saúde e das Doenças – Nise da Silveira/CNPQ. Participante do projeto de pesquisa: Caridade e Resistência: Análise do Albergue São Vicente de Paulo.

E-mail: joao.lobato@discente.ufj.edu.br.

Larissa Mendanha Cabral possui bacharelado (2017) e mestrado (2020) em História pela Universidade Federal de Goiás. Graduanda em Pedagogia pela Universidade Estadual de Goiás. Professora de ensino Fundamental I e II, desde 2015.

E-mail: larissamendanha.mendanha@hotmail.com.

Laura Maria Jardim Ferreira é bacharela em Museologia pela Universidade Federal de Goiás (2018), especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Campos Elísios (2021), discente do curso de Oceanografia da Universidade Federal de Santa Catarina. Em seu tempo de graduação em Museologia foi bolsista no Museu Antropológico da UFG durante 04 anos, com atuação no setor de Intercâmbio Cultural, mediando as visitas agendadas e espontâneas, auxiliando nas montagens de algumas exposições, levantamento do acervo da reserva técnica, além de atividades de campo. Interessa por temas voltados para Museologia Social, Antropologia e Ciências Sociais. Atualmente trabalha no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: lauramuseologa@gmail.com.

Leicy Francisca da Silva possui licenciatura e bacharelado em História (1999), mestrado (2003), doutorado (2013) em História pela Universidade Federal de Goiás. Desenvolveu estágio pós-doutoral (2016/2017) na mesma instituição. É professora na graduação em História e nos Programas de Pós-graduação em História e de Pós-graduação em Ensino de Ciências da Universidade Estadual de Goiás. Participa dos grupos de pesquisa: Educação, Saúde e Inclusão (UFG); Saberes, Expressões Culturais e Estéticas no Cerrado (UEG) e grupo de estudos e pesquisas em História da Saúde e das Doenças Nise da

Silveira (UFJ). Atua na coordenação do grupo de trabalho de História da Saúde e das Doenças – ANPUH-GO. E-mail: leicyfs@yahoo.com.br.

Paulo Afonso Tavares é graduado em Jornalismo (PUC Goiás), Filosofia (IFITEG), mestre em Ciências da Religião (PUC Goiás) e doutorando em História (UFG). E-mail: jor.paulo-afonso@gmail.com.

Rildo Bento de Souza é licenciado (2008), bacharel (2008), mestre (2010) e doutor (2015) em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). É professor adjunto da UFG desde 2013, atuando no curso de bacharelado em Museologia e no Programa de Pós-graduação em História. É autor de artigos, capítulos e livros sobre a interface entre memória e patrimônio, com ênfase em História de Goiás. Também escreve romances, contos e peças de teatro. Dentre suas obras, destacam-se: “As raízes profundas do jequitibá: o processo de construção mítica de Pedro Ludovico Teixeira” (Editora Trilhas Urbanas, 2021); “Pobreza, doenças e caridade em Goiás: uma análise do Asilo São Vicente de Paulo 1909-1935” (Paco Editorial, 2014); “Patrimônio cultural da saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa” (Editora UFG, 2017), organizado juntamente com Cristina de Cássia Pereira Moraes e Lena Castello Branco Ferreira de Freitas. E-mail: rildobento@gmail.com.

Ronivaldo de Oliveira Rego Santos é doutorando em História (UFG), mestre em História (PUC-GO), especialista em Ensino de Filosofia (UCAM-RJ), Pedagogo (UEG-Campos Belos) e professor da rede municipal de ensino de Campos Belos, Goiás. Docente da Universidade Estadual de Goiás, Campus Campos Belos (2014-2019). Pesquisador do grupo “La Folie” de Pesquisa em História da Loucura. Atualmente, desenvolve pesquisa acerca dos processos “Racionalização e Disciplinarização” em “História da Loucura” e sobre os efeitos da Ditadura Militar na Saúde Mental em Goiás. É autor do livro “História da Loucura: o projeto do manicômio Adauto Botelho de Goiânia” (Fonte Editorial, 2020). Organizou ainda a coletânea de poesias “Mosaico: vozes do Ser-Tão poético” (Oikos, 2019) assim como o livro “Perspectivas de pesquisa em História: cultura, política e poder” (Fonte Editorial, 2021). E-mail: roniregogo21@gmail.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