

História da Saúde:
OLHARES E VEREDAS

YARA NOGUEIRA MONTEIRO
ORGANIZADORA

Instituto de Saúde

São Paulo
2010

Copyright © 2009 do autor.

Todos os direitos desta edição reservados ao Instituto de Saúde – SES/SP

Capa e projeto gráfico:

Regina Figueiredo e Yara Monteiro

Governador

Alberto Goldman

Ilustração da capa:

Fachada da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, [s.d.].
Foto de Nadja Oliveira. Acervo Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Copyright @ Museu da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo

Nilson Ferraz Paschoa

Diretora do Instituto de Saúde

Luiza Stermann Heimann

Projeto gráfico e impressão:

Páginas & Letras Editora e Gráfica
paginaseletras@uol.com.br

Conselho Editorial

Ausonia F. Donato
Belkis Trench
Camila Garcia Tosetti Pejão
Carlos Tato Cortizo
Fernando Szklo
José da Rocha Carvalheiro
José Ruben Bonfim
Luiza S. Heimann
Nelson Rodrigues dos Santos
Samuel Antenor
Sonia I. Venâncio
Suzana Kalckmann
Tania Keinert
Tereza Etsuko da Costa Rosa

Instituto de Saúde

Núcleo de Comunicação

Técnico-Científica

Rua Santo Antonio, 590

01314-000 – São Paulo – SP

Tel.: (11) 3293-2244

e-mail: ncom@isaude.sp.gov.br

www.isaude.sp.gov.br

Dados Internacionais da Catalogação (CIP)

Elaborado por: Ana Maria da Silva

História da saúde: olhares e veredas/ organizado por Yara Nogueira Monteiro. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

336p.

ISBN 978-85-88169-17-3

1. Historia da Saúde 2. História da Medicina 3. Saúde Pública/
História 4. História das Práticas Médicas 5. História da Saúde no Brasil
I. Monteiro, Yara Nogueira.

Apresentação

Este livro, dedicado à História da Saúde, traz os resultados de dois eventos internacionais promovidos pelo Núcleo de História e Memória da Saúde do Instituto de Saúde, que congregaram importantes pesquisadores da França, dos Estados Unidos e do Brasil. Foram reunidos especialistas de diferentes instituições e centros de pesquisa, cujos trabalhos trouxeram importantes contribuições sobre as relações entre saúde, doença e sociedade, além de terem suscitado instigantes reflexões sobre o assunto. Ao serem transformados, tais eventos, em livro, foi possível convidar outros autores, cuja produção no campo da história social das doenças veio se somar ao material já existente, contribuindo para a melhor compreensão dos processos de modificação, das rupturas e permanências, em especial no âmbito da Saúde Pública brasileira. Essa publicação também enfatiza a complexidade e a diversidade dos temas, das experiências dos comportamentos, o histórico de transformações culturais e modificações que envolvem a História da Saúde, em especial no Brasil. Devido às características dos textos, esse livro reveste-se de um caráter interdisciplinar, sendo do interesse tanto de pesquisadores e professores quanto de estudantes das áreas de História, Medicina, Saúde Coletiva e Ciências Sociais.

A obra encontra-se dividida em cinco grandes módulos, que se inter-relacionam abordando discussões sobre o campo da História da Saúde, linhas de pesquisa, história social das doenças, prática médica, políticas públicas de saúde, arquivos e fontes documentais. O crescimento e a importância da produção sobre História da Saúde Pública em São Paulo fizeram com que um módulo específico fosse organizado.

O primeiro módulo – **Reflexões sobre História da Saúde: campo, gênero e linhas de pesquisa** – é constituído por quatro capítulos produzidos por autores de diferentes trajetórias e lócus geográficos, que permitem diferentes e múltiplas reflexões sobre esse campo de pesquisa, estabelecendo inter-relações com a História das Ciências, análise de gênero e linhas principais de pesquisa. O texto de Maria Amélia M. Dantes, *A história das ciências, os documentos e os acervos*, abre a coletânea, trazendo uma análise da trajetória da historiografia brasileira em História das Ciências, desde a falta de interesse pela produção dos

conhecimentos científicos à modificação havida a partir da década de 1980, com a adoção de novos padrões historiográficos. A autora discorreu ainda sobre o trabalho sistemático em arquivos públicos e privados, com ênfase nas áreas médicas e de Saúde Pública, trazendo instigantes considerações sobre pesquisas e fontes a respeito da História da Medicina, com especial enfoque para São Paulo, e contribuindo para o debate acerca de conservação e organização de acervos. Esse capítulo traz uma abordagem do universo documental de interesse dos historiadores da ciência e alerta para os riscos decorrentes da pouca importância que as instituições científicas brasileiras têm demonstrado pela salvaguarda de documentos de valor histórico.

Claudio Bertolli, em *Estratégias jornalísticas no noticiamento de uma epidemia: a Gripe Espanhola em São Paulo*, valeu-se da imprensa como fonte privilegiada, por meio da qual pôde analisar a epidemia em si, a complexidade e a variedade dos discursos, as alterações no cotidiano, as transformações ocorridas tanto na vida das pessoas como no atendimento médico, os medos e a insegurança. Analisou ainda como esses fatores contribuíram para que a imprensa fugisse ao controle político a fim de assumir uma atitude crítica perante o poder instituído. Através da análise dos diferentes discursos, o autor foi construindo pontes e interfaces entre Saúde, História, Ciências Sociais e Comunicação.

Em *o Gênero e o médico ideal: mudando os conceitos de bom médico no fim do século XIX nos Estados Unidos*, Regina Morantz-Sanchez analisou as noções de profissionalismo e as obrigações dos médicos com seus pacientes dentro de vários espaços sociais e redes de comunicação, e ainda como as formas pelas quais as representações de gênero moldaram os vários entendimentos do termo “empatia”. A autora teceu ainda reflexões sobre as modificações ocorridas no cenário do final do século XIX, com as descobertas bacteriológicas que conduziram a um novo paradigma de ciência experimental e seus reflexos na prática médica, nas tensões profissionais e na linguagem sexista.

O texto de Jean-Pierre Goubert, *História do corpo: as principais linhas de pesquisa na História da Saúde (França 1970-2000)*, traz substancial contribuição sobre aspectos teóricos e metodológicos da matéria e faz um importante balanço da produção historiográfica francesa dos últimos 30 anos. Para tanto, discute temas de importância, como o surgimento de uma história da saúde/doença em contraposição às separações existentes, do tipo História da Medicina, das Ciências Médicas ou da Farmácia, apontando para a estruturação de um novo campo de estudos. Além disso, esse trabalho analisa a expansão do campo da História da Saúde a partir de suas inter-relações com a Biologia, a Demografia e a Epidemiologia históricas, situando os autores que escreveram sobre as pestes e grandes epidemias. A produção dos principais estudiosos franceses foi aglutinada por Goubert em quatro grandes linhas: história dos profissionais de

saúde, história das doenças, história dos hospitais e história das mentalidades. Num rápido percurso, o autor analisou cada uma e refletiu sobre elas.

O segundo módulo – **Políticas públicas de Saúde: diferentes trajetórias** – reúne trabalhos que oferecem importantes subsídios para se (re)pensar a trajetória das políticas públicas de Saúde no Brasil. Através de diferentes abordagens metodológicas, tem-se o registro de transformações, rupturas e continuidades. A diversidade de temas abrangidos pelos textos que compõem esse módulo, a partir das reflexões de seus autores, contribui para discussões sobre a relação entre conhecimento, poder e uso da autoridade.

Maria Renilda Nery Barreto, em *Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista*, traçou a história de uma instituição hospitalar centenária, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Bahia – o Hospital São Cristóvão –, analisando sua trajetória, sua administração e seu funcionamento desde o século XVI até o final do XIX. O exame da documentação do século XIX, com a utilização de metodologia qualitativa e quantitativa, possibilitou a realização de um estudo revelador sobre a população doente daquele Estado com relação a cor, gênero, estado civil, naturalidade, faixa etária e ocupação, trazendo importante contribuição para a delimitação de um quadro de saúde/doença da região.

Gisele Sanglard & Renato Pereira da Silva, em *A organização da assistência hospitalar no Distrito Federal entre a filantropia e a ação do estado (década de 1920)*, centralizaram suas reflexões na década de 1920 e, a partir das modificações ocorridas nesse período, analisaram a passagem do Estado liberal para o de bem-estar social, com a transformação da saúde pública em questão social. Ao historiar a organização da assistência hospitalar no Rio de Janeiro, o texto traz importantes contribuições para a compreensão das modificações que estavam ocorrendo na assistência pública, bem como para o papel do Estado e das entidades filantrópicas.

O texto de Vera Regina Beltrão Marques & Fabiana S. A. Farias – *A Eugenia e a doença dos escolares nos anos 1920* – aprofunda a reflexão sobre a importância dos ideais eugênicos na adoção de determinadas políticas de saúde, concepções profiláticas, assim como seus reflexos no setor educacional. Ao explorarem fontes pouco utilizadas para a construção da História da Saúde, as autoras demonstraram a importância das mesmas para a compreensão de posturas e ações governamentais que se refletiam na formação dos professores, no *currículo* escolar, na arquitetura, nos mobiliários e, especialmente, nos corpos.

Uma visão da situação da saúde na região amazônica foi trazida por Rômulo de Paula Andrade em *Cartas ao Presidente: as Políticas de Saúde Pública do primeiro governo Vargas na visão dos amazonenses*, consolidada através do estudo de correspondências enviadas por autoridades estaduais e cidadãos comuns

do Amazonas à Secretaria da Presidência da República, as quais, transformadas em processos administrativos, refletem a atuação missionária e as ações relacionadas ao atendimento à saúde da população, com relação ao quadro de saúde/doença local. Os documentos analisados evidenciam a ausência do Estado e a preferência da população pela busca da cura por intermédio de curandeirismo e pajelança.

Ana Paula Vosne Martins, em *Políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil na primeira metade do século XX*, realizou um estudo das políticas públicas a partir da organização de uma estrutura burocrático-administrativa. A referida autora analisou a legislação pertinente e a comparou com a produzida em outros países. Além disso, abordou a questão da proteção à infância dentro de uma política de Estado nacionalista e eugenista, ressaltando que a postura de médicos, puericultores e obstetras tinha como objetivo primordial o bem-estar da criança, enquanto os aspectos relativos à maternidade eram deixados em segundo plano.

No capítulo *Sobre papos, águas, barbeiros e iodo: a História do Bócio Endêmico em Minas Gerais*, Rita de Cássia Marques recuperou a história do bócio endêmico desde o início do século XVII aos dias atuais, apresentando concepções e discussões sobre a doença e sua causalidade realizada ao longo do tempo. Para tanto, a autora analisou a atuação de médicos da época, em especial a de Baeta Viana e sua luta pela profilaxia através do sal iodado, discutindo e avaliando discursos nos quais se contrapõem concepções científicas e ideológicas, preconceitos e posturas políticas, além da forma como tais proposições se refletiram nos debates sobre a transferência da capital do Estado para Belo Horizonte, local estigmatizado pela endemia.

O histórico da utilização de contraceptivos pelas mulheres em território nacional foi realizado por Joana Maria Pedro em *A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980)*, que analisa o uso de pílulas anticoncepcionais em diferentes países e estabelece comparações com seu uso no Brasil, em especial durante o período da ditadura militar. A autora destacou o papel exercido por organismos internacionais no processo e apontou para a ausência de políticas públicas direcionadas a esse fim, utilizando diferentes fontes, dentre elas entrevistas e análise de revistas e jornais, para estabelecer as razões do uso da pílula e sua permeabilidade nos diferentes segmentos sociais.

O terceiro módulo – **História da Saúde Pública em São Paulo** – traz importantes contribuições, abrindo caminhos, identificando trajetórias personagens e analisando fatos ainda pouco estudados e que contribuem para a compreensão da História da Saúde Pública de São Paulo, suas características e particularidades. Através de fontes diversas, foram analisados os diferentes percursos que levaram a formas de organização da Saúde Pública no Estado e à estruturação do campo de ensino, pesquisa e formação de profissionais da área da Saúde. Foi, ainda, estabelecido um interessante diálogo com a história das mentalidades, trazendo à tona a história das pestes, dos medos, de preconceitos e discriminações.

Marta de Almeida, em *Emílio Ribas e os desafios para sanear São Paulo*, analisou projetos e concepções de Saúde Pública no final do século XIX e início do XX, discorrendo sobre a produção de saberes, a reorganização do espaço urbano com base nas concepções médicas no período, e trazendo uma importante visão da Saúde Pública paulista a partir da trajetória de seus articuladores, em especial Emílio Ribas. Esse mesmo período foi estudado por André Mota em *No caminho dos tropeiros: sanitário paulista e municipalidades na República Velha*, que trouxe reflexões sobre questões de Saúde Pública, epidemias, endemias, adoção de medidas profiláticas e intervenções sanitárias adotadas em cidades do interior do Estado de São Paulo. O autor teceu considerações sobre o pensamento higienista e de Saúde Pública e abriu importantes perspectivas de análises, do micro para o macro, ao analisar os reflexos desses pensamentos e posturas nos contextos locais, avaliando de que forma “cidades do interior” exerceram papel essencial no andamento de um projeto estadual de desenvolvimento.

A trajetória do ensino e da formação científica no campo da Saúde Pública, e o importante papel desempenhado pela Fundação Rockefeller na constituição do campo sanitário estadual em São Paulo, foram estudados por Maria Gabriela Marinho, Lina Faria & Luiz Antonio de Castro Santos. Em *A Fundação Rockefeller e o campo biomédico em São Paulo – ensino superior e pesquisa científica: uma abordagem histórica (1916-1954)*, Marinho analisou a transformação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em escola de excelência, através do financiamento da Fundação Rockefeller, cujo objetivo era o de transformá-la em modelo para América Latina. Ademais, discutiu o processo desenvolvido pela instituição na introdução de novas práticas e alteração de procedimentos até então consagrados no ensino médico brasileiro. No capítulo *Os primeiros tempos do Ensino da Saúde Pública em São Paulo na Memória de seus Contemporâneos*, Lina Faria & Luiz Antonio Castro Santos resgataram a história institucional do Instituto de Higiene de São Paulo, hoje Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A partir de pesquisa documental e entrevistas, os autores discutiram elementos centrais do processo de institucionalização, da formação de educadores e da “especialização em Saúde Pública” que, na década de 1920, era denominada “sanitarismo social”. Além disso, analisaram como, a partir da política de bolsas de estudo, de condições de pesquisa, da construção de um programa acadêmico de excelência, que observava a complementaridade entre Saúde Pública e ciência social, deu-se a geração de profissionais de primeira linha.

Sabe-se que qualquer epidemia ou, mesmo, uma doença só adquire sentido e importância ao ser analisada dentro de um contexto humano, pelas formas como se manifesta na vida de seus agentes, pelas reações que provoca e pelas formas que expressam valores culturais e políticos em uma determinada época. Esse tipo de análise foi realizado por Liane Maria Bertucci em *Ciência, medo e morte na*

influenza de 1918. A autora em tela discorreu sobre a gripe espanhola que grassou em São Paulo, discutiu os papéis exercidos pelos serviços de saúde e pelos órgãos de imprensa, analisou a reação da população diante de um mal tido como inexorável, o sentimento de insegurança, as fugas da capital, a interrupção de atividades. Esse texto, ao mesmo tempo que se situa no âmbito da história das grandes epidemias, dialoga com a história das mentalidades ao estudar atitudes em relação ao adoecer e à morte

O quarto módulo – **Prática médica: rupturas e continuidades** – traz importantes contribuições que permitem recuperar a trajetória da prática médica no Brasil, abrangendo um largo período que se estende desde os tempos coloniais até o final do século XX. Temas como constituição da medicina científica, práticas de cura, conflitos de poder, especialização, contraposição entre o antigo modelo do médico de família diante de novos modelos e práticas são discutidos. Nesse módulo, procurou-se, a partir da ótica da História, entender a Medicina e prática médica como um fenômeno cultural, colaborando para a compreensão da trajetória que permitiu que decisões anteriormente tomadas de forma privada e profissional passassem a ser públicas e políticas.

Na tentativa de resgatar a formação dos profissionais e o exercício da prática médica no Brasil desde seu início, Benair Alcaraz Fernandes Ribeiro, em *Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal à práxis na colônia*, analisou o ensino em Portugal e a formação dos profissionais médicos, cirurgiões e boticários. A partir do estudo de fontes diversificadas, teceu considerações sobre o papel do fanatismo religioso na imposição de controles e barreiras ao desenvolvimento de pesquisas e na divulgação científica; e a atuação inquisitorial ocasionando a fuga de estudantes à procura de melhor formação científica em outros países, como na França, por exemplo. Analisou, ainda, os reflexos obscurantismo religioso no cotidiano do atendimento durante a época colonial e destacou o fato de ter sido grande número de médicos de origem judaica que atuaram tanto em Portugal como no Brasil.

Norma Marinovic Doro, em *Um médico do sertão: frei Canuto de Amann*, estudou a situação na área da Saúde no Centro-Oeste brasileiro, o entrecruzamento entre conhecimentos científicos e práticas populares nas primeiras décadas do século XX. A partir do estudo da trajetória de um importante personagem, até agora pouco conhecido, e da avaliação de seu percurso, a autora conseguiu analisar a riqueza fitoterápica e curativa da medicina popular e o entrecruzamento entre discurso científico e crenças dos habitantes locais. Esse capítulo descortina espaços sobre os quais pouco se tem estudado, relacionando e contrapondo a situação do interior do Mato Grosso com o quadro mais geral da Saúde Pública brasileira.

No capítulo *A médica Carlota Pereira de Queiroz e seus colegas: amigadas e relações profissionais num meio predominantemente masculino*, de

Mônica Raisa Schpun, a prática médica é analisada através de um recorte de gênero. A autora, através do estudo da trajetória de uma médica das primeiras décadas do século XX, teceu importantes considerações sobre o campo da Medicina, marcado por uma cultura masculina expressa em códigos de comportamento, linguagem, cumplicidade e rivalidade. Nesse capítulo, foi ainda destacado o pioneirismo de Carlota Pereira de Queiroz, e abordaram-se questões ligadas à carreira médica, atravessadas por relações de poder e de gênero.

Yara Nogueira Monteiro, em *As modificações na atuação médica no Brasil: uma análise a partir das memórias de Câmara Cascudo e Eduardo Etzel*, ressaltou a importância dos livros de memórias como fonte e os utilizou como fio condutor para o estudo e a compreensão das transformações ocorridas na atuação médica no Brasil durante o século XX. Através da análise das lembranças registradas durante as internações de Câmara Cascudo, fazendo um contraponto com as memórias de Eduardo Etzel, foi possível discutir alguns fenômenos, como o desaparecimento do “médico de família”, o “excesso de especialização”, o assalariamento e a perda de autonomia. Temas como aparecimento dos convênios médicos, o avanço da tecnologia e da indústria farmacêutica também são analisados a partir da vivência e da ótica privilegiada do paciente.

O quinto módulo – **Arquivos e fontes documentais** – contém instigantes debates sobre o papel e a importância dos acervos documentais para a História da Saúde Pública brasileira, além da situação dos arquivos e dos conjuntos documentais públicos e privados. Os textos discutem produção historiográfica, diferentes metodologias, possibilidades e potencial de pesquisa. Nesses textos, foram identificados apoios e descasos institucionais, bem como relações entre demandas e interesses. No capítulo *No silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam*, Yara Aun Khoury discorreu sobre o projeto que gerou o Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, sua natureza, suas características e o potencial dos conjuntos documentais encontrados, tanto para a História da Saúde como para a compreensão de trajetórias vividas, por meio das quais se forjaram dimensões da experiência social, profissional e de serviços públicos. Dissertou sobre as dificuldades encontradas e ressaltou, com maestria, a riqueza do patrimônio documental, bibliográfico, museológico e arquitetônico das mais de cem instituições percorridas.

Márcia Regina Barros da Silva, em *Periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950*, debateu o papel das bibliotecas, as funções por elas exercidas, critérios de composição e manutenção de acervo. Discutiu tensões, elencou problemas, dentre eles o da adoção de determinados critérios e justificativas, como o de “material desatualizado” existente em algumas bibliotecas especializadas, ou mesmo o de baixa demanda, que colocam em o risco de eliminação fontes de valor inestimável para a pesquisa histórica. A autora elaborou interessante análise sobre acervos paulistas na área da Saúde, em especial sobre as publicações médicas da primeira metade do século XX, e discorreu sobre as características dos periódicos analisados.

O capítulo *Enfermagem e memória: os centros de documentação das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro*, de Almerinda Moreira, apresenta acervos pouco conhecidos, traça panoramas dos centros de documentação de Enfermagem e analisa a atenção que tem sido dispensada à memória da Enfermagem por meio da preservação de documentos e da pesquisa, discutindo a existência e a ausência de políticas de preservação, e trazendo importantes informações que possibilitam intercâmbios entre pesquisadores da área de História da Saúde.

Jaime Rodrigues & Maria da Penha Costa Vasconcellos, em *Instituto de Higiene: uma visão a partir da trajetória profissional dos fundadores (Paula Souza e Borges Vieira)*, apresentaram e reconstruíram a história do Instituto de Higiene, tendo como ponto de partida o estudo da trajetória de seus fundadores no exercício de suas atividades. Foram destacadas as potencialidades de pesquisa dos fundos pessoais e relatórios institucionais pertencentes ao Centro de Memória da Saúde Pública. Esse capítulo traz ainda instigantes reflexões sobre linhas de pesquisa, rotas de convergência e possibilidades de abertura de um diálogo multidisciplinar entre profissionais de História, Antropologia, Sociologia, Arquitetura, Educação e Epidemiologia.

O conjunto dos trabalhos que compõem essa coletânea, graças à diversidade das linhas apresentadas, dos temas, das fontes pesquisadas e das abordagens metodológicas, oferece uma visão da riqueza do campo de pesquisa, abrindo perspectivas de novos trabalhos e se constituindo em importante contribuição para a História da Saúde.

Por último, nossos especiais agradecimentos a Maria Nazarete de Barros Andrade, Coordenadora do Museu e Capela da Santa Casa de São Paulo, por nos ter cedido a imagem utilizada na capa, que representa uma das mais significativas instituições de saúde do Brasil e cujo prédio é, sem dúvida, um ícone da cidade de São Paulo; a André Mota, diretor do Museu da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, pela disposição com que colaborou na procura de ilustrações; à Diretoria do Club Athletico Paulistano, por ter disponibilizado uma imagem de seu Centro de Memória, que simboliza o esforço e a solidariedade da sociedade civil durante uma das épocas de intenso medo e morte, que foi a da gripe espanhola em São Paulo; a Antonio Gomes da Costa, presidente do Real Gabinete Português de Leitura, do Rio de Janeiro, por nos ter cedido a magnífica imagem, de autoria de Edu Mendes, que tão bem captou a atmosfera quase irreal de um dos mais belos acervos documentais de nosso País; e ainda a tantos outros, cujo empenho em preservar a memória da Saúde tornou possível a utilização de muitas das imagens desse livro.

São Paulo, setembro de 2010.

Yara Nogueira Monteiro

Sumário

REFLEXÕES SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE: CAMPO, GÊNERO E LINHAS DE PESQUISA

A história das ciências, os documentos e os acervos	
Maria Amélia M. Dantes	3
Estratégias jornalísticas no noticiamento de uma epidemia: a Gripe Espanhola em São Paulo	
Claudio Bertolli Filho	13
Gênero e o médico ideal: mudando os conceitos de bom médico no fim do século XIX nos Estados Unidos	
Regina Morantz-Sanchez	27
História do corpo: as linhas principais da pesquisa na História da Saúde (França, 1970-2000)	
Jean-Pierre Goubert	41

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DIFERENTES TRAJETÓRIAS

Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista	
Maria Renilda Nery Barreto	49
A organização da assistência hospitalar no Distrito Federal entre a filantropia e a ação do estado (década de 1920)	
Gisele Sanglard e Renato Pereira da Silva	65
A Eugenia e a doença dos escolares nos anos 1920	
Vera Regina Beltrão Marques e Fabiana Costa de Senna Ávila Farias	79
Cartas ao Presidente: as Políticas de Saúde Pública do primeiro governo Vargas na visão dos amazonenses	
Rômulo de Paula Andrade	91
Políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil na primeira metade do século XX	
Ana Paula Vosne Martins	99

Sobre papos, águas, barbeiros e iodo: a História do Bócio Endêmico em Minas Gerais	
Rita de Cássia Marques	123
A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980)	
Joana Maria Pedro	141

HISTÓRIAS DA SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO

Emílio Ribas e os desafios para sanear São Paulo	
Marta de Almeida	159
No caminho dos tropeiros: sanitarismo paulista e municipalidades na República Velha	
André Mota	175
A Fundação Rockefeller e o campo biomédico em São Paulo – ensino superior e pesquisa científica: uma abordagem histórica (1916-1954)	
Maria Gabriela S. M. C. Marinho	183
Os primeiros tempos do Ensino da Saúde Pública em São Paulo na Memória de Contemporâneos	
Lina Faria e Luiz Antonio de Castro-Santos	191
Ciência, medo e morte na <i>Influenza</i> de 1918	
Liane Maria Bertucci	205

PRÁTICA MÉDICA: RUPTURAS E CONTINUIDADES

Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal a práxis na colônia	
Benair Alcaraz Fernandes Ribeiro	217
Um médico do sertão: frei Canuto Amann	
Norma Marinovic Doro	227
A médica Carlota Pereira de Queiroz e seus colegas: amizades e relações profissionais num meio predominantemente masculino	
Mônica Raisa Schpun	239
As modificações na atuação médica no Brasil: uma análise a partir das memórias de Câmara Cascudo e Eduardo Etzel	
Yara Nogueira Monteiro	251

ARQUIVOS E FONTES DOCUMENTAIS**No silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam**

Yara Aun Khoury 269

Periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950

Márcia Regina Barros da Silva 277

Enfermagem e memória: os centros de documentação das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro

Almerinda Moreira 299

Instituto de Higiene: uma visão a partir da trajetória profissional dos fundadores (Paula Souza e Borges Vieira)

Jaime Rodrigues e Maria da Penha Costa Vasconcellos 311

Autores 317

REFLEXÕES SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE: CAMPO, GÊNERO E LINHAS DE PESQUISA

*De humani corpori
fabrica* (1543), de
Johann Stephan von
Calcar – xilogravura
Frontispício da
primeira edição da
obra de Versalius
Cit in R. Porter. The
Greatest Benefit to
Mankind. Fontana
Press, London,
1997, p. 170 a.



A história das ciências, os documentos e os acervos

Maria Amélia M. Dantes

O debate sobre a preservação de acervos documentais – em particular de acervos da área de Saúde Pública em São Paulo – leva à reflexão sobre como, no quadro atual de produção em História das Ciências, tem se ampliado o conjunto de documentos considerados de interesse histórico. As observações aqui apresentadas partem, assim, da relação entre documentação e pesquisa histórica.

Inicialmente, serão consideradas as mudanças que vêm ocorrendo no âmbito da História das Ciências, em nível mundial, para depois refletir-se sobre como novos referenciais vêm integrando um conjunto documental, até recentemente não valorizado pelos historiadores.

As mudanças na História das Ciências e a questão da documentação

A palavra atividade científica expressa, por contraposição à ideia de ciência enquanto pensamento, uma realidade concreta, aqui e agora. O seu estudo se relaciona a uma tradição cultural diferente, em que as ideias sempre se dão encarnadas a homens e instituições. Seu estudo obriga os historiadores a confrontarem-se com a crueza do problema do tempo e do espaço histórico, e há um diálogo concreto, preciso, profundo com as fontes manuscritas e documentais guardadas nos arquivos e bibliotecas. Geralmente, a ênfase nesse tipo de trabalho desloca-se para os homens e sua organização institucional, não tanto para as ideias¹.

Em 1985, foi editado o livro *The private science of Louis Pasteur*, do historiador norte-americano Gerald Geison, que propunha uma releitura da trajetória do famoso cientista francês².

¹ LAFUENTE, Antonio. La ciencia periférica y su especialidad historiográfica. In: SALDAÑA, Juan José (ed.). *El perfil de la ciencia en America*. México: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, 1986. p. 31-40; cit., p. 33.

² GEISON, Gerald. *A ciência particular de Louis Pasteur*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto/Fiocruz, 2002. Original editado pela Princeton University Press.

Este livro, é um bom exemplo das mudanças teóricas e metodológicas por que vem passando, nas últimas décadas, a História das Ciências e de como vem se ampliando seu universo documental.

Apresentando a referida obra, Geison justificou este novo estudo sobre Pasteur – cientista bastante presente na historiografia das ciências – pela utilização de uma documentação até então desconhecida dos historiadores: um conjunto de 140 cadernetas de notas de laboratório de Pasteur e sua equipe, com registros pormenorizados de experimentos realizados durante cerca de 40 anos de trabalho³.

É no decorrer do livro que se vê que a valorização destas fontes corresponde a uma conceituação de História das Ciências bastante distinta da tradicional, dominante internacionalmente até os anos 1960, que considerava as ciências como conhecimentos eminentemente racionais, resultantes do uso de regras metodológicas bem definidas e, portanto, objetivas e universais. A disciplina era então identificada com uma história das ideias ou do pensamento científico em seu caminho pela descoberta dos segredos da natureza.

Em meados do século XX, esta compreensão da área passou a ser denominada internalista, por não trabalhar com a ação de fatores externos/sociais na produção de conhecimentos. E passou a conviver com a vertente externalista, que incluía a ação destes fatores em suas análises – apesar de continuar considerando o conteúdo científico isento em relação a estas influências.

Quanto às fontes para a pesquisa, como não poderia deixar de ser, as duas vertentes sempre trabalharam com conjuntos documentais distintos. Enquanto os historiadores internalistas priorizaram os textos científicos – que tornam públicos teorias ou resultados de experimentos –, os externalistas passaram a considerar documentos relacionados a outras esferas da vida social, política, econômica e cultural.

Nos anos 1960, as mudanças se aprofundaram, e este quadro dicotômico passou a ser fortemente questionado. Inicialmente, pela obra de Thomas Kuhn⁴ e, nos anos 1970, com os debates instaurados por sociólogos, historiadores e filósofos sediados em instituições inglesas e escocesas, que passaram a considerar a influência de fatores sociais sobre as várias dimensões das ciências, mesmo seus conteúdos. Estes anos marcaram o início de uma grande expansão dos estudos sociais sobre as ciências⁵.

³ Em 1971, a Biblioteca Nacional de Paris, guardiã das cadernetas, abriu seu acesso ao público.

⁴ Ver KUHN, Thomas. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The Chicago University Press, 1962.

⁵ Sobre os sociólogos da ciência, v. PESTRE, Dominique. Por uma nova história social e cultural das ciências: novas definições, novos objetos, novas abordagens. Tradução brasileira. *Cadernos IG-Unicamp*, v. 6, p. 3-56, 1996 (edição francesa: *Annales ESC*, v. 50, n. 3, mai/juin, 1995). Sobre o crescimento dos estudos sociais na historiografia da ciência, vide o artigo do próprio Thomas Kuhn, “La Historia de la Ciencia: mundos diferentes para públicos distintos”. In: LAFUENTE, Antonio & SALDAÑA, Juan J. (eds.). *Historia de las Ciencias*. Madrid: CSIC, 1987. p. 5-12.

Uma característica da nova historiografia é a concepção de ciência, não tanto como teoria, mas como uma prática que visa à produção de fatos científicos – teorias, observações – e sua difusão e estabelecimento social. Em todas as etapas, estão presentes variáveis extracientíficas. Para esta vertente, o cientista atua em variadas frentes: em atividades de laboratório, mas também nas relações com seus pares e com outros setores da sociedade, sempre tentando conquistar aliados que contribuam para a legitimação de suas propostas. A partir destas referências, cabe ao historiador analisar os vários estágios do processo de produção e estabelecimento de conhecimentos. Como enfatizou Bruno Latour, não basta ao historiador analisar o conhecimento pronto, ele deve se voltar para como se dá esta produção⁶.

Vem se estabelecendo, assim, uma conceituação de História das Ciências bastante distinta da ideia mais tradicional, ainda presente em livros de divulgação. Hoje, as várias linhas da história social das ciências tendem a integrar as ciências às demais práticas sociais, aproximando-se, assim, da história da cultura.

Quanto às fontes, o universo documental de interesse dos historiadores da ciência tem se ampliado de forma significativa. Além dos textos científicos publicados, interessam-lhes anotações de pesquisa, instrumentos, correspondências públicas e privadas, documentos institucionais, documentos governamentais, periódicos etc.

É nesta linha que se insere o estudo de Geison que, da mesma forma que Latour, se voltou para as atividades cotidianas realizadas por Pasteur. Para isso, a nova documentação disponível – as cadernetas de laboratório – foi fundamental.

Em seu livro, Geison distinguiu duas fases no trabalho científico: a fase da “ciência particular”, caracterizada por atividades, técnicas, ideias científicas que ocorrem nos bastidores – ou que são pouco notadas em público; e as narrativas publicadas, ou textos científicos. Vê-se, assim, o conhecimento científico sendo produzido em um processo pelo qual “dados brutos” se transformam em resultados publicados.

Quanto a Pasteur, a análise de alguns episódios marcantes levou Geison a concluir que seu sucesso deveu-se não apenas à sua grande habilidade experimental e capacidade de criar conceitos frutíferos, mas também à sua eficácia retórica na defesa de suas propostas. O referido autor concluiu, também, que ambições pessoais e interesses políticos e religiosos estiveram fortemente presentes na trajetória deste cientista.

Na sequência, poderá ser visto como, no quadro da nova historiografia da ciência, tem se desenvolvido a História das Ciências no Brasil.

⁶ LATOUR, Bruno. *Science in action: how to follow scientists and engineers through society*. London: Open University Press, 1987 (tradução brasileira pela Edunesp).

A História das Ciências no Brasil e seus documentos

Pode-se dizer que, no quadro mais tradicional de História das Ciências, não havia espaço para países como o Brasil, situados na periferia do sistema mundial de produção de conhecimentos, considerados países sem contribuições relevantes, ou seja, “sem história”⁷.

Este quadro só mudou com a crítica ao conceito de ciência universal e sua substituição pela conceituação das ciências como conhecimentos produzidos localmente e que se difundem para outros contextos. Como afirmou o historiador francês Dominique Pestre:

*Se os saberes científicos (da mesma forma que outros saberes) circulam, não é porque sejam universais. É porque eles circulam – isto é, porque são (re)utilizados em outros contextos e um sentido lhes é atribuído por outros – que eles são descritos como universais*⁸.

Ou, como Bruno Latour preferiu dizer, nos processos de difusão, as ciências são traduzidas para outros contextos, ganhando outras características.

Nos últimos anos, a partir destas novas conceituações, têm crescido de forma significativa, em nível mundial, os estudos sobre o processo de implantação e desenvolvimento de atividades científicas em diferenciados contextos sociais⁹.

É nesse quadro que tem se desenvolvido a produção mais recente em História das Ciências no Brasil.

Voltando um pouco no tempo, constata-se que, nos anos 1950, a produção historiográfica brasileira – da mesma forma que em outros países da América Latina – enquadrava-se nos referenciais então difundidos. Como sublinhou Juan José Saldaña, seguindo o enfoque eurocêntrico então aceito, esta produção, “em vez de historiar a prática científica da América Latina, buscava historiar a ciência europeia na América Latina”¹⁰. Ou seja, buscava no passado contribuições à ciência “universal”, não considerando as conformações assumidas localmente pelas atividades científicas.

⁷ Expressão usada por Henri Moniot para referir-se ao pequeno desenvolvimento dos estudos históricos sobre a África nos anos 1960. V. MONIOT, Henri. *L'histoire des peuples sans histoire*. In : LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre (dir.). *Faire de l'histoire. Nouveaux problèmes*. Paris: Gallimard, 1974. ref. p. 106-123.

⁸ PESTRE, Dominique. *Op. cit.*, p. 20.

⁹ Esta característica da área foi marcante no XXI International Congress of History of Science, realizado na Cidade do México, em julho de 2001.

¹⁰ SALDAÑA, Juan José. Marcos conceptuales de la historia de las ciencias em Latinoamérica. Positivismo y economicismo. In: SALDAÑA, Juan José (ed.). *El perfil de la ciencia en America*. México: Sociedad Latinoamericana de Historia de la Ciencia y Tecnología, 1987. p. 57-80; *cit.*, p. 61.

Nestes anos, o livro brasileiro mais significativo foi *As ciências no Brasil*, editado por Fernando de Azevedo, em 1955, que apresentava um conjunto de artigos escritos por renomados cientistas de universidades brasileiras sobre o desenvolvimento das áreas científicas em que atuavam¹¹. Os vários autores realizaram um esforço de síntese notável, redigindo seus artigos a partir de amplo levantamento de textos existentes sobre variados aspectos das atividades científicas brasileiras.

No entanto, a conclusão a que chegaram era de que atividades de pesquisa científica só haviam se instalado no País com as universidades dos anos 1930. A única exceção teria ocorrido na área da Medicina, pela atuação dos institutos de ciências biomédicas ligados às políticas de saúde pública do início da República, com destaque para o Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro. Mas, para esses autores, a consideração de ser a Medicina uma ciência aplicada só vinha reforçar a conclusão de que a história brasileira havia se caracterizado por uma falta de interesse pela produção de conhecimentos científicos.

Esta imagem permaneceu bastante difundida até os anos 1970, quando Simon Schwartzmann publicou seu livro *Formação da comunidade científica no Brasil*. Aí, apoiando-se no livro de Fernando de Azevedo, afirmava que as elites brasileiras do século XIX não se interessavam pelas ciências e que políticas públicas de incentivo só aconteceram em meados do século XX¹².

Este quadro só começou a mudar nos anos 1980, pela ação de historiadores profissionais, formados em universidades brasileiras ou em instituições do exterior, que passaram a trabalhar segundo novos padrões historiográficos. O primeiro princípio que orientou estes historiadores foi a crítica ao anacronismo dos textos existentes, que, partindo de parâmetros contemporâneos, não enxergavam as práticas científicas que haviam se estabelecido no País em períodos mais recuados. Começaram, também, a levantar, de forma mais sistemática, arquivos públicos e privados, brasileiros e estrangeiros, em busca de registros de práticas científicas.

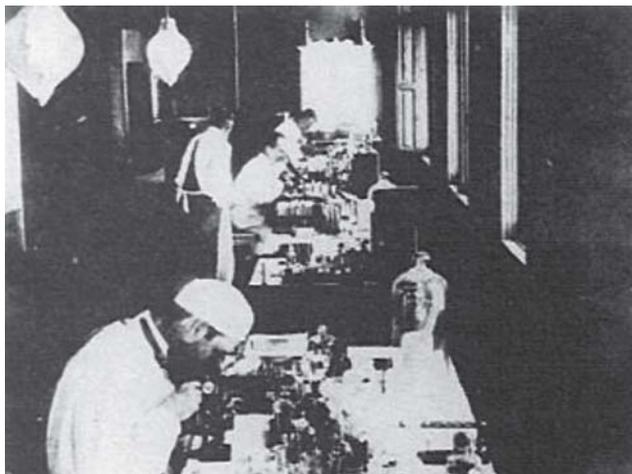
Hoje, é possível dizer que existe no Brasil uma comunidade de historiadores bastante ativa que se volta para outras épocas, buscando entender os seguintes aspectos, dentre outros temas: quem eram nossos cientistas e como era sua inserção social; que atividades desenvolviam e que princípios teóricos e metodológicos as orientavam; que apoio recebiam de governantes e de outros setores da sociedade; que função era atribuída aos conhecimentos produzidos.

Algumas características desta historiografia merecem destaque nos itens subsequentes.

¹¹ AZEVEDO Fernando de (ed.). *As ciências no Brasil*. 2 vols. São Paulo: Melhoramentos, s/d. (data estimada: 1955).

¹² SCHWARTZMANN, Simon. *Formação da comunidade científica no Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

O cientista em ação:
Adolpho Lutz no
laboratório do Instituto
Bacteriológico¹³



1) Observa-se um movimento de recuo no tempo, que leva os historiadores a voltarem sua atenção para atividades científicas que, desde o período colonial, se implantaram em território brasileiro. Existem, hoje, estudos sobre a atuação de jesuítas, curadores, naturalistas. E sobre a implantação de jardins botânicos, academias e gabinetes no final do século XVIII¹⁴.

O período imperial vem recebendo atenção especial dos historiadores, que têm procurado mostrar a riqueza e a diversidade das práticas científicas que, então, se implantaram no País. Há, atualmente, estudos sobre espaços institucionais

¹³ Adolpho Lutz no Laboratório do Instituto de Bacteriologia do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, sem data. Foto do acervo do Museu de Saúde Pública – SSESP.

¹⁴ Alguns exemplares desta produção são os seguintes: CAMENIETZKI, Carlos Z. A Companhia de Jesus e a ciência na América portuguesa entre 1663 e 1679. In: III SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA MATEMÁTICA. *Anais...* Vitória: SBHMat, 2000; SILVA, Clarete Paranhos da. *O desvendado do grande livro da natureza*. Um estudo da obra do mineralogista José Vieira Couto, 1798-1805. São Paulo: Fapesp/AnnaBlume/Unicamp, 2002; SANJAD, Nelson R. *Nos jardins de São José: uma história do Jardim Botânico do Grão-Pará, 1796-1873*. Dissertação (Mestrado em Geociências) – Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: IG/Unicamp, 2001; MARQUES, Vera R. B. *Natureza em boiões*. Medicinas e boticários no Brasil setecentista. Campinas: Unicamp, 1999; GESTEIRA, Heloisa Meireles. *O texto das coisas naturais: conhecimento e dominação neerlandesa no Brasil (1624-1654)*. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense. Niterói: UFF, 2001; SILVA, Clarete Paranhos da. *Garimpando memórias: as ciências mineralógicas e geológicas no Brasil na transição do século XVIII para o XIX*. Tese (Doutorado em Geociências) – Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: IG/DGAE/Unicamp, 2004; KURY, Lorelai. *Viajantes-naturalistas no Brasil oitocentista: experiência, relato e viagem*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. VIII, suplemento, Rio de Janeiro, 2001; VARELA, Alex Gonçalves. “*Juro-lhe pela honra de bom vassalo e bom português*”. Análise das memórias científicas de José Bonifácio de Andrada e Silva (1780-1819). São Paulo: Annablume, 2006.

– escolas, museus, jardins botânicos, institutos agrícolas, associações profissionais, eventos científicos e periódicos. Alguns cientistas atuantes também já mereceram estudos aprofundados¹⁵. Da área da Medicina e Saúde Pública, de grande representatividade na nova historiografia, pode-se citar uma variedade de estudos sobre este período, que tratam de espaços institucionais ligados às práticas médicas – escolas, associações, periódicos; práticas de cura variadas – médicas, mágicas, populares; políticas de saúde pública; enfermidades etc.¹⁶.

Testemunhando a expansão destes estudos, foi realizado, em 2000, um evento especialmente voltado para este período histórico¹⁷.

2) Também vem ocorrendo um movimento de ampliação dos estudos regionais, pois, até recentemente, eram privilegiados os projetos investigativos voltados para a região Sudeste do Brasil, em especial sobre o Rio de Janeiro e São Paulo. Existem, hoje, pesquisas sobre a implantação de áreas científicas nos vários Estados brasileiros, o que tem incentivado o levantamento e a preservação de acervos locais¹⁸.

Este movimento também é observado em relação às áreas médicas e de Saúde Pública. Assim, para o início do período republicano, há estudos sobre políticas

¹⁵ Alguns destes estudos são os seguintes: FIGUEIRÔA, Sílvia. *As ciências geológicas no Brasil: uma História Social e Institucional, 1875-1934*. São Paulo: Hucitec, 1997; LOPES, Maria Margaret. *O Brasil descobre a pesquisa científica*. Os museus e as Ciências Naturais no século XIX, São Paulo: Hucitec, 1997; DOMINGUES, Heloisa Maria B. *Ciência: um caso de política*. As relações entre as Ciências Naturais e a Agricultura no Brasil-Império. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP, 1996; FREITAS, Marcus Vinicius de. *Charles Frederick Hartt, um naturalista no império de Pedro II*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

¹⁶ Alguns exemplos são os que seguem: FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *Cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Niterói: Vício de Leitura, 2002; CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril*. Cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996; FERNANDES, Tânia M. *Vacina antivariolosa*. Ciência, técnica e o poder dos homens. 1808-1920. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999; BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos*. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999; FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP, 1996; PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: IFCH/Unicamp, 2003; CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis & GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003.

¹⁷ Anais publicados por Alda Heizer e Antonio A. P. Videira. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001.

¹⁸ Um exemplo recente é a publicação de um número especial da revista *Manguinhos* sobre a Bahia: *História. Ciências. Saúde-Manguinhos*. “Ciências e Saúde na Bahia”, v. 15, n. 4, Rio de Janeiro, outubro/dezembro, 2008.

públicas no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Rio Grande do Sul, que trazem elementos bastante esclarecedores sobre as diversas formas assumidas por tais políticas em diferentes contextos¹⁹.



Revista Médica de São Paulo²⁰

FONTES DA HISTÓRIA DA MEDICINA PAULISTA

Algumas considerações sobre os documentos para a História das Ciências no Brasil

Neste breve texto, não é viável caracterizar o conjunto de documentos que vêm sendo levantados pelos historiadores brasileiros. Mas é possível ilustrar a matéria com alguns exemplos.

¹⁹ Sobre serviços de Saúde Pública do Rio de Janeiro, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, ver: BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida. A ciência na belle époque*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1990; RIBEIRO, Maria Alice R. *História sem fim... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo, 1880-1930. São Paulo: Unesp, 1993; WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar*. Medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Bauru/Santa Maria: Edusc/UFSM, 1999.

²⁰ A *Revista Médica de São Paulo* foi publicada de 1898 a 1914, apresentando textos médicos, artigos sobre questões profissionais, notícias bibliográficas, atas da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo etc. Exemplar da Biblioteca do Instituto Butantan – SESP.

Para períodos mais recuados, como o século XVIII, estudos sobre naturalistas brasileiros atuantes no período iluminista têm levado os historiadores a levantar, além dos acervos brasileiros, o conjunto de obras existentes em Portugal. Em suas pesquisas sobre os mineralogistas que realizaram viagens exploratórias em Minas Gerais e no Ceará no final do período colonial, e escreveram memórias sobre as riquezas minerais destas províncias, a historiadora Clarete Paranhos da Silva, em busca de informações sobre seus personagens e sua atuação, levantou documentos manuscritos em acervos de Diamantina, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Lisboa²¹.

Os estudos institucionais – uma das áreas de maior crescimento na historiografia brasileira – também vêm mobilizando uma gama variada de acervos. A pesquisa realizada por Maria Margaret Lopes sobre a criação e a atuação dos museus brasileiros de História Natural no século XIX pode ser ilustrativa. Em sua busca pela caracterização do trabalho científico cotidianamente desenvolvido pelos naturalistas do Museu Nacional do Rio de Janeiro, a autora em tela, além de utilizar textos científicos e realizar levantamento de fontes existentes no arquivo da instituição – ofícios, deliberações e atas de reuniões do conselho administrativo e da congregação, catálogos de exposições –, analisou correspondências governamentais, relatórios ministeriais e textos de naturalistas viajantes²².

Estas observações vêm ao encontro de uma questão que já foi sublinhada: com as novas perspectivas da História das Ciências, ampliou-se significativamente a documentação de interesse do historiador.

Ao mesmo tempo, como a produção historiográfica brasileira é recente, só nos últimos anos as pesquisas vêm revelando acervos documentais que até então haviam permanecido inéditos, o que tem contribuído para o debate sobre o estado de conservação e organização de acervos de interesse da memória científica nacional.

Mas, como é conhecido, as instituições científicas brasileiras têm mostrado pouco interesse pela salvaguarda de seus documentos de interesse histórico. Tal fato decorre, em parte, da própria organização do trabalho científico, que privilegia materiais de interesse para as pesquisas em andamento. As bibliotecas de instituições científicas tendem, assim, a se desfazer de publicações de outros períodos históricos. Documentação de arquivo, também, é mantida apenas quando é de interesse administrativo.

Faz-se urgente, portanto, um movimento de valorização da documentação das instituições científicas brasileiras. O exemplo da Fiocruz, que mantém desde 1986 um centro de pesquisas históricas e de trabalhos com documentação – a Casa de Oswaldo Cruz –, pode ser um referencial.

²¹ Ver SILVA, Clarete Paranhos da (2002 e 2004).

²² LOPES, Maria Margaret. *Op. cit.*

São também promissores alguns projetos relacionados à memória científica brasileira, implementados pelo CNPq²³ nos últimos anos. Em 2003, registrou-se a redação do projeto para uma Política Nacional para a Preservação da Memória de Ciência e Tecnologia, que contempla atividades de identificação de acervos públicos e privados de interesse, financiamento de atividades de preservação e restauro de acervos, políticas de formação de profissionais e criação de redes de informação. E, em 2004, destacou-se a implementação do primeiro edital para financiamento de projetos de preservação e pesquisa da memória científica e tecnológica²⁴.

São passos iniciais de um longo caminho que pesquisadores em geral têm pela frente.

²³ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

²⁴ Em 2003, foi criada comissão que se reuniu com pesquisadores de diversos Estados do Brasil e elaborou a proposta. E, em 2004, foram selecionados, pelo CNPq, cerca de 30 projetos dos vários Estados brasileiros e distribuída verba de um milhão de reais.

Estratégias jornalísticas no noticiamento de uma epidemia: a Gripe Espanhola em São Paulo

Claudio Bertolli Filho

As epidemias e as reações coletivas em momentos de crise sanitária sempre se apresentam como objetos de difícil apreensão. A complexidade dos mecanismos intrínsecos às enfermidades soma-se aos “depuramentos” políticos e sociais dos acontecimentos, circunstâncias que, de regra, alimentam e perpetuam imagens idealizadas sobre o pretérito da saúde coletiva. A historiadora Elisabeth Carpentier (1962a e 1962b) ressaltou que, se por um lado as fontes documentais de dimensões memorialísticas, testemunhais e biográficas tendem a conferir uma abrangência descomunal e épica aos fatos epidêmicos, os escritos e depoimentos dos profissionais da saúde e políticos buscam amenizar as cores dos acontecimentos trágicos, anunciando-os como perfeitamente administráveis e, nos casos de mortandade em massa, minimizando ou, mesmo, vetando a divulgação do número de óbitos.

Diante das frequentes disparidades das informações epidemiológicas e sociais circunstanciadas pelos eventos epidêmicos, os pesquisadores têm buscado multiplicar as fontes em que se apoiam, incorporando, dentre outros núcleos, os depoimentos orais e a iconografia como estratégias de conhecimento do cotidiano da sociedade sob ameaça. Com isto, recorre-se à polifonia alimentada pela peste como possibilidade de encontrar um ponto médio entre a variedade de discursos e, desta forma, oferecer uma versão menos idealizada de uma sociedade e de um tempo regido pelo Ceifeiro Implacável.

Dentre as fontes privilegiadas nas últimas décadas pelos analistas, encontra-se a imprensa e, nesta opção, reside uma das principais inovações e também uma das mais claras fragilidades da pesquisa histórica em Saúde. Isto porque, se por um lado os jornais e revistas revelam-se como um depósito singular de informações sobre o cotidiano, por outro ainda são raros os estudiosos que se preocupam em levar em consideração as mediações inerentes à prática e ao discurso jornalístico, tendo-se que notar que existe um longo e tortuoso trabalho para que um acontecimento seja admitido enquanto notícia a ser estampada nas páginas de um veículo de comunicação.

A partir destas constatações, delinea-se o objetivo deste artigo: verificar as condicionantes da atuação da imprensa em um momento de crise epidêmica e o

teor das notícias veiculadas, tomando-se como exemplo a experiência paulistana com a gripe espanhola. A escolha da epidemia de *influenza* de 1918 deve-se a vários motivos: primeiramente, porque o próprio autor já se debruçou sobre a epidemia que muitos insistem em afirmar como sendo a crise sanitária mais devastadora da história; e também pelo fato de os estudos sobre a “espanhola”, tanto no plano nacional (SOUZA, 2005; GOULART, 2005; SALES, 2004; BERTUCCI, 2004; BERTOLLI, 2003; FERREIRA, 2001; ABRÃO, 1998) quanto no internacional (BARRY, 2004; KOLATA, 2002; CROSBY, 2000), servirem-se, com maior ou menor intensidade, do noticiário dos jornais e revistas para compor suas versões textuais, contudo nem sempre se munindo das devidas cautelas.

A especificidade midiática

A noção de que a notícia impressa ou disseminada por rádio, televisão e Internet se materializa como construção social é uma constatação que, se amplamente aceita, mesmo assim não é totalmente observada em sua extensão. Se muitos são os observadores que ressaltam a formatação econômica, política e cultural dos produtos midiáticos (SOUSA, 1999; MATTELART, 1999), poucos ainda tiveram suas atenções voltadas para as regras inerentes ao discurso dos jornalistas. Fala-se, pois, que para além das grandes teorias da Comunicação (dentre as quais se mostra perene a tradição criada pela Escola de Frankfurt), tudo o que é dito ou calado pela mídia encontra-se afinado com protocolos e presunções assumidas pelos comunicadores e pelas estruturas culturais nas quais os profissionais da Comunicação estão inseridos (WOLF, 2001; RODRIGUES, 1999; SCHUDSON, 1996).

Essas circunstâncias, nem sempre realçadas em tela, fazem o leitor – especialista ou não no assunto destacado pela imprensa – tanto descrente quanto fácil presa de tudo o que lê nos jornais e revistas. Se os olhos do leitor mostram-se atentos em relação à detecção de erros na informação e aos vieses ideológicos das notícias, por outro lado apresentam-se passivos diante do que talvez mais importe: as estratégias adotadas na trajetória de amoldamento do evento em notícia, da informação que chega por variadas vias ao jornalista e ao texto final que ele assina. Tal situação ganha dimensões mais flagrantes ainda quando se analisam produtos jornalísticos de um século atrás, ficando implícito, principalmente entre os historiadores, que a imprensa do início do século XX era bem menos dependente dos interesses e dos procedimentos editoriais do que aquela do tempo presente¹. Com isto, aflora uma situação na qual é possível se questionar se o jornalismo mais informa ou mais desinforma o público leitor (SERVA, 2000).

¹ Acompanhando o corrente na área da Comunicação, emprega-se, neste texto, o termo mídia como sinônimo de meio impresso, mesmo que os órgãos da imprensa invocados sejam datados de cem anos atrás. Entende-se perfeitamente que tal opção terminológica possa parecer extemporânea para a maior parte dos leitores.

O plano de desinformação que pode ser verificado em qualquer expressão dos meios de comunicação dá-se por uma série ampla de motivos, dentre eles as dificuldades do jornalista em apreender o evento registrado em sua totalidade, as opções ideológicas e os interesses econômicos, mas também algumas fórmulas de apelo imediato às emoções primárias incorporadas pela indústria cultural e já observadas por Eco (2001), tais como o sentimentalismo, o medo, a agressividade, o fetichismo e a curiosidade.

Para além disto, torna-se oportuna a síntese realizada por Antônio Fausto Neto (1999), um dos pesquisadores que têm se dedicado à análise dos “filtros” mobilizados pela mídia para apresentar à sociedade a Aids e seus tributários. Segundo este autor, algumas das estratégias de mediação adotadas pela imprensa são as seguintes:

1- As mídias estruturam e estruturam-se no espaço público; 2 - enquanto integrantes do espaço público, as mídias atuam nele através de competências próprias (...); 3 - o processo de visibilidade que as mídias dão às diferentes falas que o espaço público produz passa por um conjunto de “leis” e condições de produção internas ao mundo das tecnoculturas das próprias mídias; 4 - as experiências do cotidiano e das instituições são progressivamente mediatizadas por dispositivos midiáticos (...); 5 - essas operações realizadas a partir das interações entre campo das mídias e outros campos permitem, por essa atividade mediatizadora peculiar, a constituição do espaço público, suas formas de funcionamento, seus atores e processos discursivos (...); 6 - essa tarefa mediatizadora não se faz numa circunstância na qual as mídias se instituíram por uma passividade, como “corrente de transmissão”, como quer a sociologia positivista (FAUSTO NETO, 1999: 16-17).

É possível pensar que a experiência social com uma epidemia encontra-se inscrita nas páginas de uma imprensa que desfruta de autonomia suficiente para (re)apresentar os acontecimentos à sociedade que gerou tais acontecimentos segundo os termos próprios da mídia que, em maior ou menor grau, produz alterações no evento a ponto de criar uma nova “realidade”. Esta, por sua vez, ao ser disseminada no ambiente público, torna-se uma poderosa concorrente em relação às outras versões da realidade, a ponto de ensejar mudanças nas versões concorrentes. Ressalta-se ainda que, inserida em contextos históricos específicos, a proclamada margem de autonomia da imprensa sofre oscilações, invocando-se como exemplo a epidemia de meningite ocorrida na década de 1970. Alçada à condição de “segredo de Estado”, durante vários meses qualquer notícia sobre o fato foi severamente censurada, só tornando-se fato noticiável no momento em que os casos de infecção já haviam se tornado de conhecimento público abrangente (BARATA, 1988).

É neste plano de análise que se inscreve a experiência paulista com a gripe espanhola.

A gripe espanhola na imprensa: a autonomia momentânea

Desde o final do primeiro trimestre de 1918, quando a Europa ainda se encontrava em guerra, começaram a correr boatos de que uma epidemia estava causando mais vítimas fatais do que aquelas que caíam nos campos de batalhas. Este fato despertou poucas atenções no Brasil até que, em outubro daquele mesmo ano, ganhavam dimensões alarmantes notícias que, oriundas do Rio de Janeiro, versavam sobre os primeiros casos de infecção e de mortes causadas pelo vírus da *influenza*.

A capital paulista, que então se intitulava a cidade mais saudável do Brasil, festejando a si própria como sanitariamente superior a várias metrópoles europeias, teve sua imprensa imediatamente cindida. Os principais jornais da cidade se mostraram, de início, pouco propensos a informar sobre o que estava acontecendo na capital da República, fazendo eco às vozes oficiais que alegavam que a epidemia nunca invadiria o território estadual. Por outro lado, os jornais que contavam com menor tiragem, ávidos por aumentar suas vendas, empenhavam suas páginas de abertura para estampar manchetes as quais versavam sobre casos estupefacentes que estariam acontecendo no Rio e em algumas cidades litorâneas do Nordeste brasileiro².

Mais do que isto, os jornais de menor circulação favoreceram em primeiro lugar o afloramento dos medos da população. O jornal *O Combate*, por exemplo, desde a primeira semana de outubro, abria a manchete “A espanhola em S. Paulo” para, no corpo da matéria, informar de casos suspeitos de infecção e, logo em seguida, negar que a gripe houvesse chegado ao Estado. Detectados os primeiros casos gripais na cidade, no dia 13 de outubro, coube à imprensa “descobrir” e denunciar publicamente os “culpados” pela introdução do “germe da peste” na urbe bandeirante: a presença, na capital paulista, de uma equipe de futebol, o Flamengo, do Rio de Janeiro, constatação nunca admitida pelo Serviço Sanitário, mas que contribuiu sobremaneira para o verdadeiro horror que os paulistas nutriram pelos cariocas durante a quadra epidêmica.

Coube ainda à imprensa sensacionalista – da qual se destacavam *O Combate* e *A Capital* – alimentar a população com notícias alarmantes, tais como a de que um túnel do Rio de Janeiro fora “entupido” de cadáveres para não amedrontar ainda mais os sadios. Da mesma forma, informava-se também que, no Nordeste, estavam ocorrendo suicídios em massa daqueles que, atemorizados, não queriam esperar que a “dama espanhola” os levassem desse mundo.

No dia 15 de outubro, quando Artur Neiva, que então ocupava o cargo de diretor do Serviço Sanitário paulista, declarou o estado epidêmico em São Paulo, os principais jornais da cidade – especialmente *O Estado de S. Paulo*, o *Diário Popular* e *A Gazeta* – passaram a contribuir com as autoridades sanitárias, reproduzindo os

² Na pesquisa realizada, consultaram-se, particularmente, os seguintes jornais paulistanos: *A Capital*, *O Combate*, *Correio Paulistano*, *Diário Popular*, *O Estado de S. Paulo*, *Fanfulla*, *A Gazeta* e *A Platéia*.

boletins diários e os “conselhos ao povo” assinados por Neiva, e também abrindo amplos espaços para que os principais médicos instalados na Pauliceia informassem a população sobre a especificidade da doença, as possíveis drogas terapêuticas e as formas de inibir o contágio. Claro está que, em pouco tempo, a própria comunidade hipocrática mostrou-se em desacordo, proliferando o número de indicações terapêuticas a tal ponto que mais desnorteava do que orientava aqueles que se propusessem a seguir os conselhos médicos veiculados pela imprensa.

A continuidade e a ampliação dos estragos causados pela gripe espanhola atingiram inclusive a imprensa. Tal como outras atividades realizadas no espaço municipal, os jornalistas também pagaram com infecção e mortes a presença da peste, fazendo com que, um a um, os jornais fossem reduzindo seu número de páginas até que, abaixo de seus nomes, a maior parte deles acrescentasse a designação “Boletim especial da gripe”, explicando, desta forma, o exíguo número de páginas que, mesmo assim, eram quase que integralmente dedicadas a um único tema: a peste que assaltava despidoradamente a cidade.

No reino da morte pestífera, a imprensa foi paulatinamente fugindo ao domínio do poder político ao qual havia se acomodado praticamente desde suas origens (SOUZA, 2003: 30) para assumir uma surpreendente postura crítica em relação ao poder instituído. O jornal *O Estado de S. Paulo* comandou as vozes que cobravam de maneira insistente a presença na cidade dos políticos e de uma parte dos médicos que simplesmente haviam abandonado a capital nos primeiros dias da epidemia, sob a alegação de que estavam doentes ou que tinham que se retirar da cidade para tratar da saúde de seus familiares e empregados que viviam no interior do Estado. Dentre os fugitivos da peste, encontravam-se o Governador Altino Arantes, o Prefeito Washington Luís e praticamente toda a vereança da cidade.

No dia 28 de outubro, a sessão “Notas e informações”, que hoje pode ser avaliada como um editorial, buscava explicar o caos que tomava conta da cidade. Eis um trecho do longo documento:

A mortandade colossal do Rio não é uma consequência da gripe. É a consequência do desgoverno em que vivemos. É consequência da politicagem celerada que tudo emporcalha, tudo perverte, tudo desorganiza, tudo arruína, que leva o fermento da desordem a todos os recantos do mecanismo institucional, a todas as peças da engrenagem administrativa. É o fruto maldito de uma estabilidade social fundada sobre a empáfia e a incompetência dos dirigentes, sobre a corrupção e o suborno erigido em meios correntes de sucesso, sobre a adulação e a mentira cultivadas com jorros de dinheiro e larga distribuição de propinas e sinecuras, sobre o filhotismo e o compadresco, sobre a covardia cívica generalizada, sobre o esmagamento de todos os interesses comuns debaixo da coligação infame das voracidades mais

impudicas. Daí a imprevidência, a preguiça, o “deixa andar”. O “fica para depois”, a tremenda irresponsabilidade geral que dão nestes resultados terrificantes.

A *influenza* parecia abrir um espaço de verdade para o jornal, que não se intimidou, então, em declarar publicamente o que certamente já vinha sendo diagnosticado informalmente há muito tempo por uma boa parte da mídia paulistana.

No mesmo compasso, as cobranças também se estendiam aos expoentes da Medicina que, segundo o jornal, fugiram da cidade e do cumprimento do juramento hipocrático. Nenhum profissional da saúde foi mais criticado no último trimestre de 1918 que Artur Neiva, especialmente a partir dos últimos dias de outubro, quando o médico, desdizendo o que havia asseverado anteriormente, tomou a decisão de proclamar que nada poderia fazer para socorrer os paulistanos, enfermos ou sadios.

Pouco antes de ele próprio cair enfermo, no dia 8 de novembro, Neiva foi alvo de uma irada matéria publicada em *O Combate*, jornal que anteriormente o homenageara como “digno representante de Manguinhos na terra bandeirante”. Tal matéria, acintosamente intitulada “A verdade é que não temos Serviço Sanitário”, observou que:

Apesar de todos os reparos, diante das conseqüências dos erros, o discípulo amado de Oswaldo continua convencido de que a sua missão, à frente do nosso departamento de saúde pública, é curar os enfermos. Sua ação preventiva é nula. E por isso a “espanhola” se alastra e crescem as cifras do obituário, tudo pela desorientação do Dr. Artur Neiva, que se movimenta excessivamente, mas como um epilético.

No contexto do caos prometido pela epidemia, a imprensa deparou-se com a oportunidade de tecer as críticas que há muito calava, não poupando, sobretudo, os donos do poder. Até mesmo *O Estado de S. Paulo*, que sempre se manteve fiel aos ditames do Partido Republicano Paulista, buscou tirar a administração pública de um estado semilisérgico, assumindo a função que décadas mais tarde seria conhecida na mídia como *watchdog*, isto é, de polo fiscalizador da atuação oficial. Nesta tarefa, os jornais não só avaliaram as ações oficiais, mas também buscaram denunciar todos aqueles que procuravam aumentar seus lucros no momento de crise ou, pelo menos, não se mostravam solidários com os mais necessitados. Farmacêuticos, religiosos, padeiros, verdureiros, carvoeiros, coveiros e até mesmo policiais e médicos que fugiam aos seus compromissos passaram a ser denunciados publicamente, aconselhando-se à população evitar todos aqueles que buscavam auferir lucros impróprios durante a epidemia.

Mais do que nunca, a imprensa tornara-se vigilante da sociedade, denunciando também aqueles que assumiam comportamentos não afinados com o tempo de calamidade. Mesmo antes da intervenção do Serviço Sanitário, o *Diário Popular*, o *Correio Paulistano* e *A Gazeta* iniciaram uma campanha

visando ao fechamento dos bares e dos cassinos que continuavam repletos de fregueses, inclusive o Cassino Antártica, propriedade da fábrica de bebidas que gerava uma das principais rendas publicitárias no contexto da imprensa paulistana.

A imprensa e a salvação pública

As críticas à elite administrativa e médica estadual não amainavam os pesadelos que tomavam conta da cidade. Assim, paralelamente às críticas aos serviços de socorro em funcionamento e à cobrança de abertura de novas frentes de assistência aos doentes e amparo aos necessitados, a própria imprensa buscou criar polos de ajuda à população. Mesmo jornais que se apresentavam como ferrenhos adversários no campo ideológico, como o conservador *O Estado de S. Paulo* e o anarquista *Fanfulla*, associaram-se, formando a Comissão *Estado-Fanfulla*, que tinha como tarefa receber doações para os serviços filantrópicos que estavam sendo montados para atender aos flagelados da *influenza* e também orientar a população sobre vagas hospitalares e as farmácias que ainda se mantinham em funcionamento e com estoques disponíveis.

Além disso, quem consultar os exemplares dos jornais publicados durante a epidemia perceberá que se ampliavam diariamente os espaços reservados aos pronunciamentos sociais. Se, na primeira quinzena pestífera, os médicos ganhavam destaque ao pontificarem sobre as causas da doença e suas possíveis estratégias de prevenção e tratamento, com o avolumar dos óbitos gripais e a falência do Serviço Sanitário, praticamente todos que tinham algo a dizer sobre a epidemia ganharam espaço jornalístico.

A peste relativizou as tensões entre o agrupamento médico e os religiosos, ervateiros, curandeiros e benzedeiros que viviam na cidade. Todos receberam as devidas atenções pela imprensa, cada um deles ensinando algo sobre como se proteger da gripe, até mesmo simples “curiosos” que preconizavam o uso do alho e da cebola como protetor do aparelho respiratório até aqueles que pontificavam a queima de eucalipto em praça pública como estratégia de “purificação” do “ar corrompido”. A carta de um anônimo, que oferecia uma “receita segura” para a proteção contra a infecção, apesar de longa, foi reproduzida em vários jornais da cidade, deixando a entender que, para ele, a gripe de 1918 não era muito diferente de outros quadros gripais. O texto, publicado no dia 25 de outubro inclusive em *A Capital*, sob o título “A propósito da gripe”, em certo momento, preconizava o seguinte:

Há anos que eu não tenho em casa a gripe ou influenza, porque uso ou faço usar o alho ou cebola “crus” logo que percebo, ou perceba alguém da família ligeiramente constipado. Para adultos dois ou três dentes, grandes, de alho ou uma boa talhada de cebola, bem mastigada,

às refeições. Outrossim, tenho indicado o uso de tais medicamentos às pessoas de minhas relações gripadas, nas suas diversas manifestações e fases, exceto na intestinal, e todas têm ficado curadas com uma rapidez que causa admiração.

Para além das drogas e estratégias contra a gripe, a desorganização dos serviços públicos fez com que a sociedade passasse a recorrer às páginas dos jornais a fim de reclamar contra a administração pública e também pedir socorro para vizinhos e oferecer informações sobre o avanço da epidemia nos bairros mais distantes e que contavam com escassa atenção oficial.

Os jornais também passaram a receber um número inusitado de cartas, nas quais pessoas atemorizadas denunciavam paulistanos que estariam tendo comportamentos predisponentes à infecção e, portanto, ao alastramento ainda maior da gripe. Se a presença nos botequins era a atividade mais condenada, também um clube de bocha foi delatado como irresponsável por manter-se em atividade, promovendo jogos que se prolongavam até o período noturno. No último dia de outubro, uma carta enviada e publicada em vários jornais condenava os jogadores do Sport Clube Corinthians Paulista por continuarem a praticar o “jogo de bola”. Órfãos dos poderes públicos e de boa parte do apoio médico, os paulistanos recorreram à imprensa como instância mediadora de veiculação de suas queixas e temores, tarefa que já era tida como essencial pela maior parte da mídia no momento em que o Serviço Sanitário e a administração pública mostraram-se incapazes de coordenar as ações sociais.

Da mesma forma, os jornais também se prestaram para registrar angústias paulistanas. Poemas lamentosos produzidos por anônimos são encontrados lado a lado com textos assinados por representantes da elite intelectual bandeirante, os quais declaravam que, se a ciência era incapaz de explicar satisfatoriamente tudo o que estava acontecendo, o mesmo não se dava com a religião. Dentre tantas perorações neste sentido, destaca-se o longo artigo assinado pelo farmacêutico diplomado e futuro historiador de São Paulo, Nuto Sant’Anna. Em um texto publicado pelo *Correio Paulistano* no último dia de outubro e intitulado “O fim...”, o escritor pontificou:

Tudo isso é castigo. Já não há religião. Quando foi que se viu, como agora, tanta imoralidade?... Não veem logo que a pandemia, que aumenta em bagalhões de misérias e mortes, numa aversão fabulosa de tudo, mais não é do que um prenúncio bíblico? Das centenas de milhares de cadáveres, que, apodrecendo em pungitivo espetáculo, juncaram e juncam as terras malfadadas da Europa, herege e dissoluta, saiu, a invadir oceanos e continentes, esta doença, esse desespero, esta maldição?

Afirmando que tudo o que estava escrevendo era consoante à “voz do povo”, Sant’Anna acrescentou:

Indubitavelmente chegamos ao século dos séculos. Estamos no fim. As escrituras, nas suas profecias tão claras, lá rezam, inexoravelmente, que um dia, no vale de Josafá, a corneta dos arcanjos chamará os mortais para prestar as suas derradeiras contas. A hora aproxima-se, talvez. Aí estão os sinais – guerras medonhas, peste avassalante, a fome em várias partes. E geadas nunca vistas e nuvens de insetos daninhos tão vastas como as que assolaram o reino do Faraó – tudo isso é (sic) senão os prometidos prenúncios do Juízo Final? Falta apenas o sol e a luz se escurecerem, as estrelas caírem da imensidade. “Então o roncar tumultuoso do mar e das ondas causará em todo terra angústia e terror; definharão os homens de susto, e esperarão em geral consternação o que acontecera ao universo”. Será o fim. Nesse dia, ao troar unísono das trompas celestes, o Filho de Deus aparecerá na altura, para premiar e castigar.

O sensacionalismo trágico

Se a peste permitiu que a imprensa redefinisse suas relações com a sociedade, o ambiente povoado de tragédias em série permitiu o noticiamento de fatos dolorosos, alguns pungentes, outros praticamente escabrosos. Acredita-se que a veiculação de tais informações não tinha outra função do que a de estimular a venda de exemplares em um momento em que a maioria dos paulistanos evitava sair à rua, ampliando ainda mais as angústias e os medos coletivos.

Seria difícil catalogar o conjunto de matérias que seguiram essa diretriz desde que *influenza* chegou ao País. No último trimestre de 1918, todos os jornais se igualaram na busca pelo sensacional, explorando boatos sobre a pandemia, veiculados no Brasil e no estrangeiro. Um dos mais persistentes deles era que a epidemia estava sendo propositalmente disseminada pelos alemães nos “países inimigos”; o mencionado com maior frequência era que alguns dos comandados pelo *kaiser* deixavam-se infectar para, em seguida, contaminar os sadios. Perante a vaga de notícias que mesclavam fatos verificados e boatos, a partir de 24 de outubro *A Gazeta* passou a estampar diariamente entre suas manchetes a palavra de ordem “Isolemos S. Paulo!”, estigmatizando tudo que vinha de fora, desde pessoas e animais, até mercadorias e correspondências.

Nesse contexto, a imprensa passou a empregar a maior parte dos jornalistas que não tinham caído enfermos na busca de informes trágicos, assim como as cartas dos leitores que descreviam cenas tétricas ganharam destaque de primeira página. Em 23 de novembro, *O Combate* publicou a matéria intitulada “Cena comovente” na qual descreveu longa e minuciosamente uma família de imigrantes japoneses, residente nos confins do norte do município. Moradores em uma chácara, a vizinhança reparou no súbito desaparecimento da família e, por isso, chamou a polícia, que

chegou acompanhada de um repórter. Ao arrombarem a porta da mísera tapera onde os imigrantes viviam, os presentes se depararam com a seguinte cena:

Os dois japoneses haviam falecido e já se achavam em completa rigidez cadavérica sob as cobertas de um humilde leito. Debruçada sobre o cadáver da mãe, sugando ambos os seios e a choramingar, estava uma criança de oito meses. Assim que deparou com os estranhos, a pequenina órfã arregalou os olhos e voltou-se para os mesmos, soluçando comoventemente. Estava abatida pela fome de muitos dias.

Transpostas para os cortiços, as cenas se multiplicavam desoladoramente. Cadáveres que, por falta de caixão e transporte, deterioravam na mesa da sala, cenas de enlouquecimento e suicídio, roubos e violências de todo o tipo eram atribuídos à gripe, aos desalmados e, sobretudo, à inoperância da administração pública.

Nem mesmo médicos reputados e idolatrados pela própria imprensa passaram imunes pelas malhas do sensacionalismo. Em um desses casos, o Dr. Emílio Ribas e seu filho, também médico, foram acusados de declarar morto um gripado que tinha apenas desmaiado e que só acordou quando estava sendo velado por seus familiares. Notícias que versavam sobre “mortos-vivos” foram amplamente explorados pela mídia, sendo a mais famosa delas a protagonizada pelo pedreiro Eugenio Benzana. Tendo morta pela gripe sua esposa, Benzana embriagou-se, desfalecendo em via pública, sendo de lá retirado por um caminhão que coletava cadáveres abandonados. Transportado para o cemitério do Araçá, quando estava à beira de uma vala para ser sepultado, uma tempestade adiou o trabalho do coveiro e também fez com que Benzana recuperasse a consciência. O caso, que instruiu uma série de artigos iniciada no dia 30 de novembro pelo *A Capital*, teve como título “Defunto a muque! Um fugiu do Araçá”, ampliando ainda mais os medos paulistanos, situação que fez a revista *A Rolha*, de Oswald de Andrade, também dedicar várias de suas páginas à estória do “morto-vivo”.

Concorrendo com o episódio Benzana, outra situação intensamente explorada pelos jornais foi a vivenciada pela família Schonardt. Chegada há pouco mais de uma década da Alemanha, o clã instalou-se em um chalé na erma estrada de Santo Amaro, sendo que todos os integrantes do grupo – o casal e dois filhos – caíram enfermos. Ernst, o patriarca, foi internado no hospital provisório instalado no Clube Germânia e, já em estado de recuperação, recebeu alta. Em casa, a esposa e o filho começaram a perceber alguns traços novos no convalescente: seu corpo exalava intenso odor de enxofre e as moscas fugiam do recinto em que ele adentrava. Tais elementos fizeram-nos concluir que Ernst havia morrido e que Satanás havia tomado o corpo dele; em consequência, na última noite de novembro, mãe e filho surpreenderam o velho dormindo e, aproveitando o momento, introduziram oito colheres e uma pedra de lima em sua boca, matando-o por sufocamento. Após o assassinato, a insólita missão foi contemplada com a decapitação

do cadáver. Para os sobreviventes, as forças do bem haviam uma vez mais vencido o Príncipe das Trevas e, em glória do acontecimento, mãe e filho preencheram o resto da noite com a entoação de cânticos religiosos. Os jornais *O Estado de S. Paulo*, *A Gazeta* e *O Combate* dos primeiros dias de dezembro apresentaram o caso sob luzes altamente sensacionalistas, ambos estampando a mesma manchete: “Loucura religiosa”, concorrendo entre si na apresentação de minúcias escabrosas sobre o acontecido.

Quando não havia notícias impactantes como estas para preencher as páginas dos jornais, buscava-se “produzir” ou, pelo menos, sugerir informações alarmantes. Foram frequentes os casos em que a imprensa, por vários dias, questionava o que havia acontecido em uma moradia que se mantinha fechada e sem aparente movimento em seu interior para, alguns dias depois, informar que os moradores da residência haviam simplesmente fugido para os municípios próximos da capital.

Muitas notícias, mesmo as enviadas pelos próprios leitores, sugeriam que existia um grande segredo que não podia ser revelado ao público. No dia 23 de outubro, *O Estado de S. Paulo* alertava a população que “era preciso fugir ao terror” que “tanta gente leviana inconsideradamente espalha”; apesar disso, na mesma semana, o jornal da família Mesquita entrevistou o médico Rubião Meira, que alertava para o fato da necessidade de censurar as matérias da imprensa para não alertar a população e, antes disso, no dia 18, o mesmo jornal estampou um artigo assinado por outro clínico proeminente, Desidério Stapler, que propunha uma série de medidas de caráter profilático contra a gripe, anunciando uma dessas medidas de modo enigmático: “a última providência, importantíssima, infelizmente não a posso publicar, pois divulgá-la seria anulá-la”. *O Combate*, por sua vez, no dia 4 de dezembro, criava novos motivos de sustos, alegando que o Serviço Sanitário estava oferecendo números errados de mortos gripais, propositalmente “engolindo cadáveres”, para evitar críticas sobre sua atuação.

Os anúncios na época da epidemia

Um último tópico a ser observado constitui-se no enquadramento da imprensa que arrecadava parte de seu sustento com a venda de espaços publicitários em um momento de quase paralisação das atividades econômicas e comerciais da cidade de São Paulo. A necessidade de lucro, mesmo em contexto de crise, certamente coagiu os jornais a reverem a prioridade de seus anunciantes, e assim a imprensa contou com um número significativo de anúncios tematizados pela crise sanitária³.

Sob o subterfúgio de estarem contribuindo para a defesa da sociedade, todos os jornais analisados inseriram em suas páginas anúncios que colocavam produtos à venda como preventivo ou curativo gripal, certamente criando falsas esperanças em uma população susceptível a qualquer mensagem que garantisse colocá-la a salvo da *influenza*. Mesmo antes que a “espanhola” se instalasse na

³ Este assunto foi explorado mais detalhadamente em Bertolli Filho (1984).

cidade, algumas propagandas foram adaptadas para o momento da peste, tal como a do Filtro Fiel, tradicional anunciante da imprensa paulista que, já em 20 de outubro, após invocar a *influenza*, afirmava que quem o adquirisse ficaria “completamente imunizado contra as doenças infecciosas que atacam o organismo presentemente”. No rastro do Filtro Fiel, médicos anunciavam que o Extrato Tonsillar, preparado pelo Instituto Butantan e vendido nas farmácias, constituía-se no único preventivo para a gripe, assim como a Casa Edison e o Bazar Columbia informavam que a melhor medida contra a “*influenza* espanhola” era o uso do seu “completo arsenal” de papel cata-mosca, ratoeiras e venenos contra insetos. As destilarias, por sua vez, anunciavam suas aguardentes como preventivos, e até mesmo horticultores anunciaram o consumo de limões como curativo e preventivo gripal, ideia que logo foi imitada pela Sociedade de Produtos Químicos L.A. Queiroz, que vendia por 300 réis uma dúzia de pacotes com 25 gramas de cristais de limão.

Com o correr dos dias e o aumento de casos gripais, praticamente todas as propagandas buscavam-se articular com a crise sanitária. Os cigarros Sudan diziam ser úteis para combater o medo e vendiam-se terrenos em bairros distantes do centro da cidade sob o subterfúgio de que, naquelas regiões, “a gripe não chegaria”. Outros anúncios pontificam que, tomando o licor Van Swieten, seu consumidor não deveria “temer a gripe do vizinho”, assim como quem tomava um comprimido de Maleitosan ficava imune à gripe epidêmica. Da mesma forma que muitos médicos que propagandeavam terapêuticas secretas contra o ataque viral, uma certa Mme. Virgínia anunciou que curava os gripados a domicílio, e “em poucos minutos”, empregando “exclusivamente” o “Farador”, e alguns centros espíritas vendiam água fluídica como substância curadora dos infectados.

Para os convalescentes da gripe, muito mais era oferecido, inclusive cursos de inglês e de datilografia por correspondência, redes cearenses para o descanso dos depauperados, vassouras para expulsar do ambiente doméstico as “poeiras responsáveis pela presente epidemia”. A Companhia Antarctica oferecia sua Malzbier como tônico recuperador dos enfraquecidos, o mesmo procedimento adotado pelo Leite Condensado Mococa e os Chocolates Lacta. O Mappin Store, acompanhando a tendência, também passou a vender seus produtos domiciliarmente, informando que tais mercadorias eram desinfetadas e deixadas na porta do domicílio de seus clientes, sem a necessidade de comprador e vendedor entrarem em contato; finda a epidemia, a mesma empresa comprou, por vários dias de dezembro, meia página de todos os jornais da cidade para convocar seus clientes a voltarem a se encontrar no seu “5 o’clock tea” para juntos celebrarem o fim da guerra europeia, o declínio epidêmico e a proximidade do Natal e de um Ano Novo no qual todos os horrores de 1918 seriam esquecidos. Finalmente, para aqueles que não resistiram ao assalto epidêmico, as Camisarias Dragão ofereciam roupas “ajustáveis em poucos minutos” a todas as vítimas fatais da *influenza*.

A influenza produziu seus lucros, inclusive para a imprensa.

Considerações finais

Os jornais paulistanos analisados, a exemplo de toda a imprensa nacional e internacional, atuaram de forma ambígua durante a epidemia gripal. Por um lado, serviram como vital polo de informação e organização da sociedade, criticando os poderes públicos e instruindo os comportamentos citadinos ameaçados pela iminência do contágio e da morte; por outro, em busca do espetacular, do sensacionalismo e do lucro, contaram histórias terríficas sobre o que acontecia na cidade, o que certamente acirrou o desespero individual e coletivo.

Tanto em uma tarefa como na outra, a imprensa produziu e consagrou uma versão específica da epidemia. Os fatos ocorridos na cidade pestífera esgotaram-se neles próprios, sobrevivendo na memória contemporânea o que foi contado nos jornais; histórias redigidas segundo o modelo literário da tragédia, e que se encontram à disposição dos pesquisadores acadêmicos e dos “curiosos” que se aventuram a folhear os velhos jornais.

Neste sentido, mesmo se levando em consideração os trabalhos de todos aqueles que, no plano acadêmico, tentam entender os fatos sanitários ocorridos no tempo pretérito mediante o uso de recursos científicos comprometidos com a objetividade, insiste-se que as fontes jornalísticas, de regra, ainda são utilizadas sem as devidas cautelas, resultando no suposto que as matérias da imprensa produzidas no início do século passado mostram-se mais como um “espelho” daquilo que realmente aconteceu do que uma construção textual. Nesse curso, acredita-se que a interface entre a História, as Ciências Sociais e a Comunicação permita superar alguns dos riscos apontados neste artigo, favorecendo o necessário diálogo interdisciplinar.

Referências

- ABRÃO, Janete S. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*. Porto Alegre: Edipucrs, 1998.
- BARATA, Rita de Cássia B. *Meningite: doença sob censura*. São Paulo: Cortez, 1988.
- BARRY, John M. *Great influenza: the epic story of the deadliest plague in history*. New York: Penguin, 2004.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- _____. Anunciando a gripe. In: III REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA HISTÓRIA – SBPH. *Anais...* São Paulo: SBPH, 1984. p. 167-173.
- BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma*. Campinas: Unicamp, 2004.

CARPENTIER, Elisabeth. Autour de la peste noire: famines et épidémies dans l'histoire du XIVe. siècle. *Annales: Économies, Sociétés, Civilisations*, v. 17, n. 6, p. 1.062-1.092, Paris, novembre/décembre, 1962b.

_____. *Une ville devant la peste: Orvieto et la peste noire de 1348*. Paris: EVPEN, 1962a.

CROSBY, Alfred W. *America's forgotten pandemic: the influenza of 1918*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

ECO, Umberto. *Apocalípticos e integrados*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

FAUSTO NETO, Antonio. *Comunicação & mídia impressa: estudo sobre a Aids*. São Paulo: Hacker, 1999.

FERREIRA, Renata B. *Epidemia e drama: a gripe espanhola em Pelotas – 1918*. Rio Grande: Furg, 2001.

GOULART, Adriana da C. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* v. 12, n. 1, p. 101-142, Rio de Janeiro, janeiro/abril, 2005.

KOLATA, Gina B. *Flu: the story of the great influenza pandemic of 1918 and the search for the virus that caused it*. New York: Touchstone Books, 2001.

MATELART, Armand. *Comunicação-mundo: história das ideias e das estratégias*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

RODRIGUES, Adriano D. *Comunicação e cultura: a experiência cultural na era da informação*. 2. ed. Lisboa: Presença, 1999.

SALES, José Roberto. *A gripe espanhola em Varginha (MG) – 1918: memória de uma tragédia*. Varginha: Sul Mineira, 2004.

SCHUDSON, Michael. *The power of news*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

SERVA, Leão. *Jornalismo e desinformação*. São Paulo: Senac, 2001.

SOUSA, Jorge Pedro. *As notícias e seus efeitos: as “teorias” do jornalismo e dos efeitos sociais dos media jornalísticos*. Lisboa: Universidade Fernando Pessoa, 1999.

SOUZA, Christiane Maria C. de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: a cidade de becos e cortiços. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 12, n. 1, p. 71-99, Rio de Janeiro, janeiro/abril, 2005.

SOUZA, José Inácio de M. *O Estado contra os meios de comunicação (1889-1945)*. São Paulo: Anablume/Fapesp, 2003.

WOLF, Mauro. *Teorias da comunicação*. 6. ed. Lisboa: Presença, 2001.

Gênero e o médico ideal: mudando os conceitos de bom médico no fim do século XIX nos Estados Unidos

Regina Morantz-Sanchez

Por mais de uma década, estudiosos do sexo feminino têm analisado a noção trivial de que as mulheres têm mais empatia que os homens. Notaram que o trabalho de atendimento é desempenhado principalmente por mulheres, e se perguntam por que tem sido assim¹. O que pode o historiador oferecer a estas considerações? Em particular, encontramos algo nos registros históricos que nos falem sobre o desenvolvimento de um conceito de habilidade empática na Medicina? Ao responder a estas perguntas na afirmativa, pretendo destacar aspectos das carreiras de duas médicas muito diferentes que alcançaram reconhecimento público no final do século XIX. Uma delas, Elizabeth Blackwell, fundou o movimento médico feminino nos Estados Unidos e na Inglaterra, e passou boa parte de sua vida formulando e disseminando suas ideias sobre o papel da médica na sociedade. A outra, Mary Dixon Jones, foi uma cirurgiã ginecologista pioneira que praticava no Brooklin, Nova Iorque, e é a única mulher que conheço que teve acesso ao pequeno grupo de médicos de elite transnacional, tentando moldar os rumos da cirurgia ginecológica.

As duas mulheres não se conheceram. Se tivessem se encontrado, duvido que conseguissem passar mais que cinco minutos na mesma sala sem chegar aos ataques verbais. Enquanto Blackwell refletia profundamente sobre as implicações das mudanças na Medicina que vinham ocorrendo em virtude da revolução bacteriológica, preocupando-se não apenas com o papel das mulheres, mas com o futuro do atendimento aos pacientes de um modo mais geral, Dixon Jones acolheu tais mudanças com sincero entusiasmo; ela não queria mais nada senão participar integralmente dessas transformações².

¹ Ver GILLIGAN, Carol. *In a different voice*; psychological theory and women's development. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982. Ver também NODDINGS, Nel. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press, 1984; e os ensaios em FINCH, Janet & GROVES, Dulcie. (eds.). *A labour of love*; women, work, and caring. London: Routledge & Kegan Paul, 1983, para uma amostra desta literatura.

² Minha perspectiva sobre Elizabeth Blackwell e informações sobre sua carreira podem ser encontradas em MORANTZ-SANCHEZ, Regina. *Feminist theory and historical practice: rereading Elizabeth Blackwell*. *History and Theory*, Beheft, v. 31, p. 51-69, December, 1992; *Feminism, professionalism and*

Neste ensaio, desejo explorar o papel do século XIX dentro da prática médica que hoje chamamos “empatia” – a sensibilidade aos sentimentos do outro. Desejo investigar os caminhos pelos quais diferentes representações de gênero moldaram vários entendimentos deste termo – que os vitorianos frequentemente substituíam pela palavra “simpatia”. Para tanto, localizarei meus sujeitos dentro de seus vários espaços sociais e redes de comunicação – todos os quais alteraram suas noções de profissionalismo e as obrigações dos médicos para com seus pacientes.

Aos 28 anos, Elizabeth Blackwell completou sua formação médica nos Estados Unidos, em meados do século, quando o papel do médico era moldado por um sistema tradicional de crenças e comportamentos que ainda explicava a doença não como uma aflição de determinada parte do corpo, mas como uma condição que afetava todo o organismo em relação ao seu ambiente. A terapêutica estava voltada a tratar o paciente na sua totalidade. Ministrada aos doentes em suas próprias casas, mesmo o contexto social de cuidado enfatizava a sacralidade dos laços pessoais dos médicos com seus pacientes e a relevância do histórico familiar nas avaliações clínicas³.

Este sistema era rotulado de “científico”, mas Blackwell e seus contemporâneos compreendiam a palavra “ciência” de modo diferente de como a compreendemos hoje. Poucos médicos ignorariam a importância de fatores intuitivos ou subjetivos em diagnósticos e tratamentos de sucesso. Colega de Blackwell no Woman’s Medical College da Pensilvânia, o Professor Henry Hartshorne observou em um discurso de formatura: “Nem sempre é o médico mais lógico que tem êxito junto ao leito, mas frequentemente o mais perspicaz. A medicina de fato é uma ciência, mas sua prática é uma arte. Quem traz um olho rápido, um ouvido receptivo (...) um temperamento simpático e caloroso (...) pode usar a erudição de laboriosos acumuladores (...) melhor do que eles próprios”⁴.

A comunidade profissional de Blackwell consistia principalmente de médicos e reformadores sociais que sustentavam haver um componente social, político e moral na doença. O bom médico tratava não apenas da saúde do corpo, mas da

germs: a study of the thought of Mary Putnam Jacobi and Elizabeth Blackwell. *American Quarterly*, v. 34, p. 459-478, Winter, 1982; e *Sympathy & science*; women physicians in American medicine. Reimpresso com novo prefácio. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2000. p. 184-202, *passim*. Outras informações sobre a carreira de Dixon Jones, ver MORANTZ-SANCHEZ, Regina. *Conduct unbecoming a woman*; medicine on trial in turn-of-the-century Brooklyn. New York: Oxford University Press, 1999.

³ Sobre terapia em meados do século, ver ROSENBERG, Charles. The therapeutic revolution: medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America. In: VOGEL, Morris J. & ROSENBERG, Charles E. (eds). *The therapeutic revolution: essays on the social history of American medicine*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1979. p. 3-25, 10-11.

⁴ HARTSHORNE, Henry. M.D. *Valedictory address*. Philadelphia, Woman’s Medical College of Pennsylvania, 1872. p. 1-23, esp. 6-7.

saúde do corpo político. Quando os avanços na fisiologia parisiense, durante o primeiro terço de século, desacreditaram muito da heroica terapêutica tradicional, muitos médicos reagiram, enfatizando a importância da medicina preventiva. Muitos viam a administração higiênica como o melhor meio de promover a medicina clínica e Blackwell se incluía entre os que defendiam a prevenção pública como forma de fugir ao ceticismo e obscurantismo da prática médica de meados do século XIX⁵.

Para muitos médicos jovens, as dramáticas descobertas bacteriológicas das últimas décadas do século XIX conduziram a um novo paradigma de ciência experimental. Os pesquisadores não apenas tinham isolado a bactéria patogênica de inúmeras doenças epidêmicas, mas ofereciam uma nova ideologia de ciência na Medicina, que consistia na aceitação da teoria do germe, no isolamento e identificação de doenças específicas, no aumento da especialização dentro da prática médica e na crescente disposição em recorrer às evidências produzidas no laboratório. Enquanto médicos mais velhos continuavam a enfatizar a importância da observação clínica e a inevitabilidade de diferenças individuais no tratamento, entusiastas do laboratório argumentavam que os princípios químicos e fisiológicos advindos da experimentação deveriam determinar a terapêutica. As idiossincrasias dos pacientes e as diferenças ambientais foram gradualmente despidas de sua importância, enquanto critérios de tratamento reducionistas e universalistas tomaram seu lugar. O terapeuta experimental concentrava-se menos no paciente e mais no processo fisiológico sob investigação. O resultado, sugeriu o historiador John Harley Warner, foi uma concorrência de definições do que constituía ciência na Medicina e “uma radical reorganização das relações entre prática terapêutica, conhecimento e identidade profissional”⁶.

Blackwell não partilhava das elevadas esperanças que acompanhavam as novas descobertas no laboratório e permaneceu desconfiada de sua utilidade. Outros em sua comunidade profissional também rejeitavam o novo materialismo médico, agarrando-se a abordagens tradicionais, individualizadas e antirreducionistas no atendimento aos pacientes. Mas o que é especialmente intrigante na crítica de Blackwell é que seus argumentos aproximavam-se da linguagem da domesticidade. Além disso, suas ideias sobre a Medicina eram profundamente influenciadas por suas concepções de gênero. Seus escritos sobre o bom médico estruturaram um discurso sobre gênero que privilegiava a habilidade empática sobre a nova ciência do laboratório e associava a primeira às mulheres e a segunda aos homens.

⁵ Ver WARNER, John H. *The therapeutic perspective; medical practice, knowledge, and identity in America, 1820-1885*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1986. p. 235-243, 258.

⁶ *Idem, ibidem*, p. 258; MAULITZ, Russel. “Physician versus bacteriologist: the ideology of science in clinical medicine”. In: VOGEL, Morris J. & ROSENBERG, Charles E. (eds.). *The therapeutic revolution*. p. 91-107.

No centro da ideologia da domesticidade no século XIX, estava o conceito de mãe moral. Esperava-se que as qualidades femininas do cuidado, simpatia e moralidade fluíssem naturalmente da experiência de maternidade. Como a família era romantizada, as mulheres eram cada vez mais colocadas em seu centro moral e espiritual, sendo-lhes atribuído um lugar fundamental na preservação dos valores que deveriam determinar não apenas a vida familiar, mas as instituições sociais da sociedade mais ampla. Além disso, como Mary Poovey argumentou em sua obra, o elevado *status* moral das mulheres era integralmente associado à sua disposição em se sacrificar pelos outros. “Somente abandonando todo interesse próprio e ‘vivendo para os outros’”, observou a teórica legal Joan Williams, “poderiam as mulheres alcançar a pureza que lhes permitia estabelecer pontos de referência moral para suas famílias e a sociedade mais ampla”⁷.

Elizabeth Blackwell acreditava que a maternidade, muito semelhante à prática da própria Medicina, era uma “especialidade extraordinária”, por causa dos “princípios espirituais” que sustentam as tarefas diárias executadas pela maioria das mães. A estas ela chamava de “a força espiritual da maternidade”, e determinavam tanto suas noções de responsabilidade moral quanto suas formulações do que constituía a boa ciência. As percepções e os comportamentos derivados da prática social da maternidade não podiam ser avaliados ou reproduzidos no laboratório. Não só os médicos, mas toda a humanidade deveria aprender a se beneficiar de seu poder. A noção de maternidade de Blackwell tinha muito em comum com a ideia de generatividade de Erik Erikson, que ele definia como uma preocupação em garantir o desenvolvimento moral e fisiológico saudável das próximas gerações. Vários anos atrás, em uma releitura crítica dos escritos médicos de Blackwell, argumentei que ela, como algumas teóricas feministas do fim do século XX, tinha desenvolvido uma crítica da objetividade radical e do reducionismo científico que tem muito em comum com o modo de pensar entre filósofas feministas contemporâneas⁸.

Para Blackwell, os caçadores de micróbios apresentavam três perigos fundamentais à Medicina, do modo como ela o compreendia. Primeiro, sua concepção de etiologia da doença era reducionista demais. A ciência não deveria ser forçada a entrar nos estreitos confins do modelo determinista da bacteriologia, que ela caracterizava como um “acúmulo de fatos isolados”, “arrancados de suas relações naturais (...) de afeto, companheirismo, simpatia, justiça”. Segundo, ela

⁷ Ver WILLIAMS, Joan C. Domesticity as the dangerous supplement of liberalism. *Journal of Women's History*, v. 2, p. 69-288, 71, Winter, 1991; Ver também POOVEY, Mary. *Uneven developments: the ideological work of gender in mid-victorian England*. Chicago: University of Chicago Press, 1988. p. 1-23; *Making a social body: British cultural formation, 1830-1864*. Chicago: University of Chicago Press, 1995. p. 1-16.

⁸ Ver ERIKSON, Erik. *Childhood and society*. New York: W. W. Norton and Co., 1950. p. 267; “Feminist theory and historical practice: rereading Elizabeth Blackwell”, *op. cit.*; e RUDDICK, Sara. Maternal thinking. *Feminist Studies*, v. 6, p. 342-357, Summer, 1980.

acreditava que a prática da vivissecção, uma ferramenta experimental essencial à fisiologia laboratorial, produzia um perigoso desinteresse que insensibilizaria os estudantes de Medicina e os endureceria a uma “simpatia inteligente para com o sofrimento”, que ela acreditava ser uma qualidade fundamental do bom médico. A pesquisa de laboratório também estimulava o interesse pela prática da cirurgia ginecológica, que ela deplorava por tornar as mulheres incapazes de ter filhos.

Finalmente, Blackwell temia que a preocupação com o laboratório afastasse a profissão de uma ênfase no atendimento clínico, o que ameaçaria seriamente a relação médico-paciente. Adotando a pesquisa centrada no paciente, ela acreditava que as habilidades de um médico, aguçadas por meio da observação clínica junto ao leito, e a contínua manutenção do que ela chamava de “caráter” eram mais importantes que longas horas no laboratório. O “verdadeiro” médico tinha duas obrigações principais: curar a doença e aliviar o sofrimento, o que era mais bem alcançado por meio da empatia, ou do que a maioria dos vitorianos chamava de “simpatia”⁹.

Não precisamos invocar a etimologia da palavra “empatia” ou consultar suas complexas definições contemporâneas para compreender que a noção de habilidade empática de Blackwell era essencial ao seu conceito de profissionalismo médico. Ao moldar o relacionamento médico-paciente a partir da interação entre mãe e criança, ela estava concebendo claramente tal comportamento, embora tivesse o cuidado de afirmar que isto era algo que os homens poderiam desenvolver. Mas ela foi ainda mais longe em sua elaboração dos dualismos de gênero quando rotulou a nova ciência de laboratório de “masculina”. Na realidade, ela culpava o “intelecto masculino” pela bacteriologia, e advertia suas alunas contra a tirania da autoridade masculina na Medicina. “O que se pede não é a imitação cega dos homens, nem uma aceitação irrefletida do que quer que eles possam ensinar”, escreveu. Ela lamentava que as alunas ainda estivessem “acostumadas demais a aceitar a autoridade e o ensino de homens como decisivos, e mal lhes ocorre questioná-los. Os métodos e conclusões formados somente por metade da raça”, advertia ela, “necessariamente exigem revisão quando a outra metade da humanidade atinge a responsabilidade consciente”¹⁰.

A crítica de Blackwell à bacteriologia por meio da invocação de símbolos de gênero culturalmente disponíveis representou uma contestação da mudança das relações de poder na Medicina. Esta associação do comportamento empático com a feminilidade era algo relativamente novo. Quando recordamos os

⁹ BLACKWELL, Elizabeth. The influence of women in the profession of medicine. In: BLACKWELL, Elizabeth. *Essays in medical sociology*. 2 v. (1902; reimpresso em Nova Iorque, Arno Press, 1972), p. 1-32, 9-10.

¹⁰ BLACKWELL, Elizabeth. Scientific method in biology. In: BLACKWELL, Elizabeth. *Essays in medical sociology*. p. 87-150, 126-130.

comentários de Henry Hartshorne, citados anteriormente, lembramos que o conceito tradicional de comportamento profissional – partilhado tanto por médicos do sexo masculino quanto do feminino mais no princípio do século – reservava lugar à intuição e simpatia, enfatizando a capacidade terapêutica dos aspectos moral e social. Valendo-se de aspectos desta tradição mais antiga, Blackwell reformulou-a, valorizando certos tipos de comportamento clínico e associando-os às mulheres. O que fica implícito, mas não é afirmado diretamente, é que a objetividade e o desprendimento profissionais – qualidades intensamente identificadas com a nova versão da Medicina científica – são inerentemente masculinos. De maneira irônica, embora a intenção de Blackwell fosse levantar uma crítica às mudanças na Medicina, definindo como feminino um tipo particular de comportamento profissional, isso talvez tenha causado um efeito exatamente oposto ao que ela pretendia, porque associou a preocupação interpessoal a um grupo social subordinado dentro da Medicina¹¹.

Seria difícil encontrar uma médica para quem as rumações de Blackwell sobre a prática médica tivessem menos ressonância do que a Dra. Mary Dixon Jones. Formada pelo Woman's Medical College of Pennsylvania em 1873, aos 45 anos, e somente sete anos mais nova do que Blackwell, o caminho profissional indireto trilhado por Dixon Jones era comum às médicas daquela primeira geração. Ela começou como professora, lecionou fisiologia em vários seminários femininos, e estudou Medicina com uma renomada médica de Maryland. Na década de 1860, ela recebeu um título médico sectário de uma faculdade de hidropatia em Nova Iorque. Mas, assim como muitas médicas, durante aqueles primeiros anos, que frequentavam instituições partidárias porque nenhuma escola de Medicina as aceitava, Jones sentiu que sua formação era inadequada e aprofundou seus estudos de Medicina mais tarde em sua carreira, desta vez em uma escola ortodoxa. Ela passou três anos matriculada na Woman's Medical College, revelando interesse

¹¹ BLACKWELL, Elizabeth. The influence of women in the profession of medicine, p. 13; BLACKWELL, Erroneous method in medical education. In: *Essays in medical sociology*. p. 3-46, 10-12. Blackwell apoiava fortemente os *caseworks* clínicos, as análises *post-mortem*, a patologia macroscópica, a química patológica, a anatomia microscópica e outros tipos de investigações centradas no paciente. Ver sua obra *Scientific method in biology*. In: *Essays in medical sociology*, p. 105. Sandra Holton explorou não apenas os pensamentos de Blackwell a este respeito, mas os de outros médicos britânicos. Ver HOLTON, Sandra Stanley. "Christian physiology: science, religion, and morality in the medicine of Elizabeth Blackwell", ensaio apresentado na filial Costa do Pacífico no encontro anual da Associação Histórica Americana, no Havaí, em agosto de 1991, e HOLTON, Sandra. State pandering, medical policing and prostitution: the controversy with the medical profession concerning the contagious diseases legislation, 1864-1886. *Research in Law, deviance, and social control*, v. 9, p. 149-170, 1988. Como demonstraram Londa Schiebinger e outros, o engendramento de certas formas de pensamento cognitivo vinha ocorrendo no discurso científico desde os anos de 1700. Ver SCHIEBINGER, Londa. *The mind has no sex? Women in the origins of modern science*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1989.

particular pela microscopia, patologia e cirurgia. Ao se formar, em 1873, passou três meses em Nova Iorque, sob a supervisão da Dra. Mary Putnam Jacobi, formada em Paris, e talvez a médica mais respeitada na América. Falarei mais sobre Jacobi no final deste artigo. Durante este período, Dixon Jones entrou em contato com a nova ciência da bacteriologia e demonstrou interesse nos desenvolvimentos da cirurgia ginecológica, à qual Blackwell opunha-se ativamente¹².

O rápido desenvolvimento da cirurgia ginecológica nas décadas de 1880 e 1890 era um subproduto da nova ciência experimental. O uso gradual da anestesia e a adaptação de Lister da teoria do germe no desenvolvimento dos princípios da antissepsia tinham garantido a invasão relativamente segura do corpo em uma variedade de enfermidades até aquele momento incuráveis. De longe, a maior parte das operações abdominais entre 1860 e 1890 foi feita em mulheres¹³.

Observando atentamente estes desenvolvimentos, Dixon Jones fundou seu próprio hospital, o Hospital de Mulheres do Brooklin, em 1884. Sendo mulher, naturalmente, seu interesse pela cirurgia não poderia ser perseguido com muito sucesso em nenhum dos hospitais existentes, porque somente os poucos associados a uma escola de medicina da mulher contratavam assistentes do sexo feminino. Semelhante a futuras especialistas em cirurgia ginecológica nos Estados Unidos e no exterior, seu relacionamento com um hospital de especialidades era crucial para sua carreira profissional. O crescimento dos hospitais de especialidades foi um capítulo importante no desenvolvimento da ginecologia neste período, porque eles representavam um meio para que médicos ambiciosos se destacassem no campo de sua escolha. Em particular, os hospitais de especialidades ofereciam uma grande população de pacientes. Como observou o Dr. Charles Routh, membro fundador da Sociedade Britânica de Ginecologia, “Nenhum homem poderia chegar a qualquer conclusão positiva acerca de um tratamento de doenças especiais até que tivesse tido muitos exemplos”. A profissão, de um modo geral, ainda era cética quanto à especialização, mas os proponentes justificavam seu trabalho aclamando o processo da divisão do trabalho na Medicina¹⁴.

Com seu hospital estabelecido, Dixon Jones correu atrás de sua especialização e assumiu a tarefa de construir meticulosamente uma identidade profissional

¹² Sobre a carreira de Dixon Jones, ver: MORANTZ-SANCHEZ, Regina. Entering male professional terrain: Dr. Mary Dixon Jones & the emergence of gynecological surgery in the late nineteenth-century United States. *Gender & History*, v. 7, p. 201-221, August, 1995. Ver também ALSOP, Gulielma Fell. *History of the Woman's Medical College of Pennsylvania*. Philadelphia: Lippincott, 1950; e PEITZMAN, Steven J. M.D., *Women's Medical College and Medical College of Pennsylvania, 1850-1998*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2000.

¹³ Ver MOSCUCCI, Ornella, *The science of woman*. New York: Cambridge University Press, 1990; MCGREGOR, Deborah Kuhn. *Sexual surgery and the origins of gynecology: J. Marion Sims, his hospital, and his patients*. New York: Garland Publishing, 1989.

¹⁴ Citado em MOSCUCCI, *The science of woman*, p. 101.

dentro da cirurgia ginecológica e da patologia cirúrgica. Ela era uma agressiva promotora de si mesma e movia-se instintivamente para contrabalançar as barreiras óbvias aos avanços que se apresentavam a uma ambiciosa cirurgiã. Na primavera de 1884, ela fez sua primeira operação, removendo um ovário enfermo e seus apêndices de uma mulher diagnosticada com um caso clássico de “histeroepilepsia causada por irritação reflexa”. Quatro casos de ovariectomia se seguiram no ano seguinte, e sete no outro. Em 1886, ela viajou para a Europa, estudando e fazendo-se conhecer por meio de visitas às clínicas de alguns dos mais renomados cirurgiões, incluindo Lawson Tait, Theodore Billoth, August Martin, Carl Schroeder e Jules Pean. Ao retornar, fez outras 36 ovariectomias, e a ela foi creditada a primeira histerectomia total por tumores fibroides já tentada nos Estados Unidos¹⁵.

Acompanhando suas realizações cirúrgicas, Dixon Jones continuava interessada em patologia, estudando cuidadosamente ao microscópio tumores e tecidos removidos dos corpos de suas pacientes. Ela desenvolveu relações próximas com o Dr. Carl Heitzman, um imigrante húngaro conhecido como hábil microscopista e especialista em doenças de pele. Ele a ajudou a preparar lâminas e amostras, e ela realizou boa parte de seu trabalho científico sob a sua orientação. Ela se tornou membro da Sociedade de Patologia de Nova Iorque e apresentava amostras, frequentemente, para discussão. No início de 1884, começou a publicar descobertas patológicas e relatórios de casos clínicos em jornais de destaque, como o *American Journal of Obstetrics*, o *Medical Record*, e o *British Gynaecological Journal*¹⁶. Ela usava com êxito seus artigos médicos para criar a sensação, entre seus leitores, de que ela fazia parte de um grupo relativamente pequeno de ginecologistas de elite nos Estados Unidos e na Europa. Seus artigos mencionavam relações, diálogos e consultas a cirurgiões de elite de Nova Iorque, Boston e Filadélfia, e demonstravam familiaridade com a obra da maioria dos ovariectomistas conhecidos que publicavam nos principais jornais. Seus textos eram caracterizados pela incessante menção de nomes importantes e referências a publicações anteriores suas, tudo isso chamando a atenção sobre si mesma como uma virtuose técnica na sala de operação e alguém que abraçava e compreendia a nova ciência do laboratório¹⁷.

¹⁵ DIXON JONES, Mary. A case of Tait's operation. *American Journal of Obstetrics*, v. 17, p. 1.154-1.161, 1.156, November, 1884. O diagnóstico de irritação reflexa referia-se à visão comum sustentada por muitos ginecologistas de que os órgãos reprodutivos doentes poderiam se manifestar por meio de reações psicológicas; neste caso, histeria. Sobre Tait, ver SEWALL, Jane. “Bountiful bodies: Spencer Wells, Lawson Tait, and the birth of British Gynecology” (Dissertação de doutorado, Johns Hopkins University, 1991).

¹⁶ Ver KELLY, Howard & BURRAGE, Walter. *American medical biographies*. Baltimore: Norman, Remington Co., 1920. p. 513, e KELLY, Howard & BURRAGE, Walter. *Dictionary of American medical biography*. Boston: Milford House, 1971. p. 677.

¹⁷ DIXON JONES, Mary. Personal experiences in laparotomy. *Medical Record*, v. 52, p. 182-192, 191, August, 1897. Ver DIXON JONES, Mary. Oophorectomy and diseases of the nervous system. *Woman's Medical Journal*, v. 4, p. 1-11, January, 5, 1895; DIXON JONES, Removal of the uterine appendages –

Ironicamente, é provável que a agressividade com que ela orquestrou seu próprio sucesso tenha apressado sua queda. Em abril de 1889, ela solicitou publicidade positiva para seu hospital ao *Brooklyn Eagle*, importante jornal da cidade. Neste mesmo dia, o jornal recebeu uma comunicação anônima acusando Jones de administrar uma empresa particular com fundos públicos. Um repórter foi designado para investigar e, finalmente, produziu uma série de artigos pouco elogiosos sobre Dixon Jones, que detonou uma avalanche de críticas públicas e resultou em duas acusações de homicídio culposo e seis de erro médico contra ela. Quando o caso de homicídio culposo acabou em absolvição e as outras acusações foram suspensas, Dixon Jones tentou recuperar sua reputação, acusando o *Eagle* de calúnia, em 1892.

Seus advogados pediram 300 mil dólares de indenização, afirmando que sua cliente tinha sido enganada pelo jornal, auxiliada por certos membros infames do instituto médico do Brooklyn. Seguiu-se um espetáculo legal de grandes proporções. O processo envolveu alguns dos mais prestigiados médicos de Nova Iorque e do Brooklyn. Periódicos médicos e jornais de destaque o cobriram diariamente. Os testemunhos levaram quase dois meses; aproximadamente 300 testemunhas foram chamadas, incluindo antigas pacientes com bebês nos braços. Jarros cheios de amostras e manequins cirúrgicos tornaram-se imagens comuns na sala do tribunal. Quando Jones perdeu o caso, o Estado e a cidade retiraram os fundos públicos de seu hospital, seu alvará foi revogado e ela se mudou para Nova Iorque, com sua carreira cirúrgica definitivamente terminada¹⁸.

Para o historiador, um inquérito policial é uma mina de ouro de temas complexos e inter-relacionados. Aprendemos muito sobre a situação de Dixon Jones dentro da comunidade médica do Brooklyn, seus relacionamentos com um autoproclamado grupo de elite de cirurgiões ginecologistas em Nova Iorque e alhures, e sobre as tensões relativas à especialização fervilhando sob a superfície dentro da profissão de modo geral. Durante o restante deste ensaio, no entanto, desejo me concentrar nas maneiras pelas quais as representações de gênero encaixaram-se na construção de novas identidades profissionais e sugerir, também, que, no fim do século XIX, as médicas eram discursivamente representadas como tendo mais empatia do que os homens.

Revedo o passado, fica claro que a agressiva autopromoção de Dixon Jones ofendeu colegas de profissão no Brooklyn desde o início. Na primavera de 1884, por exemplo, seu pedido de incorporação à Sociedade Médica do Brooklyn

recovery. *Medical Record*, v. 27, p. 399-402, April, 1885; sobre a referência de Tait a um dos artigos de Dixon Jones, ver: "A discussion of the general principles involved in the operation of removal of the uterine appendages". *New York Medical Journal*, v. 44: p. 561-567, November, 1886.

¹⁸ Ver MORANTZ-SANCHEZ, Regina. *Conduct unbecoming...*, p. 11-34.

foi engavetado com base na existência de muita oposição. Em contraste, seu filho, Charles, que era seu assistente cirúrgico no hospital, foi admitido como membro de boa reputação. Mas o Dr. Landon Carter Gray testemunhou que, tendo apoiado inicialmente sua admissão, foi informado por vários colegas de que ela possuía má reputação, embora ele próprio “desconhecesse qualquer exemplo de conduta profissional imprópria de sua parte”. Outros depoentes responderam de forma vaga e imprecisa às perguntas relativas à sua reputação profissional¹⁹.

Para complicar as coisas, nem todos os médicos detratores de Dixon Jones eram homens. Várias médicas, pelo menos duas delas membros da sociedade médica, manifestaram reservas quanto à sua reputação profissional. Caroline S. Pease, formada em 1877 pelo Woman’s Medical College of Pennsylvania, havia assistido Dixon Jones por um curto período de tempo, em 1886, e queixava-se de que a médica apresentava uma “discriminação bastante acentuada” em favor dos casos cirúrgicos. Outros achavam que ela era “uma mulher capaz”, mas que seus modos estavam “além da descrição”. De fato, Eliza Mosher escreveu a Elizabeth Blackwell que ela era um “elemento do mal por causa de sua grosseria”, concluindo que, quanto a outras médicas, “não podíamos nos identificar com ela em segurança”. Só podemos conjecturar a que traços comportamentais Mosher estava se referindo, mas os jornais registraram as declarações de várias testemunhas que pintaram a figura de uma mulher determinada e franca que não estava acima de colegas de profissão e leigos não cooperativos e censuradores. Após sua morte, dois renomados cirurgiões observaram que, embora ela tivesse sido uma excelente cirurgiã, tinha “um caráter peculiar” e que a “falta de contato íntimo com melhores membros da profissão” talvez fosse responsável por sua tendência ao desvio²⁰.

Testemunhos médicos de peritos durante o julgamento sugerem que pelo menos parte da hostilidade profissional vinha de médicos conservadores do Brooklyn, que permaneciam desconfiados do rumo que a ginecologia vinha tomando nas últimas duas décadas e desaprovavam o entusiasmo de Dixon Jones quanto às soluções cirúrgicas. No centro da questão, estava a tensão relativa à especialização, que ganhava força e estava cada vez mais associada à cirurgia e à nova ideologia da ciência, especialmente sua rejeição às abordagens holísticas da doença em favor da anatomia patológica localizada.

¹⁹ Minutas do Conselho, 9 de abril de 1884, Arquivos da Sociedade Médica do Condado de Kings. Um porta-voz da Sociedade contou ao repórter do *Eagle*, em 1889, que sua solicitação tinha sido rejeitada quatro vezes por “conduta não profissional”. *Brooklyn Eagle*, maio de 1889. Mas não há evidência disso na minuta.

²⁰ *Brooklyn Eagle*, February, 10, 1892; Dra. Carolina Pease a Dean Marshall do Woman’s Medical College of Pennsylvania, January, 18, 1892, Marshall MSS, Medical College of Pennsylvania; *Brooklyn Eagle*, February, 9, 1892; Dra. Eliza Mosher a Blackwell, November, 3, 1883. Mosher MSS, Biblioteca Bentley, University of Michigan; KELLY & BURRAGE, *Dictionary of American medical biography*, p. 677. Howard A. Kelly foi um eminente cirurgião no John Hopkins, na década de 1890.

Os homens que criaram a especialidade da ginecologia cirúrgica tendiam a ser jovens e ambiciosos. Embora se vangloriassem da tradição médica de inúmeras formas, a especialização no tratamento cirúrgico de enfermidades femininas lhes proporcionava um lugar na profissão. A autopromoção de Dixon Jones apenas ecoava as declarações de seus colegas quanto à eficácia de soluções cirúrgicas e as vantagens de se estudar patologia. Esta abordagem ambiciosa e empresarial instigou outros médicos tradicionais a deplorarem passar uma imagem antiquada e cavalheiresca. A desconfiança quanto ao novo estilo profissional pode ser detectada em denúncias da especialização como elitista e desumanizadora – as mesmas acusações lançadas contra a ciência de laboratório – e não é coincidência que Elizabeth Blackwell falasse de um só fôlego sobre ambos os desenvolvimentos²¹.

Podem-se ouvir ecos dessas controvérsias no inquérito judicial de Dixon Jones. Seus críticos, todos eles atuando no Brooklyn, concentraram-se na incerta validade de sua terapêutica e em seu “caráter” profissional questionável. A. J. C. Skene, reconhecida autoridade em enfermidades femininas da antiga escola e que lecionava no Long Island College Hospital, testemunhou que ela havia operado duas de suas pacientes contra a sua recomendação e questionou a eficácia do microscópio no diagnóstico. Outros desafiaram sua patologia, sugerindo que ela havia inventado certas doenças após o fato, apenas para justificar sua opção pela faca²².

Em defesa de Dixon Jones, veio uma tropa de cirurgiões proeminentes da cidade de Nova Iorque e da Filadélfia, confirmando que eles haviam feito centenas de operações do tipo que Jones executava e que a tinham consultado em inúmeras ocasiões. O Dr. Gill Wylie observou que os perigos deste tipo de procedimento “são hoje tão insignificantes que se observam muito menos formalidades do que no passado”. Essas declarações não passaram a impressão de que estas pessoas fossem colegas particularmente íntimos de Dixon Jones ou que tivessem interesse em promovê-la. No entanto, esses médicos que estavam no auge de suas carreiras cruzaram a ponte do Brooklin, com considerável inconveniência pessoal, para testemunhar em favor de uma mulher. Em tese, eles não eram nem mais nem menos receptivos às médicas do que seus colegas homens. Mas rapidamente se deram conta de que o julgamento não ameaçava apenas a carreira de Dixon Jones, mas também a deles próprios. Nessa situação, o antagonismo de gênero

²¹ SEWALL, *Bountiful bodies*, caps. 2, 44.

²² *Brooklyn Eagle*, February, 19, 1892, e March, 9, 1892. É importante notar que controvérsia semelhante sobre o excesso de cirurgias ginecológicas, envolvendo seguidores de Lawson Tait contra os de Spencer Wells, ocorreu na Grã-Bretanha em 1886, em Liverpool. O Dr. Francis Imlach foi criticado pelo cirurgião sênior de seu hospital e professor de obstetrícia do Instituto Médico de Liverpool por “assexuar mulheres” e não informar adequadamente as pacientes de ovariectomia sobre suas consequências. Imlach acabou por ter sua renomeação negada. Ver MOSCUCCI, *The science of woman*, p. 160-164.

era menos importante do que as rivalidades entre antigas e novas visões acerca do profissionalismo médico²³.

Ainda assim, os temas ligados ao gênero neste drama extraordinário permanecem ricos e complexos. Enquanto seus advogados a retratavam como uma pessoa que apresentava “o melhor em termos de feminilidade”, seus detratores consideravam seu radicalismo cirúrgico particularmente abominável porque ela era mulher. Ela foi caracterizada como um exemplo típico de pessoa que, em nossa linguagem contemporânea, poderia ser chamada de “difícil” – autoritária, sincera e arrogante²⁴.

Vários médicos do Brooklin acusaram-na, de forma reveladora, de uma pobre comunicação com os pacientes – explicando apenas vagamente a natureza da cirurgia e enfatizando, ao contrário, que os curaria. Em virtude de o conceito de consentimento informado ainda não existir neste período, havia uma ampla gama de opiniões médicas sobre quanta informação deveria ser passada aos pacientes antes da cirurgia. Eu li as controvérsias deste tribunal como um debate sobre a capacidade de Dixon Jones sentir empatia mais do que se ela havia violado quaisquer regras formais da conduta profissional. Médicos tradicionais na verdade estavam questionando se ela – e outros cirurgiões radicais – tratava os pacientes como meros “materiais clínicos” – como Blackwell teria dito. Alguns de seus próprios defensores admitiram nutrir dúvidas sobre se uma extensiva comunicação médico-paciente na cirurgia seria verdadeiramente benéfica. A. M. Phelps, cirurgião do New York City Hospital, já havia feito mais de 200 operações e encaminhado muitas pacientes para Jones no Brooklin. Ele achava que os pacientes da assistência social (os “pobres enfermos” que Blackwell temia serem maltratados) “poderiam se assustar e fugir da mesa de operações” se lhes fossem dadas muitas explicações. O Dr. W. Gill Wylie, de Bellevue, confirmou que tais operações tinham se tornado tão rotineiras que se passou a dar muito menos atenção à “obtenção de consentimentos”²⁵.

²³ *Eagle*, March, 8, 9, e February, 27, 1892. Quanto ao seu sentimento sobre Dixon Jones, considere-se o seguinte. Quando o *Brooklyn Eagle* lançou sua série sobre Dixon Jones, em 1889, a Sociedade de Patologia de Nova Iorque designou uma comissão para investigar as acusações. A comissão fez um trabalho completo, solicitando cartas confirmativas a inúmeras pessoas citadas nos artigos, anexando reportagens de jornais, correspondendo-se com Jones, seu filho Charles e o restante dos curadores do hospital. Embora a comissão tenha concluído que não havia provas suficientes para condenar Dixon Jones, um membro de boa reputação, foi encontrada esta observação curiosa do tesoureiro da Sociedade ao presidente da comissão de investigação: “Prezado Doutor... as mensalidades da Dra. Mary Dixon Jones estão **totalmente** pagas... não se pega a Mary por aí... as médicas são um transtorno”. 13 de maio de 1889. Minutas da Sociedade de Patologia de Nova Iorque, Academia de Medicina de Nova Iorque.

²⁴ *Brooklyn Eagle*, February, 12, 13, 15, 19, 1892.

²⁵ *Ibidem*, March, 8, 9, 1892. Sobre a prática do consentimento informado, ver DE VILLE, Kenneth. *Medical malpractice in nineteenth-century America*. New York: New York University Press, 1990; MOHR, James. *Doctors and the law*. New York: Oxford University Press, 1993.

Apesar do apoio desses colegas, ou talvez **por causa** dele, a postura experimental, ativa e manipuladora de Dixon Jones com relação às doenças femininas transmitiu uma imagem da Medicina que seus colegas do Brooklyn e boa parte do público relutavam em aceitar. Dada a imagem emergente da médica como pessoa sustentadora e empática, o fato de Dixon Jones ser uma mulher pode, de fato, ter aumentado as ansiedades sobre o significado de suas várias atividades para o futuro da prática médica mais ampla. Não estava ela fazendo experiências científicas agressivas com os pacientes? Usando amostras patológicas em nome da ciência para promover sua carreira? Recusando-se a informar adequadamente os pacientes de suas intenções? Com certeza, sua conduta era especialmente inapropriada porque ela era mulher, mas espreitando sob a superfície estava a preocupação com o quanto era representativa de toda a profissão.

Na realidade, apenas quatro anos antes do processo, Elizabeth Blackwell tinha advertido sobre tais desenvolvimentos em uma carta à sua antiga colega, Dra. Mary Putnam Jacobi, professora da Post-Graduate Medical School e do Woman's Medical College do New York Hospital, e a única médica a testemunhar em favor de Dixon Jones no julgamento. Preocupada com o recente aumento das cirurgias ginecológicas e relacionando tal atividade aos horrores da vivissecção, Blackwell propôs a Jacobi que a ajudasse a reunir médicas dos Estados Unidos contra procedimentos cirúrgicos injustificados. Mas Jacobi, mentora de Dixon Jones, tinha ela própria abraçado os avanços na tecnologia e pesquisa cirúrgicas. Reprimindo o termo “mutilação” usado por Blackwell para caracterizar a cirurgia ginecológica, ela exclamou: “Não há nada de especialmente sagrado no ovário!” Gentilmente, ela sugeriu que Blackwell atualizasse seus estudos de Medicina e pensasse mais como uma cientista. As novas abordagens à cura de doenças deveriam permanecer neutras ao gênero, insistiu ela, e as médicas precisavam acompanhar todos os progressos inovadores na ciência médica²⁶.

As carreiras dessas mulheres extraordinárias nos auxiliam a explorar como as representações de gênero embutiram-se na nova ideologia do profissionalismo médico emergente no fim do século XIX. Elizabeth Blackwell foi uma eloquente porta-voz de uma articulação cuidadosamente construída do profissionalismo feminino que, usando a linguagem da domesticidade, permaneceu desconfiada da crescente tendência a tratar os seres humanos como objetos e da abordagem redutiva, ativista e experimental da nova classe dos ovariometistas. A habilidade empática nesta abordagem tornou-se um importante componente da imagem pública e privada das médicas, enquanto a maternidade permaneceu uma figura central de seus discursos sobre a relação médico-paciente. Esta ideologia do profissionalismo feminino valia-se do papel tradicional do médico junto ao leito antes do

²⁶ Mary Putnam Jacobi a Elizabeth Blackwell, 25 de dezembro de 1888. Documentos Blackwell, Biblioteca do Congresso.

surgimento da etiologia específica, mas o engendramento de qualidades profissionais como a empatia era algo relativamente novo.

Não é de admirar que, dentre os mais virulentos críticos de Dixon Jones, houvesse médicas do Brooklyn que aprovavam a versão blackwelliana de profissionalismo feminino. Dixon Jones, em contraste, ou se esqueceu das sutilezas desses roteiros comportamentais ou deliberadamente os rejeitou. A Medicina que ela praticava – diagnosticando e extirpando órgãos doentes – evocava a concepção um tanto materialista do corpo e a ênfase na infecção localizada que Blackwell temia erodir as concepções tradicionais de bom médico. Nisto Blackwell foi presciente. Críticas modernas sobre a objetividade científica radical e as investigações teóricas feministas sobre os componentes do atendimento ressuscitaram algumas de suas preocupações mais profundas sobre o rumo da prática médica. Além disso, os grupos de referência de Dixon Jones eram exclusivamente masculinos; ela desejava o reconhecimento de colegas homens como uma inovadora cirurgiã de primeira linha. No entanto, ao jogar o jogo dos homens, ela atraiu a crítica de ambos os sexos por jogá-lo sem a conduta aceitável de uma dama vitoriana. Ao se promover, ela inadvertidamente expôs ao escrutínio do jornalismo investigativo as tensões relativas a procedimentos médicos e o comportamento do grupo de especialistas ao qual ela desejava desesperadamente pertencer. Estas tensões profissionais e a linguagem sexista inventada no século XIX para lhes dar voz ainda estão bastante presentes entre nós hoje.

História do corpo: as linhas principais da pesquisa na História da Saúde (França, 1970-2000)

Jean-Pierre Goubert

História da Medicina e História da Saúde

Em termos acadêmicos, na França só existem histórias tratadas separadamente: a da Medicina, a das Ciências Médicas ou, ainda, a da Farmácia. Nesse sentido, a história da saúde/doença parece ter surgido somente numa data recente. Aparentemente, ela nasceu na década de 1960. Isso poderia se explicar pelo fato de historiadores profissionais não terem, na França, nem instituições específicas nem cadeiras universitárias voltadas para a História da Saúde, ao contrário do que existe, por exemplo, na Alemanha, na Suíça ou na Espanha. Observa-se aí algo que surpreende todos os profissionais da área; convém, portanto, propor uma explicação: a divisão da saúde. Esta pode ser compreendida como uma questão a que cada um responde segundo a sua própria história, conforme o sentido que ele – ou ela – dá à vida; ou como o bem supremo de que todos falam, cada um a sua maneira. Nesse sentido, nem a Saúde nem a História da Saúde constituem uma especialidade, sendo essencialmente uma generalidade.

Durante um longo período, que dura até os dias de hoje, a história da **Medicina** era um privilégio do corpo médico. Dessa forma, seria preciso ser doutor em Medicina para fazer a história da Medicina, ou bispos, como Fliche e Martin, para redigir uma história da Igreja. Sendo que basta, simplesmente, por assim dizer, ser um pouco humano. Há, atualmente, na França, duas cadeiras de História da Medicina: uma é ocupada por um professor de Medicina (em Paris), um homem, outra por uma historiadora (também em Paris). Ao mesmo tempo, coexistem algumas orientações de estudos na IV sessão da EPHE¹ e na EHES², presididas por historiadores (em Paris também). Uma outra tradição francesa, que se mantém até hoje, determina que a epistemologia e, portanto, a história do saber médico seja exclusividade dos filósofos e pertença ao domínio da história das ideias e dos conceitos. Porém, a saúde é um objeto que se situa fora do campo do saber; trata-se, ao mesmo tempo, de um conceito vulgar e de uma noção filosófica, e não de uma coisa³ científica, ambos pertencentes ao campo do conhecimento. Dessa forma, o homem pode **se sentir** bem de saúde, mas nunca pode **saber** se está bem de saúde. A ausência de um sentimento de estar doente

¹ *École Pratique des Hautes Études.*

² *École des Hautes Études en Sciences Sociales.*

implica que a única maneira que o homem tem para expressar que ele está bem é dizendo que está bem **aparentemente**. Assim sendo, permanece o fato de que, em geral, a saúde é considerada como o maior bem e o fundamento de todas as atividades humanas. A sua etimologia (do latim, *salus*; do grego, *holos*) remete à completitude, está aí para lembrar isso a todos.

Nessas condições, não é surpreendente que, na França, pelo menos a História da Saúde tenha surgido quando a história social se interessou pelos níveis e modos de vida em sociedade, ou seja, pela saúde individual e coletiva, resultante de um desenvolvimento que não é somente econômico, de uma estratificação social e de atitudes culturais diversificadas. Somente a análise da saúde permite que se leve em conta as três dimensões da identidade humana e médica: o sagrado, a sapiência (a medicina *lato sensu*) e o econômico (a civilização material). É a sua síntese é o resultado da essência do homem, isto é, os três sentidos acima citados: a Medicina.

Ao mesmo tempo médicos e pacientes, os profissionais da área são dotados de uma especificidade tipicamente humana: a arte de emitir e de receber, de analisar e de sintetizar, de ser produto e produção de si mesmos através de um esforço de reflexividade em relação às suas diversas trajetórias e a seu percurso comum. *Naturés* e *naturants* (“criaturas” e “criadores”), cada um trata de se colocar de acordo com a natureza que existe em si, com a natureza que os rodeia. Em suma, a profissionalização do “instinto de cura⁴” pode ser bem-sucedida em uma medicalização, tanto interna quanto externa. Do mesmo modo, a História convida todos a um diálogo consigo, com o outro que existe no próprio sujeito e com os dois juntos. Essa busca sem fim de verdade não existe sem uma conquista, tampouco sem uma reconquista. O saber histórico reunido está a serviço do conhecimento do indivíduo. Consequentemente, a história da saúde conhece quatro linhas principais de pesquisa: o conhecimento dos profissionais da saúde, oficiais e oficiosos, o reconhecimento da parte de doença que existe em cada ser, no seio da própria saúde de cada um, a percepção da hospitalidade, essa acolhida do hóspede realizada pelo próprio hóspede: o hospital sobre o qual Montaigne escrevia que “a Terra é um enorme hospital”; a identificação do que caracteriza o indivíduo: a unidade e a diversidade, a estabilidade e a evolução de sua própria dinâmica, a partir do momento em que o sujeito faz sua a história das mentalidades, ou seja, quando ela se refere às suas atitudes em relação ao amor, à amizade, ao laço social, à vida e à morte.

I – A história dos profissionais da Saúde

Uma primeira brecha se abriu no “monopólio” médico da história da Medicina com o estudo diacrônico da profissão médica, em seguida dos vários profissionais da saúde. Jacques Leonard foi o primeiro historiador francês a estudar mais detalhadamente a ideologia, o estatuto social e a vida cotidiana dos médicos do oeste (da França) durante um longo século XIX (1803-1892). Nesse campo, ele

³ CANGUILHEM, Georges. *L'Homme et la santé*, Paris: Ed. Du Seuil, 1992. p. 10.

⁴ *A vis medicatrise*, segundo Galien.

inaugurou uma pesquisa com base informativa (1968-1976) e constituiu um arquivo de todas as informações disponíveis sobre o corpo médico da província. Desde então, os médicos não apareceram mais como um bloco, porém em toda a sua diversidade: econômica, social, científica e cultural – desde o médico mais obscuro até o mestre mais eminente. Até 1970, “as árvores escondiam as florestas”: ou seja, as biografias de médicos célebres escondiam a floresta dos “anônimos” e dos subalternos da Medicina⁵. Melhor ainda, a profissionalização surgia muito antes da monopolização da Medicina pelo corpo médico. Em outras palavras, uma terapêutica médica, muito ineficaz aos olhos do século XXI, já existia de alguma forma, antes de chegar a adquirir bases científicas que estabelecem um consenso entre os membros do corpo médico, senão de toda a população francesa.

Seguindo o passo desse primeiro estudo histórico do corpo médico, exclusivamente masculino na França até 1875, outras pesquisas, de inspiração feminista em alguns casos, também surgiram. Voltaram-se para as profissões femininas da saúde, e, particularmente, às enfermeiras Marie-France Collière (1982), Yvonne Kniebilher (1984) e Véronique Leroux-Hugon (1992). Tais estudos demonstraram que a referência à religião cristã foi substituída pela do saber e da competência profissionais, apesar de prevalecerem por muito tempo as imagens tradicionais da mulher, santa, servil e representante de um “segundo sexo” que não teve acesso, durante muito tempo, na França, aos estudos universitários.

Pertencem também a esse setor as histórias de outros profissionais da saúde: as parteiras Mireille Laget (1982) e Jacques Gélis (1984 e 1988), os massagistas e fisioterapeutas, como Remi Rémondière (1996) e, finalmente, os terapeutas ocupacionais Maria-José Benetton e Jean-Pierre Goubert (1999-2001). Em relação a todos esses profissionais da saúde, a questão principal abordada está na relação entre a formação, o estatuto jurídico, a função social e a identidade profissional, considerada aqui no contexto da sociedade francesa. Em suma, enfatizou-se – e ainda se enfatiza – a legitimidade de uma relação hierárquica entre cuidados e Medicina, terapeutas e médicos.

II – Demografia, biologia e sociedade: as doenças

No fim dos anos 1950, uma outra corrente inovadora, a da demografia e a da epidemiologia históricas, também permite que a história da saúde conheça uma expansão. A descoberta de um grande volume de arquivos “adormecidos”, constituídos pelos registros de paróquias, pelos dossiês das “doenças epidêmicas” e pelas topografias médicas vai resultar na reconstituição das famílias e da população, assim como nos seus níveis de vida, causas de morte, higiene e alimentação. A partir desse momento, depois de Landry, os historiadores-demógrafos se interessaram pelo “Ancien Régime demográfico”, pela “transição sanitária” e pela “Revolução demográfica”. Não somente os trabalhos universitários individuais se multiplicaram durante os anos 1960 e 1970, mas também as pesquisas em âmbito nacional empreendidas sobre o fim do “Ancien Régime” (1740-

⁵ Cf. o número especial dos *Annales ESC* (septembre/octobre, 1977) sobre Médico e médicos na França nos séculos XVIII e XIX (Médecin et Médecins en France aux XVIIIe et XIXe siècles).

1789), pelo Instituto Nacional de Estudos Demográficos, pelo Laboratório de Demografia histórica da École de Hautes Études en Sciences Sociales e pelo Centro de Pesquisas Históricas, particularmente sob a direção de Jacques Dupâquier e de Emmanuel Le Roy Ladurie. E, no fim de 1969, foi publicado o número especial com o título *Biologie et Société* (Biologia e Sociedade) dos *Annales ESC*.

No mesmo campo da história social com base quantitativa, uma outra direção de pesquisa tornou-se privilegiada: a epidemiologia histórica. As grandes epidemias de peste encontram os seus historiadores: Jacques Le Goff, Daniel Panzac (1986), o Professor Henri Mollaret (médico) e o Doutor Jean-Noël Biraben. Outros historiadores se interessaram pela cólera, por exemplo, Patrice Bourdelais (1987), ou pela varíola, como Pierre Darmon (1986), ou, ainda, pela tuberculose (Pierre Guillaume, 1986). Nesses livros, encontram-se relatados os grandes episódios epidêmicos, os estragos, os remédios utilizados, bem como as atitudes sociais e políticas diante dos perigos corridos. Ou então, em outras obras, não é a história de uma doença devoradora de homens que foi estudada, porém a de um período relativamente breve (Jean-Pierre Peter, 1972 e seguintes, Jean-Pierre Goubert, 1974) em que assolaram, lado a lado, graves doenças endemo-epidêmicas. Essas pesquisas revelam, no período 1770-1790 essencialmente, a miséria fisiológica e social da grande massa dos camponeses franceses. A mesma coisa aconteceu no caso da antropologia física dos recrutas (começo do século XIX), pesquisa dirigida no Centro de Pesquisas Históricas por Emmanuel Le Roy Ladurie. Com a Aids, *volens nolens*, o médico Grmek dedicou-lhe um livro de história (1995). Sem dúvida alguma, a Sars (*severe acute respiratory syndrome*) e a legionelose esperam os(as) seus(suas) historiadores(as). O médico e historiador Mirko Grmek, criador do conceito de patocenose, abriu-lhes uma via com a sua história da Aids.

III – A história dos hospitais

Criticados desde o século XVIII por alguns médicos esclarecidos, os hospitais franceses, bem diferentes dos de hoje, foram estigmatizados por um Michel Foucault que viu neles os maiores responsáveis pelo “grande confinamento” a partir do surgimento dos “hospitais gerais” entre o fim do século XVII e a metade do século XVIII. Essa questão do “grande confinamento” dos pobres, dos vagabundos, dos mendigos e dos loucos viu nascer um debate entre os defensores da história social e os da história conceitual⁶. As pesquisas efetuadas por Jean Imbert (1982), um especialista da história do direito, pela historiadora Muriel Jeorger (1977) e pelo historiador Olivier Faure (1981 e 1989) demonstraram que o “grande isolamento” correspondia a uma ideologia política do poder real, só afetava uma minoria que tinha tendência a aceitar melhor o inverno que o verão, quando a fome e o frio faziam com que se encontrasse no hospital um abrigo, uma moradia e comida. Mesmo que os regulamentos internos fossem muito severos, sua fraca aplicação, seus problemas de vigilância e de falta de pessoal tornavam o “grande confinamento”

⁶ Jacques Léonard e Michel Foucault.

muito menos severo. Enfim, a diversidade de estabelecimentos, uns pequenos e pobres, outros enormes e excepcionais como em Paris, fez com que as medidas, por assim dizer impostas, não correspondessem às práticas sociais. Sem deixar de lembrar que, no século XVIII e durante a primeira parte do século XIX, os hospitais, em sua maioria, não eram medicalizados e os médicos tinham um papel secundário diante das religiosas e dos notáveis que cuidavam, elas do funcionamento, eles da administração. O assim chamado poder médico não é, portanto, tão antigo quanto alguns afirmaram. Na realidade, ele é de uma outra natureza se cada um vira médico de si mesmo ou, caso se prefira, curandeiro ou charlatão (automedicação) e se o doutor em Medicina é também médico (heteromedicação).

IV – A história das mentalidades

Uma outra direção de pesquisa marcou profundamente os anos 1980 e 1990: a história das mentalidades, ou seja, das atitudes particularmente diante da vida e da morte, da doença, do nascimento, da dor e do amor⁷. Os vários estudos que ela fez surgir mostram a secularização e a individualização progressiva dessas atitudes e um aumento da medicalização da sociedade francesa; e isso sem que a dimensão do sagrado só passe por metamorfoses.

Três historiadores franceses estudiosos das atitudes em relação à morte chamaram a atenção: Philippe Ariès, um autodidata que se autodenominava “um historiador do domingo”, um historiador comunista Michel Vovelle e um historiador “católico de esquerda”, François Lebrun. Os três ressaltaram a passagem de uma morte enquanto espetáculo edificante a uma intimidade familiar da morte. O estudo de séries de testamentos, a análise dos ex-votos, dentre outros exemplos, mostraram o nascimento de uma sociedade mais individualista, cada vez mais sensível ao prestígio do doutor em Medicina e dos medicamentos farmacêuticos e, conseqüentemente, da saúde do corpo tanto ou mais do que a salvação da alma. Da mesma maneira, no âmbito do nascimento e do parto, a lenta passagem da comadre para a parteira, conhecedora das regras de sua arte, em seguida ao médico-parteiro, mostra uma mudança de atitude que começa a se generalizar. Os tempos mudam. Não se trata mais de ajuda mútua entre mulheres e não se resume mais à única preocupação do batismo. Dá-se lugar aos saberes anatômico e fisiológico, à higiene no sentido científico, aos gestos técnicos que podem salvar a mãe e/ou a criança.

Uma leitura cuidadosa dos trabalhos escritos pelos antropólogos e etnólogos atuais marcou a geração de historiadores que se voltou para a história das mentalidades. A inteligência dos contemporâneos, fundada nos símbolos e no raciocínio por analogia entre o corpo e a natureza foi revalorizada, por exemplo, por Jacques Gélis, por Jean-Pierre Peter e por Michel Foucault (*História da sexualidade*).

⁷ REY, Roselyne. *Histoire de la douleur*. Paris: Editions La Découverte et Syros, 1995; FLANDRIN, Jean-Louis. *Les amours paysannes*. Paris: Fayard, 1978.

Nessa mesma perspectiva, os costumes antigos de limpeza foram analisados e compreendidos de uma forma melhor, por exemplo, por Georges Vigarello (1985) e por Jean-Pierre Goubert (1986). O medo da água, a prática da “higiene seca”, a utilização de perfumes pelas pessoas da Corte por falta de uma higiene frequente e a valorização do excremento numa cultura do campo não eram mais vistos como manifestações “obscurantistas”. Doravante, vários historiadores, franceses e de outras nacionalidades, de comum acordo com os antropólogos, não falaram mais em termos de “resistências populares” diante de um progresso onisciente. Bruxos, curandeiros, charlatões, *gens à secrets* não são mais somente a imagem inversa do “bom médico”. Passaram a representar também uma cultura do corpo que tem a sua razão de ser, histórica e sempre atual, não somente em países vistos como exóticos, mas também na França do século XXI!

Um balanço positivo

Durante 30 anos, a pesquisa em História da Saúde na França foi marcada por quatro grandes direções: história dos profissionais da saúde, história das doenças, história dos hospitais, história das mentalidades. Sem apoio institucional suficiente, exceto o da DGRST⁸, da EHESS e do CNRS⁹, a História da Saúde permaneceu ligada a individualidades marcantes que dirigiram alguns estudos coletivos, bem como de DEA¹⁰ e de teses de doutorado.

Deve haver uma continuação. A questão é de saber se isso acontecerá no tempo desejado. Se a História da Saúde não é, na França, uma especialidade reconhecida pela universidade, é porque ela engloba toda a história: a do corpo, “o símbolo dos símbolos” segundo o filósofo Merleau-Souty, individual e coletivo, uno e diverso, efêmero e imortal. “É no alimento que reside o remédio”, dizia Hipócrates. Jean-Louis Flandrin, dentre outros, sabia disso, como todos os gastrônomos da Terra¹¹. Quer um alimento tanto espiritual quanto terrestre, tanto líquido quanto sólido, em uma palavra saboroso – a prova disso é que saber provém de *sapere* (saborear) –, quer um gosto pela vida, que engloba e transcende nossos cinco sentidos “recobertos” pelo sentido cognitivo. Cronófagos todos são, devoradores permanecerão. Sem religião, não há salvação, nem Medicina, nem saúde/doença. A poção está no veneno; o veneno está no veneno. A cruz, o crescente vermelho, verde ou azul, remedeia o Mal, a Doença, a Maldição. Microcosmo e macrocosmo reunidos sustentam a ordem do mundo: *in his tribus versantur*, uma comunhão, seja qual for a medicação em questão.

⁸ Direction Générale de la Recherche Scientifique et Technique.

⁹ Centre National de la Recherche Scientifique.

¹⁰ *Diplôme d'Études Approfondies*.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DIFERENTES TRAJETÓRIAS



Salão de festas da sede social do Club Athletico Paulistano transformado em hospital provisório durante a epidemia, 1918

Acervo do Centro Pró-Memória do Club Athletico Paulistano

Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristóvão na Bahia oitocentista

Maria Renilda Nery Barreto

Durante algumas centenas de anos, mais precisamente desde o início da colonização até as primeiras décadas do século XX, a população residente em Salvador e nos sertões da Bahia, assim como aquela que estava de passagem, poderia, diante das doenças, buscar auxílio nos hospitais mantidos pelas Santas Casas da Misericórdia, existentes na capital e no interior da Província. A colonização portuguesa implantou no Brasil o modelo medieval conhecido como espiritualidade de beneficência, caracterizado pela mobilização da piedade cristã, imputando aos grupos socialmente favorecidos a obrigatoriedade de socorrer os indivíduos desamparados (RAMALHO, 1988/1989; SÁ, 2001). Esta composição de assistência gerida em escala local, mas sob tutela do poder central, articulou a sociedade civil e laica para executar os serviços de proteção e amparo à população e, em particular, a administração dos hospitais¹.

O Hospital São Cristóvão, também chamado de Hospital da Misericórdia, foi um dos braços da Santa Casa baiana, em Salvador, encarregado de oferecer cuidados médicos à população residente ou flutuante. Os registros da Irmandade demonstram que aquele hospital prestou assistência médico-cirúrgica aos presos, soldados, estrangeiros, marinheiros, alienados, mendigos e escravos. Aquele nosocômio foi o único da capital baiana a abrir suas portas para todos os indivíduos, independentemente do estatuto jurídico, matrimonial, étnico, econômico e profissional.

Dentre as várias perspectivas de análise oferecidas pelas obras pias da Santa Casa da Misericórdia da Bahia, optou-se por investigar a população enferma que frequentou o Hospital São Cristóvão na primeira metade do século XIX. Neste trabalho, identificou-se quantitativa e qualitativamente quem foram os doentes atendidos no Hospital São Cristóvão a partir da cor, do “estado matrimonial”, da

¹ Sobre a expansão hospitalar portuguesa ultramarina na Ásia, África e Austrália, ver Pina (1943) e Abreu (2001).

condição jurídica, da idade, do gênero e da ocupação². No intuito de responder às questões acima propostas, analisou-se parte da documentação existente no Arquivo da Santa Casa da Misericórdia da Bahia³, que trata da administração do hospital, dos doentes e de suas doenças.

O Hospital São Cristóvão que será apresentado ao leitor é um espaço muito mais “branco” e menos indigente do que aquele configurado pelo tradicional estudo de Russel-Wood (1981).

1. O Hospital São Cristóvão: administração e funcionamento

O Hospital São Cristóvão, em Salvador, foi criado e administrado pela Santa Casa da Misericórdia da Bahia durante toda a sua existência, ou seja, de 1549, ano da sua fundação, até 1893, quando foi inaugurado o novo hospital da Misericórdia – o Santa Izabel, no Largo de Nazaré.

O hospital da Bahia só passou a ser chamado de São Cristóvão em fins do século XVII (OTT, 1960; RUSSEL-WOOD, 1981). Antes disso, foi denominado Hospital de Nossa Senhora das Candeias, Hospital da Cidade do Salvador ou, simplesmente, Hospital da Misericórdia. Esta última designação foi a mais marcante, a que caiu no gosto da população. Pode-se ainda acrescentar outro nome, bastante utilizado nos documentos oficiais da Santa Casa: “Hospital da Caridade”, uma denominação que traduz a função inerente à Santa Casa – a prática da caridade.

O século XIX trouxe a necessidade de modernizar o espaço hospitalar, reorganizando-o à luz dos preceitos das ciências médicas. Até 1833, o hospital funcionou em pequenas casas, situadas nas imediações ao sul e oeste da sede da Misericórdia⁴. Na segunda década do século XIX, o nosocômio encontrava-se impossibilitado de atender à demanda de doentes, e os médicos que ali clinicavam pediram a transferência do estabelecimento para outra localidade, com mais espaço para as enfermarias e afastado de locais populosos (DAMÁZIO, 1862: 45), pois, de acordo com os postulados higienistas do período em questão, os nosocômios exalavam miasmas que contaminavam o ambiente.

² Outros aspectos são explorados em BARRETO, Maria Renilda N. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

³ As fontes primárias utilizadas neste trabalho foram as Correspondências da Provedoria, o Livro de Receita e Despesa dos gêneros que se compravam para os doentes do hospital, o Livro de Assentamento de Escravos, o Livro de Ata da Mesa, o Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, o Livro de Termo da Junta e os Livros de assentos das pessoas que entraram no hospital.

⁴ Este prédio localiza-se na Rua da Misericórdia, n. 6, em Salvador, Bahia.

Em 02 de julho de 1833, o Hospital São Cristóvão foi transferido para o Terreiro de Jesus, ocupando o prédio onde funcionou o Colégio dos Jesuítas. A concessão feita à Misericórdia pelo então Presidente da Província, Barros Paim, seria provisória até que a Irmandade concluísse a construção do novo hospital, iniciada em 1828, que viria a ser o Hospital Santa Izabel (COSTA, 2000). Os claustros do Colégio dos Jesuítas, em Salvador, foram transformados em enfermarias para o Hospital São Cristóvão, com capacidade para cerca de 300 doentes (APEB⁵, Pacífico Pereira, 1892, maço 5.286).

As enfermarias eram divididas por sexo e entre medicina e cirurgia, refletindo assim a clássica divisão das ciências médicas. Em 1840, havia um total de dez enfermarias, sete destinadas aos homens e três, às mulheres.

Quadro 1: Enfermarias do Hospital São Cristóvão em 1840

Sexo	Medicina	Cirurgia
Homens	São Lino São Francisco Inválidos	São Fernando São Cristóvão Inválidos São Roque
Mulheres	1ª Assunção Inválidas	2ª Assunção

Fonte: SCMBA, Livros 14º de assentos das pessoas que entraram no Hospital (1837-1841).

Em relação ao quantitativo das enfermarias, a situação mudou do século XVII para o XIX. A descrição do hospital, apresentada por Sá (1997) para o ano de 1694, mostrava que este possuía capacidade para absorver 180 doentes em seis enfermarias: a **das febres**, que agrupava doentes sem feridas abertas; a **das chagas**, destinada aos feridos; a **do azougue**, onde ficavam os sífilíticos e os loucos; a **dos convalescentes**; a **das mulheres** e a **dos incuráveis**.

O hospital, como as demais repartições da Santa Casa, estava subordinado diretamente ao provedor, sendo dirigido por um mordomo, geralmente um dos mesários a quem cabia exercer imediata inspeção e fiscalização em todos os ramos do serviço hospitalar: econômico, sanitário e religioso. Aos médicos e cirurgiões competia dar suporte ao serviço sanitário; no entanto, qualquer projeto de transformação da ordem instituída passava pelo crivo da Mesa (provedor, escrivão, tesoureiro, procurador-geral e nove consultores) e da Junta da Irmandade (Mesa mais 16 definidores).

⁵ Ao longo do texto, serão usadas as seguintes siglas: APEB, para Arquivo Público do Estado da Bahia; e SCMBA, para o Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia da Bahia.

Para executar os serviços de limpeza, cozinha, lavanderia e carregamento de peso, a Santa Casa contava com escravos, reproduzindo, assim, a lógica do sistema escravocrata, o qual reservava aos negros os serviços mais pesados e considerados menos qualificados. Alguns cativos estiveram mais próximos dos médicos e estudantes, a exemplo dos barbeiros que aplicavam as “bichas” e faziam a higiene pessoal dos enfermos (APEB, maço 6.418). Todavia, não se conseguiu apurar um grande número de sangradores nas dependências do hospital e, a partir dos anos 1840, com a contratação de pessoas alfabetizadas para auxiliar os facultativos a cuidar dos doentes, com a existência de mais cirurgiões formados pela escola baiana e com a grande proximidade entre o hospital e a Faculdade de Medicina, ambos funcionando no mesmo edifício, a atuação do barbeiro de origem africana tornou-se bastante restrita. Alguns escravos que serviam à Santa Casa tinham sido tratados no hospital, e os seus donos não apareceram para pagar o curativo, nem para reclamar a sua “propriedade”, ficando o escravo à mercê da Irmandade (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 15/10/1837). Outros ingressaram por meio de compras e de legados por intermédio das disposições testamentárias.

Havia também os funcionários assalariados em todas as hierarquias administrativas, desde a portaria, passando pelo atendimento médico e culminando com a atenção espiritual. Consta no registro contábil da Santa Casa o pagamento anual de 800 mil réis, em 1844, ao médico Antonio Polycarpo Cabral (SCMBA, Folha de Vencimentos dos Empregados, 1844, f. 35 – frente e verso); o cirurgião Jonathas Abbott recebeu, no mesmo período, 600 mil réis, ou seja, 25% a menos que o seu colega (*ibidem*, f. 36 – frente e verso). Uma vez que as enfermarias de cirurgia eram em quantidade igual às de medicina, a diferença salarial não pode ser atribuída a um menor número de doentes aos cuidados do cirurgião. Portanto, tal disparidade de vencimentos demonstra que, para a administração do Hospital São Cristóvão, a cirurgia era vista como um ramo inferior da Medicina.

Alguns médicos prestavam serviço voluntário, a exemplo de George R. Fairbank, que assinou um termo de compromisso com a Mesa para atender gratuitamente aos casos de oftalmia⁶ dentro do Hospital São Cristóvão. A Mesa manifestou interesse, uma vez que esta doença era frequente no hospital, mas impôs algumas condições: os doentes com oftalmia iriam para as enfermarias já existentes, já que não havia possibilidade de criar uma especialmente para atender ao pedido do médico; este iria visitar e tratar os doentes nos dias de segunda-feira, terça-feira e quarta-feira, de cada semana; as visitas aos doentes e a terapêutica empregada deveriam ter fins didáticos, associadas ao aprendizado dos alunos do curso médico; e, por fim, a assistência prestada estaria isenta de qualquer remuneração ou gratificação (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, 16/08/1832, f. 10 – frente e verso).

⁶ Inflamação do olho ou das pálpebras, também chamada de conjuntivite (CHERNOVIZ, 1878: 508).

O salário do administrador do hospital era de 900 mil réis, um pouco superior ao dos facultativos (*ibidem*, f. 37 – frente e verso). Esta função era desempenhada por um indivíduo que não possuía formação médica, conforme foi apontado anteriormente, e seu raio de atuação limitava-se ao controle dos custos e à manutenção da ordem, principalmente no que diz respeito ao grupo de funcionários.

O capelão, mediante um contrato privado com a Misericórdia, era encarregado da assistência espiritual aos doentes. Recebia por ano 190 mil réis, sendo 170 mil de salário e 20 mil de gratificação (*ibidem*, f. 38 – frente e verso). O padre-capelão era de modo geral mal remunerado⁷; por isso, a Irmandade fazia uso das gratificações como complementação salarial.

O corpo de enfermagem recebia vencimentos infinitamente menores que os facultativos, variando entre 60 e 80 mil réis fixos e gratificações que poderiam chegar a 10 mil réis (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, f. 4 – frente; Livros de Ata da Mesa em 15/10/1837, p. 32 e 25/08/1836, p. 21). Os enfermeiros eram homens e mulheres alfabetizados, cujas assinaturas constam no contrato de prestação de serviços. Era necessário que o(a) enfermeiro(a) soubesse ler e escrever para compreender as instruções médicas e ministrar corretamente os remédios (SCMBA, Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa).

A portaria do hospital contava com funcionários do sexo masculino e feminino para atender à ala dos homens e das mulheres, respectivamente. Eles recebiam remuneração que variava entre 16 a 80 mil réis, pagos trimestralmente e com direito a uma refeição diária. Havia também a possibilidade de receberem gratificação, caso apresentassem bom comportamento (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 27/03/1835, p. 07; Livro 6º do Termo dos Capelães e mais Serventuários da Casa, f. 09 – verso).

A Santa Casa costumava dar bônus aos assalariados desde os tempos da Colônia, sob o argumento de que, sem este atrativo, não se encontrariam homens brancos que desejassem servir à Misericórdia na condição de empregado (SA, 1997). A premiação dos bons porteiros e enfermeiros fez parte de uma estratégia para resolver os inúmeros problemas com estes serventuários, a exemplo da “balbúrdia” nas enfermarias e dos “abusos” nas dependências do hospital (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 20/06/1836). Outra estratégia foi empregar na enfermagem as recolhidas da Santa Casa que tivessem idade suficiente, bom comportamento e que soubessem ler e escrever. Mas esta alternativa foi provisória, pois a Mesa optou por convidar as irmãs de São Vicente de Paula, acreditando que a presença destas religiosas como enfermeiras e diretoras do serviço interno

⁷ Sobre a remuneração dos padres, ver Kátia Mattoso (1992).

resolveria os problemas administrativos que o hospital apresentava, ao tempo em que reforçava a caridade cristã. Caberia às irmãs vicentinas vigiar os doentes, aplicar os remédios nas horas prescritas, ajudar a fazer os curativos, inspecionar e dirigir os serviços da cozinha, fiscalizar a roupa suja e enviá-la para lavagem (SCMBA, Livro de Termo da Junta, 11/06/1847, p. 23-26). Esta alternativa só foi viabilizada a partir de 1856 e contou com o patrocínio de D. Romualdo Antonio de Seixas, arcebispo primaz do Brasil, reformador da Igreja Católica⁸.

2. O perfil da população enferma: homens brancos e mulheres mestiças⁹

Durante a primeira metade do século XIX, o percentual de homens (71%) atendidos nas enfermarias do Hospital São Cristóvão – acometidos de febres, tísica¹⁰ e doenças do sistema respiratório, doenças venéreas, diarreias e demais “embaraços” gástricos, úlceras, feridas, abscessos, doenças de pele, hepatite, artrite, reumatismo, contusões e fraturas – superou, em muito, o de mulheres (29%). Este significativo número de doentes era formado por homens livres, brancos, de estrato mediano da sociedade e com ocupação definida, compondo um perfil divergente daquele apresentado pela historiografia até então: o de um albergue para pobres, indigentes e escravos.

Cerca de 35% dos doentes do sexo masculino trabalhavam nas embarcações mercantis, as quais eram capazes de deixar em terra dois milhares de homens em um só dia, e muitos já chegavam doentes, sendo registrados como marítimos. Salvador era um centro de compra e venda de gêneros manufaturados e agrícolas, e o seu cais era um ponto de confluência de pessoas de diversas nacionalidades, reforçando, assim, a relação entre o porto e as doenças, pois grande parte delas e todas as epidemias, sem exceção, chegaram através do mar.

Os estrangeiros eram em maior número que os nacionais. Os portugueses foram os que mais representaram o continente europeu (25% dos homens, em média). Em fins do século XVIII, eles eram em proporção maior, chegando a 52% do total de doentes (SÁ, 1997)¹¹. Para o século XIX, eram, sobretudo, naturais de Lisboa e do Porto, o que demonstra a manutenção de fortes laços comerciais entre a Bahia e estas cidades. Aparecem também aqueles oriundos de Abrantes,

⁸ Sobre a atuação de D. Romualdo Antonio de Seixas como reformador da Igreja Católica, ver Mattoso (1992) e Silva & Azzi (1981).

⁹ Os dados estatísticos apresentados foram trabalhados por amostragem, entre os anos de 1823 e 1851. A coleta de dados e posterior análise tiveram o objetivo de delinear o perfil dos doentes e das principais doenças das pessoas tratadas no Hospital São Cristóvão.

¹⁰ Nome dado à tuberculose, até então.

¹¹ Este valor foi calculado aplicando-se o percentual de homens (88,3%) ao percentual de portugueses e portuguesas (58,5%).

Alentejo, Algarve, Almada, Arquipélago dos Açores (Ilha de São Miguel, Ilha do Faial, Ilha de Santa Catarina, Ilha Graciosa, Ilha Terceira e Ilha de São Jorge), Cabo Verde, Ilha da Madeira, Aveiros, Barcelos, Beira Alta, Beja, Braga, Caldas da Rainha, Coimbra, Figueira, Guimarães, Lamego, Ponte de Lima, Portalegre, Póvoas, Santarém, Serra da Estrela, Setúbal, Torres Vedras, Trás-os-Montes, Vianna e Viseu. Os demais europeus eram originários da Bélgica, Confederação Germânica (Áustria, Prússia e cidades livres de Hamburgo e Bremen), Dinamarca, Espanha, França, Inglaterra, Irlanda, Itália, Suécia e Suíça.

Havia entre 2% a 5% de marítimos de outras províncias do Brasil, como Espírito Santo, Goiânia, Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe, todos registrados como brancos. As embarcações vindas do interior da Bahia, precisamente de Caravelas, Itaparica, Maragogipe, Rio Real e Santo Amaro, também traziam homens com algum tipo de doença. Localizaram-se alguns poucos escravos e indígenas registrados como “marítimo” e “remador de saveiro”.

Ainda no campo das atividades marinheiras, havia os homens da marinha militar, que, para o mesmo período, somaram um total de 2% dos enfermos tratados no Hospital São Cristóvão, apesar da existência do Hospital da Marinha, localizado no Arsenal da Ribeira¹². Segundo os relatórios do Ministério da Marinha, este último hospital estava em condições precárias¹³, com poucos leitos. Assim, o excedente de doentes era encaminhado para o Hospital da Misericórdia (Manuel Vieira Tosta, *Relatório da Repartição dos Negócios da Marinha*, 1848: 11).

Aproximadamente 88% dos homens declararam suas ocupações, e as principais foram as de marítimo – composta majoritariamente por europeus, como já se afirmou –, mendigo¹⁴, roceiro, carpinteiro e alfaiate¹⁵ – ofícios daqueles residentes em Salvador e arredores. Outros ofícios não são expressivos estatisticamente, mas, quando analisados em conjunto, reforçam o perfil da população urbana salvadorenses¹⁶. As atividades ocupacionais, de caráter mecânico, liberal, comercial e eclesiástico, foram exercidas por homens livres, brancos e mestiços, de estratos sociais medianos

¹² Segundo Antonio Carlos Nogueira Brito, o Hospital da Marinha funcionava desde 1832 nas instalações do Arsenal da Marinha da Bahia. Antes disso, funcionou no Velho Celeiro Público (2003, disponível em: < http://www.fameb.ufba.br/historia_med/hist_med_art14.htm >. Acesso em: 15 de setembro de 2010).

¹³ Sobre a falta de recursos deste hospital, ver o relato de D. Pedro II (2003), quando visitou o Arsenal da Marinha em sua viagem pela Bahia, em 1859.

¹⁴ Anna Amélia Nascimento (1986) afirmou que o mendigo na Bahia de meados do século XIX possuía uma morada, ou seja, havia um teto sobre sua cabeça.

¹⁵ Chama-se a atenção para o fato de que as fontes selecionadas para esta pesquisa só informam a ocupação do doente a partir de 1848.

¹⁶ O hospital recebeu artista, caixeiro, chapeleiro, charuteiro, cozinheiro, criado, estivador, estudante, farmacêutico, feitor, ferreiro, fiador, marceneiro, negociante, oficial de justiça, ourives, pedreiro, pescador, pintor, professor, sacristão, sapateiro, serralheiro, servente de obras públicas, tamanqueiro e taverneiro.

Quadro 2: Distribuição dos doentes por sexo

Ano	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
1823	565	73	214	27	779	100
1830	798	72	313	28	1111	100
1835	849	71	342	29	1191	100
1840	963	70	405	30	1368	100
1848/49	871	74	312	26	1183	100
1850	621	71	256	29	877	100
1851	709	65	382	35	1091	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

Quadro 3: Cor dos homens

Ano	Branca	%	Cabra	%	Parda	%	Crioula	%	Preta	%	Indígena	%	ND	%	Total	%
1823	352	62	3	1	99	18	37	7	47	8	–	–	27	5	565	100
1830	428	54	30	4	148	19	28	4	108	14	3	0	53	7	798	100
1835	400	47	43	5	195	23	92	11	88	10	9	1	22	3	849	100
1840	478	50	36	4	257	27	91	9	76	8	4	0	21	2	963	100
1848/49	462	53	20	2	222	25	–	–	150	17	9	1	8	1	871	100
1850	296	48	37	6	146	24	–	–	132	21	3	0	7	1	621	100
1851	302	43	20	3	163	23	10	1	180	25	4	1	30	4	709	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851)

Quadro 4: Naturalidade dos homens brancos

Ano	PT ¹⁷	%	Europa	%	América	%	Salvador	%	Bahia/ Outros	%	Demais Províncias	%	Outros	%	ND	%	Total	%
1823	208	59	10	3	11	3	37	11	22	6	15	4	1	0	48	14	352	100
1830	213	50	67	16	17	4	38	9	40	9	13	3	19	4	21	5	428	100
1835	162	41	90	23	1	0	62	16	40	10	21	5	9	2	15	4	400	100
1840	210	44	68	14	4	1	77	16	67	14	23	5	15	3	14	3	478	100
1848/49	257	56	99	21	8	2	40	9	29	6	19	4	6	1	4	1	462	100
1850	140	47	93	31	3	1	24	8	16	5	9	3	6	2	5	2	296	100
1851	126	42	73	24	3	1	40	13	27	9	15	5	4	1	14	5	302	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

Quadro 5: Cor dos marítimos¹⁸

Ano	Branca	%	Cabra	%	Parda	%	Preta	%	Indígena	%	ND	%	Total	%
1848/49	288	87	1	0	30	9	7	2	3	1	1	0	330	100
1850	207	87	5	2	17	7	5	2	2	1	3	1	239	100
1851	162	82	1	1	25	13	7	4	2	1	1	1	198	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1848-1851).

¹⁷ Onde há a abreviatura PT, leia-se Portugal e SSA, leia-se Salvador.

¹⁸ A informação das profissões dos enfermos não está disponível para os anos anteriores.

Quadro 6: Naturalidade dos marítimos de cor branca

Ano	PT	% Europa	% América	% SSA	% Bahia/Outros	% Demais Províncias	% Outros	% ND	Total	%								
1848/49	174	60	82	28	8	3	4	1	4	1	11	4	4	1	1	0	288	100
1850	111	54	78	38	3	1	3	1	1	0	4	2	5	2	2	1	207	100
1851	74	46	64	40	3	2	2	1	6	4	8	5	-	-	5	3	162	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1847-1851).

e menos favorecidos economicamente. Isto reforça a tese de que o Hospital São Cristóvão não atendia majoritariamente aos indigentes, mas àqueles homens que possuíam uma atividade que lhes garantisse a sobrevivência.

As mulheres que ocuparam as enfermarias do Hospital São Cristóvão eram predominantemente solteiras, mestiças e sem uma ocupação que lhes rendesse algum provento. A maioria era oriunda de Salvador e da sua circunvizinhança. Este público foi o que mais se aproximou da linha de pobreza, e que buscou na beneficência um meio de sobrevivência¹⁹. Em condições adversas de vida, elas estavam mais propensas a contrair doenças e sucumbir diante da tísica, das doenças venéreas, da alienação, das diarreias, das úlceras, das fístulas, dos abscessos, das febres, das contusões, das fraturas e luxações, das doenças de pele e das “enfermidades” de mulheres, ou seja, complicações no parto, cancro nos seios, amenorreia, tumores no útero e outras.

O número de europeias foi muito reduzido, sobretudo se comparado ao de europeus. A presença de estrangeiras reflete a intensificação da política migratória adotada no Brasil após 1808, com a vinda da Corte para o Rio de Janeiro, a abertura dos portos e a ampliação do comércio. As portuguesas lideraram o percentual de estrangeiras. Elas vieram dos Açores (Ilha de Santa Catarina e Ilha Graciosa), de Lisboa e do Porto, e provavelmente acompanharam os maridos, ou tentavam melhores condições de vida, principalmente aquelas oriundas da região insular. Chamam atenção, sobretudo, as irlandesas, responsáveis por boa parte da cifra de europeias. Esta onda migratória pode estar relacionada à grande fome que ocorreu na Irlanda, na primeira metade do século XIX, ceifando cerca de 750 mil vidas e provocando a diáspora de milhões de pessoas. As espanholas estão em menor número que as portuguesas e as irlandesas, e também não possuíam ocupações de ganho, com exceção de uma lavadeira.

Dentre as poucas mulheres (apenas 28%) que declararam exercer alguma ocupação, destacam-se as mendigas, as lavadeiras, as vendedeiras e as domésticas, seguidas, em escala menor, das costureiras e das roceiras. As prostitutas não aparecem

¹⁹ Sobre a relação entre pobreza e caridade, ver Laurinda Abreu (1999) e Mariano Esteban de Vega (1991).

nos registros hospitalares, nem havia uma enfermaria destinada a elas. A ausência de registro não significa que elas não fizeram parte do contingente de mulheres que frequentou o hospital da Santa Casa. Certamente elas não declaravam a sua ocupação, ou, se assumidas no momento da internação, não eram registradas pelo escrivão.

Quadro 7: Naturalidade das mulheres

Ano	PT	%	Europa	%	SSA	%	Bahia/ Outros	%	Demais Províncias	%	África	%	Outros	%	ND	%	Total	%
1823	12	6	–	–	98	46	46	21	4	2	14	7	1	0	38	18	214	100
1830	8	3	8	3	119	38	64	20	13	4	40	13	14	4	46	15	313	100
1835	2	1	10	3	123	36	91	27	20	6	21	6	5	1	70	20	342	100
1840	10	2	7	2	150	37	120	30	18	4	71	18	7	2	22	5	405	100
1848/49	–	–	1	0	117	38	110	35	10	3	64	21	3	1	7	2	312	100
1850	5	2	1	0	103	40	78	30	10	4	52	20	5	2	2	1	256	100
1851	5	1	2	1	137	36	108	28	8	2	92	24	5	1	25	7	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

Quadro 8: Cor das mulheres

Ano	Branca	%	Cabra	%	Parda	%	Crioula	%	Preta	%	Indígena	%	ND	%	Total	%
1823	56	26	2	1	76	36	20	9	35	16	–	–	25	12	214	100
1830	71	23	17	5	81	26	29	9	94	30	1	0	20	6	312	100
1835	72	21	47	14	96	28	47	14	74	22	–	–	6	2	342	100
1840	62	15	47	12	138	34	70	17	82	20	–	–	6	1	405	100
1848/49	45	14	32	10	99	32	–	–	133	43	1	0	2	1	312	100
1850	50	20	33	13	65	25	–	–	106	41	–	–	2	1	256	100
1851	53	14	40	10	100	26	11	3	160	42	–	–	18	5	382	100

Fonte: SCMBA – Livros de Assentos de Pessoas que entraram no Hospital São Cristóvão (1823-1851).

2.1. O tratamento dos escravos

Quando um escravo entrava no hospital, o escrivão registrava sua condição jurídica e a cor, geralmente **preta**²⁰, bem como o nome do proprietário ou proprietária, principalmente quando estes se dispunham a custear as despesas. Mas o tratamento da população escrava era uma fonte constante de problemas para a Santa Casa, pois muitos senhores e senhoras abandonavam seus servos diante de uma doença grave para se eximirem das despesas com o curativo e, eventualmente, com o enterramento. Diante de tal exploração dos recursos da Misericórdia por quem tinha condição de pagar, coube à Irmandade tomar

²⁰ Salvaguardou-se a denominação que está nos documentos.

providências para remediar esta situação, alterando o valor do tratamento e efetuando cobrança das dívidas não pagas (SCMBA, Livro de Ata da Mesa, 13/06/1835, p. 8 – verso; Livro de Termos da Junta, 13/09/1849, f. 6 – verso).

Os escravos doentes ocupavam-se dos seguintes afazeres: carregador de cadeira, carpinteiro, roceiro, ganhador, servente de pedreiro, açougueiro, servente de trapiche, servente do hospital, tanoeiro e barbeiro²¹. O trabalho extenuante em um ambiente de constante exposição aos vírus, bacilos, bactérias, parasitas; a dieta alimentar inadequada, rica em farináceos e pobre em proteínas e vitaminas; e, por fim, as moradias insalubres deixavam os escravos muito suscetíveis às doenças.

De acordo com o censo de 1855, a cidade de Salvador possuía 27,46% da sua população vivendo em regime de escravidão (NASCIMENTO, 1986). Todavia, o Hospital da São Cristóvão não recebeu grandes contingentes de escravos ao longo da primeira metade do século XIX, registrando um percentual que oscilou entre 2% e 8%. Muitos dos cativos pertenciam à Santa Casa, que os utilizava em todas as suas propriedades e nos serviços pesados do Hospital, Recolhimento e Roda dos Expostos.

O número de cativos tratados no Hospital São Cristóvão, na primeira metade do século XIX, foi bastante inferior aos 18% apresentados por Isabel dos Guimarães Sá (2001) em fins do século XVIII. Esta redução não pode ser atribuída somente ao “fluxo e refluxo”²² do tráfico escravista, o qual “descarregava” uma média de 6 mil a 7 mil africanos por ano na Bahia, sendo difícil precisar quantos ficavam em Salvador e quantos eram os “escravos de passagem” (MATTOSO, 1992), nem tampouco a proibição do tráfico negreiro. Entre 1823 e 1829, as importações de africanos caíram sensivelmente por conta das lutas de independência, dos tumultos sociais e da desorganização do comércio. No entanto, entre 1831 e 1851, período de proibição inglesa, mas de consentimento brasileiro, ocorreu um aumento significativo da importação de escravos (MATTOSO, 1992).

Quadro 9: Número de cativos chegados à Bahia entre 1846-1850

Ano	Nº de escravos
1846	7.354
1847	10.064
1848	7.299
1849	8.081
1850	9.451

Fonte: Verger (1987)

²¹ Sobre a inserção dos negros, escravos e libertos no comércio de ganho em grandes cidades como Salvador e Rio de Janeiro, ver os trabalhos de Maria Inês Côrtes Oliveira (1988), Kátia de Queirós Mattoso (1982; 1979) e Mary Karasch (2000).

²² Tomou-se emprestada a expressão utilizada por Pierre Verger em *Fluxo e refluxo do tráfico de escravos entre ao Golfo de Bénin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX* (1987).

Diante do contingente de escravos que ingressaram na Bahia e do pequeno número de doentes atendidos no Hospital São Cristóvão, pode-se afirmar que este não foi um espaço significativo para o tratamento de escravos. Diante de tais evidências, indaga-se: onde se tratavam os negros cativos de Salvador? Será que, diante das doenças, eles eram alforriados pelos seus senhores e senhoras, como uma estratégia para livrarem-se das despesas com o tratamento? Parece que esta é uma falsa questão, pois os estudos de Kátia Mattoso (2004) demonstram que o número de escravos doentes alforriados, entre 1819 e 1888, foi irrisório, na faixa de 0,31% do total da população escrava adulta libertada, contrariando, assim, a ideia largamente difundida e aceita de que os escravos doentes eram geralmente alforriados.

Para identificar a cartografia dos espaços de cura da população escrava em Salvador, será preciso investigar os pequenos hospitais e as casas de saúde, e a frequência da população cativa nestes locais. Não se descarta a hipótese de que a maioria dos escravos de Salvador recorria aos curandeiros africanos. O que, por ora, pode-se afirmar é que o Hospital São Cristóvão foi um espaço frequentado por muitos brancos europeus, pela população mestiça de Salvador e por um reduzido número de escravos.

2.2. Os libertos e os indígenas

Os forros e indígenas também tiveram sua condição jurídica assinalada nos documentos da Irmandade. Havia uma quantidade muito reduzida de índios nas enfermarias do hospital, que vieram do sul da Bahia e estiveram integrados às embarcações mercantis. Os forros representaram uma parcela significativa da população de cor, superando o número de escravos nos anos de 1823, 1830, 1835 e 1840. Curiosamente, entre os anos de 1848 a 1851, não houve nenhum registro de forros nos livros de assento de pacientes. Isto não quer dizer que eles lá não estivessem; apenas deixaram de ser registrados como tal pela Santa Casa. É possível que tenham sido incorporados à categoria dos homens livres.

Os estudos de Anna Amélia Nascimento (1986) sobre as dez freguesias da cidade do Salvador mostram que, em 1848, os libertos correspondiam a 4,6% da população, avaliada em 54.625 habitantes. Destes 2.508 libertos, 993 eram homens e 1.515, mulheres. Apesar de terem conseguido sua carta de alforria, estas pessoas sofriam várias restrições e eram olhadas com desconfiança por outras camadas da população, que as associava aos movimentos insurrecionais.

Os libertos tinham que pagar imposto à municipalidade para exercer qualquer ofício. Eles eram obrigados a pagar uma taxa anual de 10 mil réis, sob pena de, em caso de inadimplência, serem obrigados a se retirar do Brasil. Ficariam isentos do tributo aqueles que denunciasses qualquer conspiração ou insubordinação de outros libertos ou escravos, ou que trabalhassem em fábricas de açúcar ou algodão. Não

era permitido aos forros que alugassem casas, e eles necessitavam de uma autorização especial do juiz de paz para fixar residência (NASCIMENTO, 1986).

Os mestiços eram submetidos a trabalhos pesados, ainda que no interior das residências de elite. Os que viviam de ganho, mercadejando nas ruas e ladeiras de Salvador, ficavam expostos a um ambiente sujo e pouco salubre, segundo a descrição dos viajantes (AUGEL, 1975) e dos médicos higienistas. A alimentação quotidiana era pobre em vitaminas e proteínas, e, no hospital, a dieta alimentar não diferia muito daquela do dia a dia, sendo que a dos escravos era ainda mais pobre que a das pessoas livres.

Quadro 10: Condição jurídica dos homens

Ano	Livre	%	Forra	%	Escravo	%	Indígena	%	Total	%
1823	477	84	78	14	10	2	–	–	565	100
1830	659	83	91	11	45	6	3	0	798	100
1835	746	88	60	7	34	4	9	1	849	100
1840	902	94	22	2	35	4	4	0	963	100
1848/49	824	95	–	–	38	4	9	1	871	100
1850	573	92	–	–	47	8	1	0	621	100
1851	663	94	–	–	46	6	–	–	709	100

Quadro 11: Condição jurídica das mulheres

Ano	Livre	%	Forra	%	Escravo	%	Indígena	%	Total	%
1823	147	69	66	31	1	0	–	–	214	100
1830	197	63	102	33	13	4	1	0	313	100
1835	265	77	68	20	9	3	–	–	342	100
1840	360	89	41	10	4	1	–	–	405	100
1848/49	297	95	–	–	14	4	1	0	312	100
1850	247	96	–	–	9	4	–	–	256	100
1851	364	95	–	–	18	5	–	–	382	100

3. Considerações finais

O cotidiano do Hospital São Cristóvão na primeira metade do século XIX reuniu homens e mulheres dos mais variados matizes geográficos, étnicos e profissionais, sobressaindo-se os europeus brancos e os baianos mestiços. A população masculina (marítimo, soldado, marinheiro e escravo) que mais frequentou o hospital passava por uma internação compulsória com pouca – ou quase nenhuma – condição para negociar o espaço onde desejava ser curado, até porque o lar poderia estar do

outro lado do Atlântico. As mulheres que não contavam com uma rede de solidariedade formada por vizinhas, comadres e parentes, buscaram a proteção do hospital na esperança de curar ou mitigar os seus males. Diante da doença, longe de casa ou sem proteção de um grupo social, homens e mulheres apoiaram-se em uma das ações misericordiosas da Santa Casa baiana: o cuidado com os enfermos.

Pelas enfermarias do São Cristóvão, passaram escravos e indigentes, porém, em proporção bem menor do que a indivíduos livres e com atividades de ganho. O hospital baiano mantido pela Misericórdia, na primeira metade do século XIX, não foi o lugar, por excelência, de tratamento do negro escravo ou forro, nem do branco desvalido. Esta população se fez presente, sim. Mas, no conjunto, a maioria dos enfermos era composta de brancos, estrangeiros e com ocupação definida. Esta constatação demonstra que Salvador foi uma cidade que manteve as suas portas abertas para o mundo, principalmente as do Hospital São Cristóvão.

Referências

ABREU, Laurinda. *Memórias da alma e do corpo: a Misericórdia de Setúbal na modernidade*. Viseu: Palimage, 1999.

_____. O papel das Misericórdias dos “lugares de além-mar” na formação do Império português. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, v. 8, n. 3, p. 591-611, Rio de Janeiro, setembro/dezembro, 2001.

AUGEL, Moema Parente. *Visitantes estrangeiros na Bahia oitocentista*. 1975. 269f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

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

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Paris: Casa do Autor, 1878.

COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador: Contexto, 2000.

DAMÁZIO, Antonio Joaquim. *Tombamento dos bens imóveis da Santa Casa da Misericórdia da Bahia em 1862*. Bahia: Camillo de Lellis Masson & C., 1862.

KARASCH, Mary C. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LACOMBE, Américo Lourenço M. (org.). *Dom Pedro II. Viagens pelo Brasil: Bahia, Sergipe e Alagoas (1859)*. Rio de Janeiro: Letras e Expressões, 2003.

MATTOSO, Kátia M. de Queirós. *Da Revolução dos Alfaiates à riqueza dos baianos no século XIX: itinerário de uma historiadora*. Salvador: Corrupio, 2004.

_____. *Bahia, século XIX: uma província no Império*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

_____. *Ser escravo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

NASCIMENTO, Anna Amélia Vieira. *Dez freguesias da cidade do Salvador: aspectos sociais e urbanos do século XIX*. Salvador: Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1986.

OLIVEIRA, Maria Inês Côrtes de. *O liberto: seu mundo e os outros*. São Paulo: Corrupio, 1988.

OTT, Carlos. *A Santa Casa de Misericórdia da Cidade do Salvador*. Rio de Janeiro: Publicação do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, 1960.

PINA, Luís de. *Expansão hospitalar portuguesa ultramarina*. Porto: Porto-Médico, 1943.

RAMALHO, Alfredo Magalhães. *A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – análise da estrutura institucional, tal como resulta do compromisso de 1618*. Lisboa: digitado, 1988/1989.

RUSSEL-WOOD, Anthony John R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: UnB, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel a Pombal*. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.

_____. *Quando o rico se faz pobre: misericórdias, caridade e poder no Império Português (1500-1800)*. Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997.

SILVA, Cândido da Costa & AZZI, Riolando. *Dois estudos sobre D. Romualdo Antonio de Seixas, arcebispo da Bahia*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1981.

VEGA, Mariano Esteban de. *De la beneficencia a la previsión: la acción social en Salamanca (1875-1898)*. Salamanca: Diputación Provincial, 1991.

VERGER, Pierre. *Fluxo e refluxo do tráfico de escravos entre ao Golfo de Bénin e a Bahia de Todos os Santos dos séculos XVII a XIX*. Salvador: Corrupio, 1987.

A organização da assistência hospitalar no Distrito Federal entre a filantropia e a ação do estado (década de 1920)

Gisele Sanglard e Renato Pereira da Silva

A década de 1920 marcou, no Rio de Janeiro, o fim do domínio da Santa Casa da Misericórdia e o início da presença do Estado na gestão da assistência hospitalar. O primeiro indício dessa passagem é a abertura do Hospital São Francisco de Assis (1922), vinculado ao recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)¹; o segundo passo pode ser percebido na criação do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1927), que, apesar de gerido por uma instituição filantrópica, esteve fortemente vinculado ao projeto de Saúde Pública que estava sendo levado a cabo naquele momento.

Este artigo tem, então, por objetivo discutir a organização da assistência hospitalar no Rio de Janeiro no final da Primeira República. Este período é extremamente rico para que se reflita sobre as mudanças que ocorrem na percepção do papel do Estado na assistência pública, tanto por parte de uma efetiva ação estatal como pelo concurso da filantropia.

Será tomado como fio condutor o discurso dos médicos envolvidos na polêmica acerca da carência de leitos hospitalares na cidade do Rio de Janeiro; e a caracterização deste período como a transição entre o Estado liberal, tal como estruturado pela Constituição de 1891, e um Estado de bem-estar social, que caracterizou a chamada era Vargas (1930-1945), percebendo-se neste momento os questionamentos e as incertezas que cercavam o liberalismo da nascente República. Neste cenário, a ação filantrópica de Guilherme Guinle (1882-1960) e a construção do Hospital das Clínicas Artur Bernardes para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1926-1934) constituem os indícios deste processo de transformações que serão aqui caracterizados.

¹ O DNSP foi criado em 1919 e regulamentado no ano seguinte. Era formado por uma Diretoria-Geral e três diretorias, a de Serviços Sanitários Terrestres na capital federal, a de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e a de Saneamento e de Profilaxia Rural, além de dez inspetorias de especiais, dentre elas: Engenharia Sanitária; Profilaxia da Tuberculose; Estatística Demógrafo-Sanitária; Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia; Profilaxia da Lepra e Moléstias Venéreas; e de Profilaxia Marítima (HOCHMAN, 1998).

A organização da assistência pública até os anos 1920

Antes de tudo, é preciso chamar a atenção para o que se entendia como assistência pública. Era muito mais do que a assistência à saúde, pois englobava ações voltadas para os cuidados com a infância e a maternidade, até a velhice e a loucura, envolvendo um conjunto de instituições públicas e privadas, laicas e religiosas – hospitais, asilos, orfanatos, colônias, creches, ligas, postos médicos, maternidades, hospícios, dispensários, policlínicas –, às quais se atribuía um caráter público e cujos limites de atuação eram tênues e permeáveis. Desta forma, a assistência pública estava dissociada das ações de saúde pública, que deveria atuar no controle e no combate às doenças infectocontagiosas, nos episódios de epidemia e na saúde dos portos – porta de entradas destas doenças.

A atuação bem distinta entre a assistência pública e a saúde pública caracteriza as ações de saúde desde o surgimento dos primeiros hospitais, quando a primeira ficou a cargo da Igreja e/ou de leigos (corporações de ofício, caridade e filantropia), enquanto que a segunda era função dos Estados (SANGLARD, 2008a e 2008b). No Brasil, a Constituição Republicana de 1891 redefiniu as competências do poder central, dos Estados e municípios: o que até então cabia ao poder central passou a ser exercido pela municipalidade. Desta forma, coube ao município do Distrito Federal gerir todas as ações de higiene urbana (salubridade da cidade, manutenção de hospital de pronto-socorro etc.). Mas a assistência pública continuou a cargo da sociedade – mais precisamente da Irmandade da Misericórdia² –, tal qual propugnava o liberalismo reinante.

Contudo, pôde-se perceber nos discursos de médicos e intelectuais do período um projeto de ampliar a esfera de atuação da Saúde Pública, fazendo com que a assistência hospitalar – aquela voltada para as chamadas **nosologias habituais** – também fizesse parte da agenda desta área.

O período entre 1917 e 1918 pode ser considerado como um marco para a constatação da falta de organização da assistência médico-hospitalar da cidade do Rio de Janeiro, criando consenso entre parcelas de médicos, políticos e intelectuais de que algo deveria ser feito em prol da Saúde Pública, sobretudo de uma política eficaz em tempos de emergência. Dois fatores contribuíram para influenciar e direcionar os debates acerca da assistência hospitalar para a cidade: a eclosão de greves operárias, atingindo principalmente as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, e a pandemia de gripe espanhola.

² A assistência no Brasil se singularizou, por sua vez, desde o início da colonização, por uma dependência das ações da Irmandade da Misericórdia. Suas obras (hospital, Casa da Roda, Recolhimento das Órfãs) eram sustentadas por esmolas, doações pias dos fiéis, legados testamentais e dotações dos governos, fosse a seu tempo a Coroa portuguesa, o governo imperial ou o republicano (SANGLARD, 2008a).

A passagem dos idos de 1910 para os anos 1920 foi acompanhada por um crescimento das cidades e pela diversificação de suas atividades, formando os requisitos básicos para a organização de um movimento da classe trabalhadora (FAUSTO, 2006: 297). As cidades concentravam fábricas e serviços, reunindo centenas de trabalhadores, recrutados entre a população pobre, imigrante e o contingente dos migrantes internos. Nesse processo, a cidade do Rio de Janeiro transformou-se no principal polo de atração, e não demorou muito para que surgissem novos atores sociais para compor esse cenário. Os trabalhadores urbanos começaram a reivindicar melhorias nas condições de vida e na conquista de direitos. O ciclo grevista compreendido no período de 1917 a 1920, que atingiu principalmente as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, é um exemplo desse processo. A eclosão das greves operárias também contribuiu para intensificar e fomentar os debates sobre a assistência hospitalar, levando para a Câmara dos Deputados discussões sobre o trabalho feminino e o infantil, os acidentes de trabalho e a proteção social (SANGLARD, 2008b: 70).

Em 1918, a pandemia de gripe espanhola chegou ao Brasil e não demorou muito para assolar a Capital Federal, ceifando milhares de vida e deixando a cidade do Rio de Janeiro num verdadeiro caos. Além de causar muitas mortes, a epidemia de gripe espanhola paralisou a vida cotidiana da Capital Federal, proporcionando a falta de remédios e alimentos, deixando as autoridades públicas estáticas e sem respostas adequadas para combater uma doença pouca conhecida, que atingia a Europa e os Estados Unidos no mesmo período com uma intensidade igual ou maior (HOCHMAN, 1998: 11).

Foi nesse cenário que surgiu o cirurgião José de Mendonça, personagem atuante na defesa de uma assistência hospitalar **pública** organizada, assim como na criação de uma rede hospitalar capaz de minimizar a carência de leitos para o atendimento geral da Capital. Mendonça, por intermédio de um artigo publicado no jornal *Correio da Manhã*, mencionava os estragos gerados pela doença e a falta de organização e orientação do poder público diante de uma epidemia que poderia ser controlada caso houvesse número suficiente de leitos hospitalares para o atendimento da população (MENDONÇA, 1918: 2). Para suprir tal deficiência, José de Mendonça propunha a construção de quatro hospitais para o Rio de Janeiro, tendo cada um deles capacidade de mil leitos, e erguidos nos bairros de Botafogo, Andaraí, São Cristóvão, Méier ou Cascadura. O hospital construído em Botafogo deveria ficar ao lado da Faculdade de Medicina, sendo, portanto, o lugar da prática e do ensino; o de São Cristóvão, próximo à baía para socorrer os marítimos; os demais nos subúrbios, vizinhos à Estrada de Ferro Central, destinados à população vinda do interior. A assistência aos pacientes não deveria ser gratuita, mas proporcional aos rendimentos de cada doente. Somente em caso de indigência total poderia ser gratuita, mas o município de origem do paciente se encarregaria de arcar com os custos médico-hospitalares.

Enquanto pouco ou nada se fazia para conter a devastação da epidemia, a mortalidade fugia do controle das autoridades públicas. A precariedade dos serviços de saúde contribuía para o aumento de vítimas e o pânico tomava conta da população (BRITO, 1997). No início de 1919, o Presidente Rodrigues Alves foi vitimado pela doença e sua morte parece ter gerado uma inflexão sobre a necessidade urgente de mudanças no campo da saúde pública. A fragilidade dos serviços públicos de saúde e a falta de organização da assistência hospitalar passaram a dominar a pauta de discussões dos parlamentares para alterar um quadro caótico que a cidade vivenciava. Em fins daquele mesmo ano, o DNSP foi criado na gestão do Presidente Epitácio Pessoa, indicando uma postura de mudança do poder público em vista da questão da saúde pública.

Contudo, foi a partir da década de 1920 que a saúde pública transformou-se em questão social no Brasil, havendo intervenções dos Estados e, sobretudo, da União no campo da saúde e das políticas de saneamento rural (FARIA, 2007: 57). Não só o saneamento rural ganhou atenção do poder público, mas a assistência hospitalar começou a ser encarada com mais seriedade, levando para o debate uma parcela importante de médicos, políticos e intelectuais. Repensar a organização e a constituição de uma rede hospitalar eficaz para a Capital era, portanto, prioridade para um conjunto de médicos e políticos. Preocupados com a organização da assistência hospitalar do Rio de Janeiro, esses homens refletiram sobre a ausência de leitos para o atendimento geral da população do Distrito Federal, sugerindo propostas e alternativas para sanar a falta crônica de leitos hospitalares.

Como reflexo das consequências causadas pela gripe espanhola, em 1920, o médico e deputado gaúcho Domingos Mascarenhas apresentou seu projeto à Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados. O referido projeto sugeria a construção de três hospitais para o Distrito Federal, com capacidade de mil leitos cada um e administrados pelo recém-criado DNSP. O modelo arquitetônico seria o alemão (pavilhonar)³ e a assistência aos doentes não seria gratuita, mas proporcional, assim como defendera José de Mendonça em 1918. Outro ponto comum com o projeto de Mendonça era que um dos três hospitais seria destinado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No entanto, o Projeto Mascarenhas, como ficou conhecido na época, não foi levado adiante e sofreu alterações que o descaracterizavam em sua essência, como o projeto substitutivo do Deputado Teixeira Brandão, autorizando o governo federal a construir três hospitais, mas com o número de leitos inferior ao que propunha o deputado gaúcho (BRASIL, 1920: 4).

³ O modelo pavilhonar era a tradução de um hospital separado em alas para os enfermos, independentes, mas interligados por corredores muitas vezes subterrâneos, isolado das grandes concentrações urbanas e construído em locais que apropriados aos benefícios da aeração e ao combate à umidade. Esse tipo de arquitetura hospitalar foi inspirado nos princípios higienistas (COSTA, 2008: 122).

No ano seguinte, o Deputado Amaral Carvalho discursava na Câmara dos Deputados, chamando a atenção dos colegas parlamentares para a falta de aplicabilidade do projeto de Domingos Mascarenhas (Brasil: 17/08/1921). Carvalho argumentava que, da apresentação até a conversão em lei, o Projeto Mascarenhas foi alterado e mutilado, de modo que, no seu conjunto, o problema da assistência hospitalar ainda persistia sem solução concreta, permanecendo o cenário carente de leitos e de hospitais para o atendimento geral no Distrito Federal. Em relação à assistência, Amaral Carvalho defendia a tese de que o Congresso ou Conselho Municipal criasse mecanismos institucionais para legislar sobre a contribuição de fábricas e patrões para que seus operários fossem atendidos em hospitais criados pelo poder público.

A persuasão do deputado e a evidência de um quadro caótico na organização da assistência hospitalar na Capital Federal contribuíram para que o Congresso Nacional decretasse que o Poder Executivo construísse quatro hospitais modernos de mil leitos cada um, seguindo o sistema de construção em bloco, com institutos em anexo e pavilhões. O primeiro a ser construído seria um hospital de clínicas, próximo à Faculdade de Medicina; o segundo ficaria no bairro de São Cristóvão, próximo à praia para servir a zona marítima; o terceiro no Andaraí; e o quarto entre o Méier e Cascadura, vizinho à Estação de Ferro Central do Brasil. Esses hospitais seriam administrados por corporações médicas e fiscalizados pelo DNSP. Quanto ao atendimento aos enfermos, a gratuidade só seria estendida aos indigentes e aos incapazes de exercer ocupação remunerada, cabendo aos demais pagar proporcionalmente as suas condições financeiras pelos serviços médicos e hospitalares (BRASIL, 1921: 110).

Nota-se que o decreto acima é semelhante ao projeto defendido três anos antes por José de Mendonça. O número de hospitais, a quantidade de leitos, a localização de ambos, a forma de assistência aos desvalidos, enfim, o projeto transformado em decreto guardou as mesmas características do plano para minimizar a falta de organização da rede hospitalar da cidade.

Contudo, os festejos do centenário da Independência impediram que o decreto fosse levado adiante, acirrando ainda mais as críticas sobre o problema da falta de hospitais modernos e leitos para a população do Distrito Federal. Em fins de 1922, o Deputado Antônio Austregésilo Rodrigues Lima discursava na Câmara dos Deputados sobre a necessidade de construção de casas hospitalares para o Brasil, principalmente para o Distrito Federal. Para Rodrigues Lima, nenhum estabelecimento moderno de saúde havia sido erguido, tampouco desejado pelos poderes públicos naquele momento. Na concepção do deputado pernambucano, o problema hospitalar no Brasil, no Distrito Federal e nas capitais, não era figura de retórica, muito menos de discursos evasivos, mas um alerta para o fato de as cidades estarem crescendo, sem que a criação de novos hospitais modernos acompanhasse o mesmo ritmo.

A principal cidade do País crescia em número de habitantes e se urbanizava, criando adversidades até então desconhecidas e novas demandas. No entanto, sua estrutura hospitalar não sofria mudanças significativas para acompanhar o ritmo de transformações ocorridas naquele período. A Santa Casa de Misericórdia continuava como a principal instituição de atendimento aos desvalidos no Distrito Federal, mas começava a dar sinais de esgotamento, de maneira que a instituição não conseguia atender à população doente da cidade por falta de condições apropriadas e pelo número elevado de enfermos. Neste ponto, aumentavam ainda mais as divergências entre o modelo de assistência caritativa oferecido pelas Misericórdias – que as impedia de recusar pacientes, a despeito da ausência de leitos – e o desejo de uma política de assistência organizada em moldes modernos.

Vale ressaltar que a Capital possuía outros hospitais, mas estes eram particulares ou mantidos por irmandades religiosas ou por associações beneficentes do tipo Penitência, Carmo, São Francisco e Beneficência Portuguesa, abertos apenas aos associados. O cenário se agravou com o fechamento do Hospital São Zacarias, uma das unidades da Santa Casa e destinado ao atendimento infantil, localizado no morro do Castelo, que naquele momento fora “arrasado” pela gestão do Prefeito Carlos Sampaio (1920-1922).

O poder público, tentando atenuar a questão, promoveu a abertura do Hospital São Francisco de Assis em 1922, ligado ao DNSP e destinado ao atendimento geral, adaptando as instalações do antigo Asilo São Francisco de Assis, instituição dos tempos do Império. Tal feito é interpretado como um dos primeiros passos em direção ao controle da União na gestão da assistência hospitalar no Distrito Federal. Outras medidas foram levadas a cabo por Carlos Chagas quando esteve à frente do DNSP (1919-1926) para reduzir a deficiência que a rede de assistência médico-hospitalar da cidade apresentava.

Nesse cenário, singularizou-se a atuação do industrial carioca Guilherme Guinle que, ao longo da década de 1920, apoiou e investiu no projeto de saúde pública defendido por Carlos Chagas, através da construção do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929), destinado ao controle e à profilaxia da sífilis e das doenças venéreas, e do Hospital e Instituto do Câncer – ambos os hospitais vinculados aos projetos e ações da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, a cargo do médico Eduardo Rabello (SANGIARD, 2008a).

Ao lado destes dois hospitais criados pela filantropia, mas geridos pelo poder público, somaram-se a criação do Abrigo Hospital Artur Bernardes (1924), destinado às ações da Inspeção de Higiene Infantil, e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (1926-1934). O conjunto destes hospitais faria com que a rede hospitalar na capital federal mudasse a “cara” da assistência pública no Rio de Janeiro. Este cenário seria ainda mais alargado com a criação das colônias

Juliano Moreira (1924) e Curupaity (1922-1928). Entretanto, as discussões continuavam e permeavam a imprensa médica e cotidiana.

Em meio às controvérsias e aos debates, os projetos elaborados por médicos e políticos nunca deixaram de mencionar um hospital próprio e adequado para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Embora o prédio da faculdade tivesse sido inaugurado em 1918 e localizado na Praia Vermelha, as enfermarias da Santa Casa ainda permaneciam como o local da prática para o meio docente e discente.

A convivência entre professores e alunos com as Mesas Diretoras da Irmandade da Misericórdia já dava sinais de conflito entre duas práticas distintas: a caridade e o ensino médico (SANGIARD, 2008a). Para aquela geração de médicos no contexto dos anos 1920, o hospital não era apenas uma instituição de caridade, onde se recolhiam os desprovidos de recursos, mas uma instituição econômica e social, tendo como um dos principais objetivos alcançar o coeficiente de mortalidade da sociedade⁴. Entretanto, para que houvesse essa guinada de concepção de assistência, médicos e professores da Faculdade de Medicina defendiam a tese de que a União deveria estimular a difusão do ensino médico para a cura dos enfermos em locais apropriados, como um hospital de clínicas.

Desejo e reivindicação de muitos médicos, professores e alunos, o projeto de construção do Hospital das Clínicas começou, enfim, a se delinear. Após diversas discussões e debates na imprensa ou na Câmara dos Deputados, um dos principais anseios do corpo médico do Distrito Federal caminhou no sentido de ganhar contornos concretos no último suspiro da gestão do Presidente Artur Bernardes (1922-1926). Em 1926, por ordem do presidente, foi publicado um decreto aprovando a planta de construção do futuro Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁵. Em 1926, por ordem do presidente, foi publicado um

⁴ Em artigo publicado pelo *Correio da Manhã*, em março de 1924, Antônio Leão Veloso, jornalista e ex-aluno da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tecia algumas opiniões, embora apoiado nas observações do médico Oscar Clark, sobre assistência hospitalar, dentre as quais a de que o hospital moderno era o local da prática, do ensino e da cura, e não apenas da caridade (*Correio da Manhã*, 1924: 4).

⁵ Em 1926, por ordem do presidente, foi publicado um decreto aprovando a planta de construção do futuro Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Esse projeto tinha como responsável o diretor da Assistência Hospitalar – órgão autônomo ao DNSP, criado no apagar das luzes do governo Artur Bernardes, e que tinha por objetivo a gestão dos Hospitais São Francisco de Assis e Pedro II, além de fiscalizar as obras do Hospital das Clínicas da Faculdade do Rio de Janeiro e os demais estabelecimentos hospitalares da Capital Federal – e diretor da Faculdade de Medicina, Rocha Vaz, tendo à frente o arquiteto Adelstano Porto d’Ave. Iniciava-se, assim, a tentativa de levar adiante o sonho de dotar a faculdade de um centro capaz de atender às expectativas científicas e técnicas de professores e alunos, como também de atender à carência de leitos destinados ao atendimento geral. Este projeto foi, contudo, cercado de divergências. A principal girou em torno da localização – nos terrenos do antigo Turfe Clube, na Rua São Francisco Xavier – para a construção, mas também

decreto aprovando a planta de construção do futuro Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Esse projeto tinha como responsável o diretor da Assistência Hospitalar – órgão autônomo ao DNSP, criado no apagar das luzes do governo Artur Bernardes, e que tinha por objetivo a gestão dos Hospitais São Francisco de Assis e Pedro II, além de fiscalizar as obras do Hospital das Clínicas da Faculdade do Rio de Janeiro e os demais estabelecimentos hospitalares da Capital Federal – e diretor da Faculdade de Medicina, Rocha Vaz, tendo à frente o arquiteto Adelstano Porto d’Ave. Iniciava-se, assim, a tentativa de levar adiante o sonho de dotar a faculdade de um centro capaz de atender às expectativas científicas e técnicas de professores e alunos, como também de atender à carência de leitos destinados ao atendimento geral. Este projeto foi, contudo, cercado de divergências. A principal girou em torno da localização – nos terrenos do antigo Turfe Clube, na Rua São Francisco Xavier – para a construção, mas também houve contrassenso no modelo arquitetônico, pesando até mesmo pela escolha do construtor responsável. Desse modo, o Hospital das Clínicas começava a delinear-se não como um projeto de atendimento às demandas citadas, mas como um forte embate entre as partes mais interessadas, a classe médica, sobretudo os médicos ligados à Faculdade de Medicina da Capital Federal.

A assistência hospitalar na crise dos anos 1920

A Proclamação da República (1889) não veio acompanhada de projetos, tampouco de elementos populares, de programas ou unidade. Pelo contrário, o que se viu nos primeiros dez anos foi uma completa ausência de organização institucional do sistema político, caracterizado pela falta de rotina política institucional da jovem República. A primeira década do regime republicano foi marcada pela instabilidade e pelo tumulto, uma vez que a supressão de mecanismos institucionais de organização do espaço público, oriundos do Império, inaugurava um período de incertezas políticas. Para completar esse cenário, a Constituição de 1891, inspirada no modelo norte-americano, consagrava um sistema político baseado no federalismo, contribuindo ainda mais para a instauração de dúvidas e incertezas no interior da nova ordem.

Incertezas, dúvidas e ausência de projetos não se restringiram apenas ao sistema político, também pairaram sobre a organização do sistema de assistência médico-hospitalar, sobretudo da cidade do Rio de Janeiro, então capital federal. Com o advento da República e, sobretudo, com a implementação da Carta constitucional de 1891, os Estados passaram a ser responsabilizados pelas ações

houve contrassenso no modelo arquitetônico, pesando até mesmo pela escolha do construtor responsável. Desse modo, o Hospital das Clínicas começava a delinear-se não como um projeto de atendimento às demandas citadas, mas como um forte embate entre as partes mais interessadas, a classe médica, sobretudo os médicos ligados à Faculdade de Medicina da Capital Federal.

de manutenção da ordem e de proteção à população, contrapondo-se, desse modo, à centralização do período monárquico. A primeira constituição republicana retirava um dispositivo da Carta anterior no que se referia à obrigação do Estado no dever dos socorros públicos, desarticulando o sistema público de assistência à população oriundo do Império. A alteração no caráter da organização das competências no âmbito federal, estadual e municipal, de acordo com a redação da nova Constituição, era sentida diretamente na questão da Saúde Pública, essencialmente na assistência hospitalar da cidade. A atuação da União no campo da saúde possuía, portanto, limites legais em função da Constituição de 1891.

Embora a cidade tenha passado, posteriormente, por intervenções em prol de melhorias higiênicas e urbanas, como o episódio da destruição do cortiço **Cabeça de Porco** (1893), na gestão do Prefeito Barata Ribeiro (1892-1893), a reforma urbana levada a cabo pelo Prefeito Pereira Passos (1903-1906) e o arrasamento do morro do Castelo, na gestão do Prefeito Carlos Sampaio (1920-1922), a estrutura da assistência hospitalar da capital pouco, ou nada, foi alterada pelo processo de reformas. Tais medidas visaram apenas às melhorias nas condições higiênicas e sanitárias e ao embelezamento da cidade do Rio de Janeiro, e não ao aumento de leitos para o atendimento geral da população. A Santa Casa da Misericórdia continuava como o principal hospital destinado ao atendimento aos desvalidos, embora contasse com a ajuda da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1881) e da Policlínica de Botafogo (1899), instituições filantrópicas que prestavam atendimento ambulatorial, clínico e cirúrgico aos indigentes. A prática liberal mantinha a estrutura herdada dos tempos coloniais sob a responsabilidade da Santa Casa. Nesse contexto, no que tange à Saúde Pública, o poder público só interviria em tempos de grande calamidade pública, como em casos de epidemias e fiscalização de portos.

Foi somente na passagem dos anos 1910 para a década de 1920 que a persuasão das ideias envolvendo Saúde Pública, saneamento e assistência hospitalar encontraram campo ressonante para agregar parcelas significativas dos setores das elites médicas, políticas e intelectuais a fim de compartilhar dessas interpretações. Nesse momento, surgiram movimentos pautados na defesa do “saneamento dos sertões”, como a Liga Pró-Saneamento do Brasil (1918), e debates acerca do quadro deficitário do número de leitos hospitalares para a capital federal, promovidos por médicos e acadêmicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Enquanto, de um lado, Belisário Pena publicava, em 1918, *Saneamento do Brasil*, considerado como um manual do diagnóstico das condições médico-sanitárias e sociais do sertão, José de Mendonça, do outro, publicava seu artigo, pelo *Correio da Manhã*, sobre o diagnóstico das condições médico-hospitalares necessárias para a *falta de assistência pública hospitalar e os poucos hospitais existentes*.

Nos anos 1920, a questão do quadro deficitário de leitos e da falta de organização da assistência hospitalar no Brasil, principalmente na capital, entrou

na pauta de discussões de médicos, políticos e intelectuais. Acima de tudo, entrou na agenda política do País. Alternativas e propostas foram sugeridas ao longo da década de 1920, contribuindo para a constituição de uma rede hospitalar capaz de atender à demanda de uma cidade que crescia e ganhava contornos complexos, característicos de uma urbe em pleno desenvolvimento. O Rio de Janeiro não era apenas a capital da República, mas também a porta de entrada e uma vitrine do Brasil perante os olhos estrangeiros.

Nesse período, houve o esforço de um conjunto de médicos e acadêmicos ligados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na tentativa de encontrar caminhos para solucionar ou minimizar a carência de leitos e reivindicar um hospital próprio e adequado aos preceitos da medicina daquela época. Na concepção de muitos, além de não possuir mais capacidade física para atender à população doente do Distrito Federal, a Santa Casa não oferecia condições médico-hospitalares inerentes aos avanços que a medicina da época oferecia. Afinal, os hospitais da Santa Casa faziam parte de outro contexto, em que se obedecia a uma arquitetura inseparável da ideologia higienista. O contexto dos anos 1920 fazia parte da busca de novos tratamentos e terapias, situados entre a tradição das Misericórdias e a modernização oriunda dos estudos da bacteriologia cada vez mais imponente. Os médicos envolvidos nesse debate começavam a direcionar seus olhares e perspectivas para o ensino médico, tendo como parâmetro o modelo arquitetônico de padrão norte-americano, embora o modelo pavilhonar não tivesse sido abandonado por completo. Na metade dos anos 1920, as propostas acerca da construção de hospitais caminharam significativamente para o modelo norte-americano.

Além da discussão sobre aspectos arquitetônicos, aqueles médicos também defendiam um modelo de assistência autônoma às diretrizes da União, embora recorressem ao poder público para organizar e financiar a construção de hospitais para a cidade. Na concepção daqueles médicos, a forma de assistência aos enfermos não seria gratuita, mas proporcional à renda de cada doente. Apenas em caso de indigência total, caberia ao município arcar com as despesas. O papel reservado à União seria de construir e equipar os estabelecimentos hospitalares, cabendo aos médicos a autonomia sobre a gerência e a administração desses hospitais.

Esta discussão sobre o papel de responsabilidade da União na construção de hospitais e da autonomia gestora desses estabelecimentos aconteceu em um período no qual o liberalismo estava sendo questionado. Com o fim da Primeira Guerra (1918), o liberalismo econômico e político começou a esboçar sinais de esgotamento e, entre 1919 e 1939, saíria de cena. A velha ordem se enfraquecia e cedia lugar para regimes autoritários e hostis às políticas liberais, além de serem avessos à revolução social.

No Brasil, embora houvesse uma relação complexa do liberalismo com a burguesia urbana, houve sinais de intervenção do poder estatal para arbitrar algumas relações,

como no caso de implementação de algumas medidas referentes à questão social. Com o fim da Primeira Guerra, as condições de vida e trabalho do assalariado urbano entraram na pauta de discussões, e o movimento operário brasileiro iniciou uma pressão para que o Estado fosse o regulador dos conflitos sociais existentes entre patrões e empregados, criando leis de proteção aos trabalhadores urbanos. Dessa forma, não é muito difícil encontrar, nos discursos dos médicos ligados ao problema da assistência no Rio de Janeiro, alternativas e propostas de custeio da hospitalização feitas pelas empresas aos operários em hospitais criados pelo poder público.

A própria criação do DNSP é um indicador dessa postura intervencionista e mais abrangente da União em relação aos problemas de saúde pública e da organização da assistência hospitalar, principalmente na Capital Federal. Entretanto, pode-se considerar que médicos como José de Mendonça e Domingos Mascarenhas estavam mais preocupados em fomentar o debate sobre a ineficácia do Estado oligárquico para com os problemas relacionados à assistência hospitalar da capital do que, propriamente, com o enfraquecimento do liberalismo. Tal reflexão se apoia nos argumentos defendidos por aqueles que pensaram a constituição de uma rede hospitalar eficaz para a população do Rio de Janeiro nos anos 1920. As propostas de Mendonça e o projeto de Mascarenhas defendiam a presença do Estado na organização da assistência hospitalar e na construção de hospitais, mas a prerrogativa de como seria a assistência aos doentes, as formas de administração e de manutenção desses estabelecimentos caberia aos próprios médicos. Estes, por sua vez, buscavam a presença do poder público, mas sua atuação deveria ser limitada. Isso demonstra que aqueles homens ainda possuíam uma visão liberal sobre alguns aspectos, sobretudo do campo da assistência médico-hospitalar. Ao mesmo tempo que defendiam a presença da União, tentavam impor limites ao poder estatal.

Discussões a parte, no arcabouço teórico desses projetos sempre havia menção de um hospital destinado à prática e ao ensino médico. Reivindicação antiga, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro começou a ser cogitado e foi colocado em prática no final do governo de Artur Bernardes. Projetado para suprir a carência de leitos e de dotar a escola de Medicina da cidade do Rio de Janeiro de um local apropriado para professores e alunos, o Hospital das Clínicas foi cercado de divergências arquitetônicas e de localização. O lançamento da pedra fundamental aconteceu em 1926, mas suas obras, após muita discussão e polêmica, só começaram em 1929, sendo, logo, embargadas em 1930 e abandonadas, definitivamente, em 1934. O velho sonho dos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro acabou virando um grande esqueleto de armação de ferro, posteriormente ocupado por moradores de baixa renda, transformado em uma favela.

O fracasso do projeto do Hospital das Clínicas refletiu as certezas e incertezas dos anos 1920. Sua construção obedecia aos preceitos de uma intervenção sem limites do poder público. Mas como levar adiante um projeto que

obedecia a um modelo intervencionista que ainda não estava em vigor? Até mesmo as alternativas e os projetos de José de Mendonça e Domingos Mascarenhas diferenciavam-se do plano apresentado por Rocha Vaz ao Presidente Bernardes. O fato é que o projeto do Hospital das Clínicas da Faculdade do Rio de Janeiro acabou sistematizando todas as propostas anteriores defendidas por um conjunto de médicos, como Mendonça e Mascarenhas, ao longo da década de 1920.

Considerações finais

Procurou-se caracterizar os anos 1920 como um período de questionamento e de transformação na questão da assistência hospitalar para a cidade do Rio de Janeiro. A década de 1920 pode ser entendida como o momento de transição de paradigmas do ensino, da arquitetura e da assistência médico-hospitalar, assim como o da passagem do Estado liberal para o de bem-estar social, sendo este concretizado após a Revolução de 1930, sobretudo a partir do Estado Novo (1937-1945).

A gripe espanhola transformou a questão da assistência hospitalar em uma das bandeiras da gestão de Carlos Chagas (1919-1926) à frente do DNSP. Nesse período, foram criados diversos hospitais no Rio de Janeiro, como o Hospital Pedro II (1920), Hospital São Francisco de Assis (1922), o Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929) e o Abrigo Hospital Artur Bernardes (1924); e iniciadas as obras do Hospital do Câncer (1927-1935) e do Hospital de Clínicas Artur Bernardes da Faculdade de Medicina (1926-1934), que mudariam a cara da assistência pública no Rio de Janeiro, sem contar a criação das colônias Juliano Moreira (1924) e Curupaity (1922-1928). Vale ressaltar que estes hospitais eram todos subvencionados pelo DNSP e vinculados à política de Carlos Chagas, sendo que dois deles foram construídos às expensas da filantropia de Guilherme Guinle – o Hospital Gaffrée e Guinle e o Hospital do Câncer (SANGULARD, 2008).

O intenso debate em torno da carência de leitos e de construção de hospitais deixou um legado para o pós-30. Os projetos e alternativas destinados a solucionar o problema da assistência hospitalar para o Distrito Federal não foram abandonados por inteiro, mas apropriados ao discurso do projeto estatal oriundo da Revolução de 30. Um exemplo desse processo foi a política levada a cabo pelo interventor do Rio de Janeiro, Pedro Ernesto, a partir de fins de 1933 e ao longo de 1934, estimulando a construção de ambulatórios, logo transformados em pequenos hospitais, espalhados pela cidade. Uma das exceções foi que, no novo contexto, a ideia de construir hospitais grandiosos com mais de mil leitos, espalhados pela cidade, acabou sendo deixada de lado, como defendia José de Mendonça em 1918 e 1924. Entretanto, estender a rede hospitalar sob os auspícios do Estado, assim como a construção e a manutenção de hospitais por toda a cidade, tornaram-se política de Estado no pós-30.

Em relação ao Hospital das Clínicas, antiga reivindicação de médicos, professores e alunos, é possível afirmar que o projeto não conseguiu sair do papel, mesmo em uma conjuntura política diferente da dos anos 1920. Com isso, a década de 1920 chegou ao seu fim sem que um dos maiores problemas da assistência pública e antiga reivindicação dos médicos ligados à escola de Medicina da Capital Federal tivesse sido resolvido.

Antes de tudo, as discussões acerca da construção desses hospitais na cidade do Rio de Janeiro apontam para o amadurecimento de uma ideia de Saúde Pública defendida e praticada no Instituto Oswaldo Cruz, tendo à frente Carlos Chagas⁶ na gestão da Saúde Pública do Distrito Federal.

Referências

ASSISTÊNCIA Pública e Privada no Rio de Janeiro (Brasil): história e estatística. (Comemoração do Centenário da Independência Nacional). Rio de Janeiro: Typographia do Annuario do Brasil/Prefeitura do Distrito Federal, 1922.

BRASIL. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920.

_____. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

_____. *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1923.

BRITO, Nara Azevedo de. *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 4, n. 1, p. 11-30, Rio de Janeiro, março/junho, 1997.

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

CARVALHO, Maria Alice Rezende de. A crise e a fundação republicana em 1930. In: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001.

COSTA, Renato da Gama-Rosa. Arquitetura e saúde no Rio de Janeiro In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da & COSTA, Renato da Gama-Rosa (orgs.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico – Rio de Janeiro (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FARIA, Lina. *Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 12. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

⁶ O médico Carlos Chagas foi diretor do IOC entre 1917 e 1934; e diretor da Saúde Pública de 1919 a 1926.

FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs.). *O Brasil Republicano*. O tempo do liberalismo excludente. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

GOMES, Ângela Maria de Castro. *Burguesia e trabalho*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

HOBBSAWM, Eric. *A era dos extremos: o breve século XX – 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. V, supl., p. 217-235, Rio de Janeiro, julho, 1998.

LESSA, Renato. A invenção da República no Brasil: da aventura à rotina. In: CARVALHO, Maria Alice Rezende de (org.). *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2001.

MENDONÇA, José. Assistência hospitalar no Rio de Janeiro. *Correio da Manhã*, 14 de junho de 1920, p. 2.

_____. A organização econômica do hospital moderno. *Revista do Brasil*, v. XXVI, n. 101, p. 8-15, Rio de Janeiro, maio, 1924.

NOTÁVEL empreendimento – Hospital de Clínicas “Artur Bernardes”, o lançamento de sua pedra fundamental (1926). *Vida Doméstica – Revista da família e da mulher*, 101, Rio de Janeiro, junho, 1926.

RÉMOND, René. *O século XX*. De 1914 aos nossos dias. São Paulo: Cultrix, 1981.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas no Rio de Janeiro – 1920-1940*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a (Coleção História e Saúde).

_____. A Primeira República e a constituição de uma rede hospitalar no Rio de Janeiro. In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da & COSTA, Renato da Gama-Rosa (Orgs.). *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico – Rio de Janeiro (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa & MELLO, Maria Tereza Bandeira de. A coleção Porto d’Ave e a assistência hospitalar no Rio de Janeiro – 1920. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro – RIHGB*, ano 168, n. 435, p. 195-208, Rio de Janeiro, abril/junho 2007.

SANTOS, Luiz Antonio Castro de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusp, 2003.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Décadas de espanto e uma apologia democrática*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

A Eugenia e a doença dos escolares nos anos 1920

Vera Regina Beltrão Marques e
Fabiana Costa de Senna Ávila Farias

Os paranaenses nos anos 1920 eram acometidos por várias doenças, dentre as quais se destacavam gripes, verminoses, anemias, pediculoses, casos de “heredo lues” ou, ainda, as epidemias de varicela, sarampo ou escarlatina, frequentes nas escolas. Diante disso, os médicos paranaenses não tinham dúvidas: sem higiene não haveria condições de saúde adequadas, nem “escola produtiva”, e os alunos dificilmente se tornariam futuros cidadãos moralizados e úteis ao Estado e à nação, pois até do vigor físico se ressentiam.

A Lei n. 2095, de 31 de março de 1921, ao criar no Paraná o Serviço de Inspeção Médica nas escolas, funcionando anexo à Inspetoria-Geral do Ensino, pretendia reverter esse quadro. Pautado na experiência adquirida em São Paulo, César Prieto Martinez buscava fazer da sua gestão à frente da Inspetoria-Geral um modelo, elegendo a higiene como pedra de toque. “Assistir a infância, em geral, é medida de elevado alcance patriótico, pois a infância crescendo robusta no físico e no moral promete à nação um povo forte”, pregava Prieto.

Ademais, o Paraná tornara-se autônomo somente em 1853, necessitando impor-se diante da nação, e instruir o povo oportunizando a escola pública primária gratuita tornara-se fundamental (VECHIA, 2004). Também existiam, em todo o Estado, muitas escolas estrangeiras, “como se funcionassem em território estrangeiro”, “desnacionalizando a infância” e os filhos do Paraná brasileiro. O foco das atenções voltou-se para as crianças.

Crianças sem higiene e aquelas criadas como se em outra pátria estivessem deveriam ser nacionalizadas através da educação, pois “dois problemas capitais exigem pronta solução: a higiene e a escola primária, deles depende o futuro do Brasil”.

Normas de bem viver com saúde ensinada aos professores, de modo a desempenhar a contento seus papéis de mestres, reverteriam em novos hábitos nos alunos, então “em completo estado de desasseio, tanto do corpo como das vestes, sem falar na falta de cuidado com os cabelos, unhas, dentes e pés” (Relatório do Inspetor-Geral do Ensino, 1921).

Assim sendo, uma das primeiras medidas da nova Inspetoria consubstanciou-se em demandar um curso de higiene para os professores. O Dr. Marins Camargo, Secretário-Geral do Estado, frisou a importância de se difundirem em larga escala os conhecimentos de higiene, “preparando desse modo o nosso povo para conhecer o perigo das moléstias e assim poder evitá-lo”. Ele saudou com entusiasmo a obra de saneamento em curso no Paraná e “estimulou os professores públicos a se interessarem pelos assuntos de higiene geral, que lhes seriam desvendados”, pois assim poderiam propagar as “boas ideias” dentre seus discípulos (*idem*, p. 145). Fazia-se do professor um aliado imprescindível para levar a cabo a cruzada higienizadora e da eugenia a estratégia para garantir a hereditariedade saudável.

A inspeção médico-escolar: espaço cruzado de médicos e professores

Constituir futuros cidadãos saudáveis e produtivos implicava conter alguns males oportunizados pela própria organização escolar. A aglomeração durante as aulas gerada pela concentração de crianças em espaços diminutos, sem ventilação e iluminação adequadas, já se constituía em fator de risco. Porém, havia mais a considerar: as doenças características da faixa etária e aquelas decorrentes da atividade escolar propriamente dita. Assim, manuais e procedimentos, visando à proteção e ao cuidado com os rebentos nas escolas primárias, procuravam delinear práticas e novas configurações para o espaço escolar, que, por intermédio do professor, revestiam-se em meios para auxiliar na profilaxia dos alunos, tarefa esta incorporada ao fazer pedagógico.

Mas havia alguns complicadores para a efetivação deste empreendimento: muitos professores, à revelia dos cursos oferecidos, continuavam a desconhecer os assuntos relacionados à higiene e à profilaxia, não sabendo lecionar sobre os conteúdos. Quando esses mestres aconselhavam os alunos a procurarem postos profiláticos e seguirem as prescrições médicas, alguns dos pais proibiam os filhos de aceitar tais medicações, alegando que os remédios fariam mal ao invés de curarem. Um fato curioso foi relatado por Prieto:

Approximavamos-nos de uma escola, cujas crianças estavam em recreio, no campo. Quanto o nosso automóvel, deixando a estrada geral, dobrava à esquerda para ganhar o edifício isolado, a pequena fugiu espavorida. Extranhamos essa precipitação, pois já éramos conhecidos dos alumnos e quando apeamos e fomos ao seu encontro para inquirilos, alguns, mais corajosos, puderam fallar, sem occultar, contudo o susto que levaram:

- *Pensamos que era o médico que nos vinha vaccinar...*
- *E que mal havia nisso?*

– *Todos dizem que a vaccina mata... (Relatório do Inspetor Geral de Ensino, 1921: 52).*

Mas não eram somente os pais que manifestavam resistência. Mario Gomes, médico escolar, chegou a pondo de relatar: “julgo necessária uma lei obrigando as professoras à vacinação antivariólica, pois encontrei mais de uma que se negou a vaccinar-se, determinando o mau exemplo, actos de indisciplina dos alumnos das respectivas classes” (Relatório do Médico Escolar, 1923: 273)¹.

Também eram distribuídos folhetos do Serviço de Profilaxia Rural, objetivando subsidiar os ensinamentos de higiene: “Guerras às pulgas”, do Dr. Barros Barreto, “Porque devemos combater os piolhos”, do Dr. Leal Ferreira, e “O perigo dos mosquitos”, do Dr. Luiz Medeiros, além da propaganda contra os pés descalços, aconselhando o uso de sapatos como medida de higiene e decência.

Com o intuito de propagar cada vez mais ideias em relação aos métodos de ensino, bem como indicar medidas que influenciassem especialmente a criança quer quanto à sua saúde, quer quanto ao seu caráter, a Inspetoria-Geral de Ensino do Paraná publicaria, em 1º de janeiro de 1922, o primeiro número de *O Ensino*, revista que sairia à luz trimensalmente².

O primeiro livro de *Noções de hygiene – para uso das escolas*, de Afrânio Peixoto, professor de Medicina do Rio de Janeiro, e Graça Couto, diretor dos Serviços de Profilaxia e Desinfecção e diretor-geral interino de Saúde Pública do Rio de Janeiro, publicado em 1914, expôs a inspeção médica das escolas como vigilância sanitária do meio escolar e dos alunos individualmente, e propôs formas de prevenção, objetivando prevenir doenças transmissíveis. Noções estas que, no Paraná, procurava-se seguir à risca.

A vigilância do meio escolar prendia-se aos aspectos físicos e higiênicos dos prédios, no que tange à distribuição de mobiliário, arejamento, iluminação, asseio e ordem. Eram vistas como deploráveis as construções escolares que apresentassem salas retangulares, estreitas e compridas, e com um distância grande entre os alunos da última fileira de carteiras e o quadro-negro, o que os obrigaria a um esforço prejudicial; escassez de água, ausência de filtros, falta de recreios protegidos, pátios úmidos, instalações sanitárias insuficientes no interior dos prédios

¹ A resistência à vacina antivariólica no Rio de Janeiro encontra-se estudada em vários trabalhos. Destacam-se: *Cidade fabril*: cortiços e epidemias na Corte imperial, de Siney Chalhoub; *A revolta da vacina*: mentes insanas em corpos rebeldes, de Nicolau Sevckenko; e *Os bestializados*: o Rio de Janeiro e a República que não foi, de José Murilo de Carvalho. Em São Paulo, também houve resistência, embora não tenha acontecido uma revolta nos moldes da ocorrida na Capital Federal.

² *O Ensino* esclarecia que, em relação à Inspeção Médico-Escolar, o governo mandara observar no Rio de Janeiro e em São Paulo “nas diferentes repartições a marcha e a orientação dos trabalhos” (ano 1, v. 1, p. 5).

ou em contiguidade às salas de classe; e paredes divisórias de madeira que, além de não estéticas e anti-higiênicas, seriam inconvenientes por transmitirem ruído, perturbando as aulas (Relatório do Serviço Médico-Escolar, 1921).

Segundo a Inspetoria, uma sala de aula deveria ter o espaço necessário para 25 carteiras duplas, a mesa do professor e uma área entre esta e a primeira fila de carteiras, a fim de que a turma de alunos chamados ao quadro pudesse ficar, sem aperto, distribuída em arco de círculo; a iluminação deveria ser unilateral ou bilateral, sempre harmônica, de sorte que a classe, convenientemente disposta, pudesse recebê-la da esquerda somente, ou da esquerda e de cima, ou ainda da esquerda e da frente. Cada sala deveria ter saída para um corredor espaçoso, onde as classes pudessem mover-se desembaraçadamente, e esses corredores fariam comunicar todas as salas entre si (*idem*).

Normalmente, uma casa de ensino considerada de aspecto agradável era aquela em que havia “a Bandeira do Brasil hasteada na sala de aula, o Hymno Nacional cantado com entusiasmo pelas meninas, uma bella exposição de trabalhos de agulha, o asseio, a ordem, a disciplina etc.”, como ocorria na Escola Serro Azul, referenciava Prieto (Relatório do Inspetor-Geral de Ensino, 1923: 41).

Já a vigilância dos alunos estendia-se dos “conhecimentos de suas condições pessoais” em relação a rosto, olhos, dentes, cabelos, mãos, unhas, pés, roupas, sapatos, chapéu, bolsa e livros, até a “prevenção de perigos possíveis para a coletividade escolar”, como moléstias e afecções infectocontagiosas. Essa atenção incluía o exame antropológico, que media o grau de desenvolvimento físico; o exame fisiológico, avaliador da capacidade visual e auditiva; e o exame geral, no qual o médico detinha-se em “conhecer a regularidade de disposição dos órgãos e exercício de funções principalmente desenvolvimento ósseo e muscular, adenopatias, vegetações adenoideas, sinais de vício ou propensão tuberculosa” (PEIXOTO & COUTO, 1914: 416-417). Esses dados coletados compunham a caderneta sanitária do aluno, cujas anotações deveriam ser preenchidas ao entrar no curso, uma ou duas vezes no seu desenrolar e, finalmente, ao seu término. Claro que, no caso de “alunos predispostos, tarados ou enfermiços, compatíveis com a escola, serão examinados mais amiudadas vezes”, diziam os higienistas para garantia própria e alheia (MARQUES, 1994)³.

César Prieto Martinez, ao vir para o Paraná, talvez já conhecesse os livros de Balthazar Vieira de Mello relativos à higiene escolar publicados em São Paulo.

³ A inspeção médico-escolar foi criada no Brasil em 1889, pelo então Ministro do Império e Conselheiro Antônio Ferreira Viana, como “inspeção higiênica de estabelecimentos públicos e particulares de instrução e educação do Rio de Janeiro, funcionando através de uma comissão permanente sob orientação do inspetor-geral de higiene, Professor Rocha Faria, que teria expedido instruções minuciosas e mandado visitar estabelecimentos de ensino” (BASILE, 1920: 81).

Intitulados *A higiene na escola* (1902) e *Higiene escolar e pedagógica* (1917), esses compêndios possivelmente apontaram as “linhas mestras”, no dizer de Rocha (2005), a orientar e implantar serviços dessa natureza em São Paulo. Ao que tudo indica, possivelmente tenham sido de grande valia aqui também, embora não constassem na biblioteca organizada para dar amparo às atividades pedagógicas⁴.

O certo é que a revista do aluno realizada por meio de exames médicos compunha o espaço da vigilância em que o olhar observador levantava conhecimentos sobre ele. Apontados esses conhecimentos, documentados os vícios, registradas aptidões e as degenerescências, formulavam-se as comparações, classificações e categorizações para a fixação de normas e códigos médicos escolares com intuito de mantê-los sob controle e em conformidade com os apontamentos tidos como normais. Ademais, o coletivo de informações colhidas poderia ser distribuído “na população escolar”, especificando “casos” que teriam a possibilidade de ser normatizados ou excluídos (MARQUES, 1994: 113)⁵.

Essas inspeções, que inicialmente tinham caráter de polícia médica, em consonância com a medicina social da época – cuja autoridade que intervinha, fiscalizava e punia – foram criando as bases para a implantação da inspeção médica escolar disciplinar (MACHADO, 1978), com vistas a forjar a consciência sanitária que se propunha imprimir. Dos prédios e instalações físicas, passava-se a intervir nos corpos, nos hábitos e nas consciências dos escolares sob o advento da medicina social.

A escola tornava-se, então, “espécie de aparelho de exame ininterrupto”, no dizer de Foucault, aliando as técnicas do exame pedagógico àquelas do exame de saúde, reforçando as técnicas da hierarquia que estabelece vigilância àquelas da sanção normalizadora. O exame antropopedagógico delegou ao professor uma determinada tarefa na técnica do exame, mas o fez estabelecendo um papel subordinado, seguindo um “ritual de poder constantemente renovado” (FOUCAULT, 1983: 166).

Não foi em vão que a antropometria e a psicometria (como aplicações da biologia e da psicologia experimental no âmbito escolar) se constituíram nas ciências por excelência da educação, e as fichas e os exames antropométricos e psicométricos, junto com as cadernetas sanitárias, no instrumento a partir do qual se toma toda e qualquer decisão sobre o futuro escolar (BAÑUELOS, 2000: 76).

No Paraná, a Inspeção-Geral de Ensino comemorava, no relatório de 1922, os feitos das inspeções médicas: todos os grupos da capital haviam sido

⁴ Dentre as obras referentes à educação médico-escolar existentes na Biblioteca da Inspeção de Ensino, podiam ser encontradas *A inspeção escolar*, de Basile, e *Noções de higiene*, de Afrânio Peixoto e Graça Couto.

⁵ O exame pensado em termos de formação de saberes e exercício do poder encontra-se discutido por Foucault em *Vigiar e punir*.

inspeccionados, assim como os localizados em Paranaguá, Antonina, Morretes, Ponta Grossa e Castro, contabilizando 16 além das 18 escolas isoladas. Assim, 5.308 alunos foram examinados tendo sido expedidos 552 receitas, 185 boletins e organizadas 60 fichas de inspeção. Tornou-se necessária a contratação de mais um médico ajudante (*O Ensino*, ano II, n. 2, p. 17). Os resultados das vistorias, no entanto, não significavam que as prescrições fossem seguidas à risca, pois as queixas descritas nos relatórios oficiais denotam o quanto pais e professores ainda resistiam às novas práticas preconizadas. Porém, vale ressaltar: a técnica do exame conferia aos médicos inspetores “a revista” dos empregados das escolas, fossem eles lentes, professores auxiliares ou candidatos aos cargos em aberto, fazendo do universo escolar objeto do saber e do poder médico.

Doenças que degradam a espécie: degeneração à vista

Nem mesmo o grande Beethoven ficara imune às doenças da hereditariedade. “Uma otite veda-lhe a audição. O mal que, como uma ironia brutalíssima da sorte, lhe inutilizava desta forma o orgam predestinado às conquistas de sua arte, esse mal, de que nunca mais pode livrar-se, era a brusca revelação de uma tara congênita, com que o filho infeliz pagava os desregramentos da vida do pae”⁶. E quantos escolares não partilhariam a mesma sina nas terras do Paraná?

A se considerarem as imagens persistentes do início do século XX, de uma brasilidade plasmada nos excessos da carne e na volúpia do sexo, males feito a sífilis, relacionados à sexualidade promíscua, adquiriam o estatuto de flagelos a atacar. Como afiançou Oscar Fontenelle, médico, advogado, político, ex-chefe de polícia, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

Um mal, como refere certo autor falando da sífilis que alcança seguramente um terço da população adulta, um mal cujos acidentes terciários são mortais; um mal que, com frequência, acarreta a esterilidade e que pode transmitir-se aos descendentes, seja sob forma infecciosa, rapidamente letal, seja sob forma de taras tão numerosas como variadas, das quais as mais ligeiras aniquilam o valor moral daqueles que são por elas atingidas, ao passo que as mais acentuadas comprometem a sua vida; um mal que faz recair sua nefasta influência, pelo menos, até sobre a terceira geração e talvez mais longe ainda; um mal dessa ordem tende, sem dúvida a destruir o indivíduo tanto quanto a raça, é um mal social evidentemente incontestável (FONTENELLE, 1931: 17 e 18).

⁶ *Beethoven avec ses otites precoces, et son perpétuel état de mobidité, d'une part, l'exaltation de la pensée et son puissance de travail d'autre part, constitue bien le type de l'hérédé.* Audrain – “La Syphilis Obscure” (...) “Victima innocente da culpa paterna, Beethoven, entretanto, fora em toda a sua vida casto e impolluto” (*O Ensino*, ano 1, n. 1, p. 17-18).

E o referido médico complementou: “se a importância social das doenças venéreas foi tão longamente desconhecida, é que se ignoravam as taras extensas que infligiam aos indivíduos e à sua descendência” (FONTENELLE, 1931). Ele ainda aludia à distribuição generalizada da doença, demarcando seu efeito mais avassalador: a destruição da raça – periculosidade que dizia respeito diretamente às implicações da herança transmitida de geração a geração. Mal tamanho incorporado como “de família”, consanguinidade adquirida, degeneradora de futuros filhos; os filhos da família, os filhos da nação. Fruto do comportamento inadequado, impensado de uns a se refletir na estirpe, na prole da sociedade.

Assim, conter a sífilis tornara-se vital. O Dr. Godinho que, em 1923, assumira a chefia do Dispensário Anti-Sifilítico⁷ de Curitiba não titubeava: caminhava-se “a passos largos para uma era em que a escola” ministrando, desde a mais tenra idade, os primeiros ensinamentos sexuais, possibilitaria à criança “conhecer o imenso perigo das doenças venéreas e os meios de evitar sua contaminação” (APM, 1923: 20). Complementando-o, o Dr. Barros Barreto afirmava que “a educação sexual deveria começar na escola primária, ampliando-a progressivamente, de conformidade com o desenvolvimento intelectual e físico da criança” (APM, 1923: 406).

A sífilis situava-se no cerne das discussões eugênicas, atendendo ao *desideratum* de Renato Kehl⁷ ao afirmar que “é crime contra a civilização o descuido da geração de amanhã! Os governos têm moralmente a obrigação de zelar pelo futuro da raça, pela qualidade dos homens, pela saúde da população”. Essa configuração do sexo como “capital patológico da espécie” foi enfrentada com propostas médico-políticas que transitavam do controle eugênico sobre a população⁸ às propostas de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, através da educação sexual a ser ensinada, preferentemente nas escolas, como apregoavam os escolápios paranaenses (MARQUES, 2004). Propostas que efetivadas ou não, nos anos 1920, encontravam no espaço escolar importante *locus* de difusão de conselhos higiênicos alicerçados na interdição do sexo até o casamento, máxima aconselhada por higienistas e professores, no escopo de conformar a vontade sexual do alunado, mantendo a higidez física tão almejada⁹, fosse dos filhos imigrantes, fosse do caboclinho paranaense.

⁷ O médico Renato Kehl, um dos mais importantes divulgadores da eugenia no Brasil, foi fundador da primeira Sociedade de Eugenia em São Paulo (1918); criou ainda a Comissão Central de Eugenia, no Rio de Janeiro, em 1931.

⁸ Vigiar casamentos e a imigração tornou-se uma das medidas de controle sobre a população. Ver “Os controles reguladores sobre os processos biológicos: o corpo – espécie” em *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*.

⁹ Consultar MARQUES, Vera Regina Beltrão. A espécie em risco: a sífilis no Paraná nos anos 1920. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

A considerar a população do Estado, composta de número expressivo de imigrantes europeus¹⁰, compreende-se por que, no Paraná, eugenia matizava-se, enveredando especialmente pelo controle das doenças, ditas degeneradoras da raça, e não em medidas que visassem ao branqueamento, à interdição dos casamentos entre raças diferentes ou à esterilização dos de(gen)erados.

Embranquecer a população, diferentemente do Rio de Janeiro ou de São Paulo, não se colocava como a saída para fazer dos paranaenses sujeitos eugênicos, aptos a construir o Estado recentemente autônomo e a nação republicana. Eugenizar à moda paranaense significava higienizar a raça naquilo que dissesse respeito à contenção das doenças deformadoras da boa geração e depauperamento biológico dos corpos¹¹. Então, como dizia o Professor Menelau Torres, diretor da Escola Normal de Ponta Grossa, todos os esforços do governo poderiam escoar pelo ralo abaixo, caso as populações ignorantes não adotassem as medidas preventivas terapêuticas aconselhadas (*O Ensino*, ano 3, n. 1, p. 69). Assim, sífilis, doenças mentais, deficiências visuais¹², doenças parasitárias ou infectocontagiosas mereciam destacado cuidado, pois implicavam o “abastardamento” da raça¹³.

Paradoxalmente, os imigrantes representaram tanto a salvação como a sentença condenatória caso não fossem tratados e educados nos valores cívicos do País. Isto porque o “sangue regenerador” trazido por esses imigrantes brancos circulava em corpos de pessoas pobre, de hábitos “duvidosos” do ponto de vista higiênico, podendo espalhar a doença física e social. E mais: mister se fazia constituir caráter paranaense e brasileiro desses filhos, ainda carecendo nacionalizar-se. Não era à toa que Prieto

¹⁰ Os imigrantes que ao Paraná chegaram vinham colonizar, ocupar a terra, produzindo para a subsistência e o abastecimento, pois, em meados do século XIX, houvera uma importante crise de gêneros de primeira necessidade. Ingleses, alemães, italianos e polacos, dentre outros, aqui se estabeleceram. Ver Westphalen, Machado & Balhana (1968).

¹¹ A educação é salvadora, apregoava Kehl. Os mestres deveriam semanalmente dedicar alguns minutos para ler uma preleção contra o álcool ou doenças, como sífilis, a tuberculose, a opilação, o impaludismo ou a lepra. Ver *Lições de eugenia*, p. 46-48.

¹² Mario Gomes, em “Triste caso”, publicado em *O Ensino* (janeiro, 1924), discorreu acerca do atendimento que prestou a um casal de noivos: ele, magro e feio, com faces características de um imbecil; ela, esbelta, de tez rosada, aparentando robustez e saúde, porém heredossifilítica. Pronunciou-se enfaticamente em condenar o casamento pretendido por ambos, pois, como aludiu, “parece-me ter chegado ou já passado o momento em que é preciso por cobro a essas desgraças; é indispensável que os responsáveis pelo futuro da raça, os governos, os paes, os médicos, levantem em unísono o clamor que existe latente em todos nós, contra o casamento de enfermos e degenerados!” Já Renato Kehl, em *Lições de eugenia* (p. 170), considerava que cegos, surdos (congênitos ou hereditários), tarados ou epiléticos deveriam ser esterilizados a bem de preservarem-se de uma prole degenerada.

¹³ A cruzada contra a tuberculose manter-se-á nos anos 1930 com toda a intensidade, e os médicos paranaenses permanecerão clamando aos pais que não contaminem seus filhos com o “germe da peste branca, que lhes mata os filhos pequeninos”, conforme palavras do Dr. Homero Braga (*Revista Médica do Paraná*, n. 10, 1933, p. 316).

festejava quando, ao visitar as escolas nas quais estudavam crianças, filhas de imigrantes, encontrava-as sendo alfabetizadas em português. Como salientava:

(...) já se vae notando uma accentuada diferença no ensino das escolas polonezas. As religiosas empenham-se por aprender a nossa língua, os livros nacionaes começam a ser lidos, os nossos hymnos patrióticos começam a ser cantados, a nossa Bandeira já figura nas salas de aula, os dísticos em polaco principiam a dar logar a outros em portuguez, os feriados nacionaes já são respeitados (Relatório do Inspetor-Geral de Ensino, 1923: 81).

Ainda sobre a questão, após visita de inspeção ao colégio da povoação de Ivahy, Prieto relatou:

Examinei livros e cadernos: tudo em portuguez. Conversei com a creançada: ninguém deixou de me responder.. Quando, depois de ter ouvido o Hymno Nacional que encerrou o trabalho de inspecção, e assistido a reza das creanças em muito bom portuguez, me despedi, manifestando o meu contentamento pelo que acabava de ver, a freira directora da casa me pediu que lhe enviasse uma Bandeira do Brasil, para ser conhecida das creanças, bandeira que se hastearia na fachada do edificio em todos os dias de festa nacional. Este facto, por si só, revela a conquista nacionalisadora que se vae realisando no seio das escolas particulares regidas por professores estrangeiros (Relatório do Inspetor-Geral, 1923: 82).

Demandavam, ainda, atenção especial os caboclinhos paranaenses e seus males, descritos por Mario Gomes, que bem os conhecia, em suas andanças nos anos 1920, quando exercia a função de médico-escolar. Em analogia ao sertanejo nacional, ele dizia: “são males antigos e atuais que continuam solapando o já enfraquecido e desairoso espécimen de nosso sertanejo, do caboclo litorâneo, da grande massa do povo nacional” (*Revista Médica do Paraná*, n. 1, 1932, p. 17)¹⁴.

¹⁴ Os caboclinhos brasileiros dividiram com o Jeca-Tatu – personagem de Monteiro Lobato – a representação do brasileiro indolente e atrasado da “roça”, depois redimido quando Lobato se inseriu na campanha pelo saneamento. Em carta à Lellis Vieira, disse o renomado escritor que “Urupês... é a vidinha da roça, como a vi e como senti em sete anos que passei enterrados na Mantiqueira. O que você e outros gostaram foi da espontaneidade sem arrebiques nem falsificações com que as coisas, os tipos e paisagens são narrados”. Ver: IEL/Cedae/ Unicamp – Fundo MLB – série correspondência ativa. Transcrição da carta de Monteiro Lobato a Lellis Vieira, 1918 (?). Monteiro acabaria descobrindo que o Jeca não era preguiçoso, mas doente, um opilado. A Liga Pró-Saneamento do Brasil, inspirada na obra de Belisário Pena, obra esta “recusada por todos os editores desta capital”, foi dada à divulgação pelos médicos Olympio Barreto e Plínio Cavalcanti. Lobato recebeu de Cavalcanti o convite para participar como membro da delegação da Liga em São Paulo. Fundo MLB – série correspondência passiva, pasta 21.

O caboclinho, resultante da miscigenação do branco com o indígena¹⁵, constituía o nativo, o caboclo do interior. Se não trazia tanto “prejuízo” para a raça quanto aquele oferecido pelos negros, ex-escravos os quais era necessário “embranquecer”, como enfatizava Renato Kehl, também inspirava cuidados, pois carecia ser “melhorado” eugenicamente. De hábitos rurais, ainda “ignorantes”, precisavam ingressar nas formas civilizatórias de viver e produzir. Ao alfabetizá-los, seriam educados na higiene e eugenia e, uma vez recuperados de suas doenças, trabalhariam e produziriam mais e melhor. Aperfeiçoado moral, física, intelectual e laboralmente pela escola, pronto estaria o caboclinho para (re)conhecer intuitivamente “quaes os preceitos mais exigentes da hygiene, meios de defeza contra insectos e animaes nocivos, perigos que offerece o alcool, vantagens do calçado e do uso de instrumentos aperfeiçoados para maior rendimento do trabalho manual” (Relatório do Inspetor-Geral de Ensino, 1921), apto a ingressar nas fileiras do trabalho disciplinado e produtivo.

A escola apresentava um poder de fogo ampliado em comparação às outras instituições, mesmo se comparadas aos dispensários de saúde. Assim, a inspeção médico-escolar demonstrava às autoridades educacionais e sanitárias sua missão redentora, oferecendo ao Paraná e “a Pátria os meios efficazes para nacionalizar [e recuperar] seus próprios filhos, energias dispersas, as quaes, inteligentemente guiadas, constituirão força prodigiosa de incalculável valor economico e cívico [...] façamos dessa gente um elemento seguro do nosso progresso material e moral”, como assinalava Cezar Prieto Martinez, valendo-se da alfabetização, da higiene e da eugenia.

¹⁵ O “caboclo” paranaense certamente resultou da mistura das três raças, porém, nos inícios do novecentos, certamente já se encontrava mais embranquecido. Embora algumas cidades paranaenses tivessem alcançado maiores concentrações de escravos, no século XIX houve mudanças importantes. “O declínio econômico dos Campos Gerais e os altos preços alcançados pelos escravos na lavoura cafeeira, provocados pela proibição do tráfico, estimulariam a transferência de uma grande parcela de escravos para São Paulo, alterando o panorama demográfico paranaense” (PEREIRA, 1996: 58).

Referências

ARQUIVOS PARANAENSES DE MEDICINA – APM. Revista dedicada ao Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural. Curitiba: 1920, 1921, 1923.

BAÑUELOS, Aida T. La higiene escolar: um campo de conocimiento disputado. *Áreas – Revista de Ciências Sociais*, n. 20, p. 73-94, Múrcia, 2000.

BASILE, Pedro. *Inspecção medica escolar*. Tese inaugural apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. São Paulo: 1920.

CARVALHO, José Murilo. *Os bestializados: 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, 1996.

ESTADO DO PARANÁ. *Relatórios da Inspeção Médico-Escolar*. Curitiba: Inspeção Médico-Escolar, 1920-1923.

_____. *Relatórios do Inspetor-Geral do Ensino ao Secretário-Geral do Estado, Marins Camargo*. Curitiba: Inspeção-Geral do Ensino do Estado do Paraná, 1920-1923.

FONTENELLE, Oscar. A eugenia. *Arquivos Paranaenses de Medicina*, ano IV, Curitiba, 1923.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona-Buenos Aires-Ciudad de México: Paidós Ibérica, 1990.

KEHL, Renato. *Lições de eugenia*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929.

LOBATO, Monteiro. Séries de correspondências ativas e passivas. Campinas: Fundo Monteiro Lobato/Unicamp, s/d.

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

MARQUES, Vera Regina B. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Unicamp, 1994.

_____. A espécie em risco: sífilis em Curitiba nos anos 1920. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

PEIXOTO, Afranio & COUTO, Graça. *Noções de hygiene – para uso das escolas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1914.

PEREIRA, Magnus Roberto de M. *Semeando iras rumo ao progresso*. Curitiba: UFPR, 1996.

RELATÓRIO do Inspetor Geral do Ensino, 1921.

REVISTA O ENSINO. Órgão oficial de divulgação da Inspeção-Geral de Ensino do Estado do Paraná. Anos I, II, III, v. 1-4. Curitiba: 1922-1924,

ROCHA, Heloísa Helena P. Escolarização, higienização e modernidade. *In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO. Anais...* Curitiba: SBHE, 2004. CD-ROM.

SEVCENKO, Nicolau. *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

VECHIA, Ariclê. O plano de estudos das escolas públicas elementares na Província do Paraná. *Revista Brasileira de História da Educação*, n. 7, Curitiba, janeiro/junho, 2004.

WESTPHALEN, Cecília M.; MACHADO, Brasil P. & BALHANA, Altiva P. *Nota prévia ao estudo da ocupação da terra no Paraná moderno*. Curitiba: UFPR, 1968.

Cartas ao Presidente: as Políticas de Saúde Pública do primeiro governo Vargas na visão dos amazonenses

Rômulo de Paula Andrade

O objetivo do artigo é analisar a história da saúde e do saneamento do primeiro governo Vargas sob um prisma peculiar: correspondências enviadas por cidadãos comuns e autoridades estaduais ao Presidente Getúlio Vargas, tendo como estudo de caso os amazonenses para uma possível contribuição às pesquisas em História da Saúde Pública. O argumento que fundamenta o presente trabalho é que as missivas constituem relevantes elementos para o mosaico de fontes históricas que compõem a compreensão do período. Inicialmente, serão tecidas algumas breves considerações acerca do uso de correspondências como fontes históricas. Na segunda parte do artigo, serão expostas algumas correspondências enviadas à Secretaria da Presidência da República, seguindo o critério de apresentar missivas que apresentem a situação da saúde pública local.

Correspondências como fontes históricas e a Secretaria da Presidência da República no primeiro governo Vargas

Nas últimas décadas, vários temas antes desconsiderados pelos estudos históricos, calcados pelo então paradigma tradicional da História, têm ganhado cada vez mais espaço no cenário atual. Aspectos considerados imutáveis ou simplesmente desprovidos de importância histórica, como a infância, a morte, a loucura, o clima, o corpo, a feminilidade e a leitura, são encarados agora “como uma ‘construção social’, sujeita a variações, tanto no tempo quanto no espaço. A nova História começou a se interessar por virtualmente toda a atividade humana”.

A reboque dessa mudança, o entendimento acerca do documento enquanto prova do fato histórico abriu-se para outros tipos de fontes a fim de dar conta das novas demandas do historiador e de seu objeto de estudo. Decorre disso ser possível, hoje, problematizar a tipologia documental indicada neste artigo: a correspondência.

Utilizá-la como fonte documental proporciona ao pesquisador um olhar privilegiado sobre nuances do cotidiano que a documentação considerada oficial não consegue atingir com tanta minúcia. De acordo com Gomes (2004), a correspondência integra um conjunto de documentos que estão relacionados com a “escrita de si”, assim como diários, biografias, autobiografias.

Desse modo, tal como outras práticas de escrita de si, a correspondência constitui, simultaneamente, o sujeito e o seu texto. Mas, diferentemente das demais, a correspondência tem um destinatário específico com quem vai estabelecer relações. Ela implica uma interlocução, uma troca, sendo um jogo interativo entre quem escreve e quem lê – sujeitos que se revezam, ocupando os mesmos papéis através do tempo. Escrever cartas é, portanto, “dar-se a ver”, é mostrar-se ao destinatário, que está ao mesmo tempo sendo “visto” pelo remetente, o que permite um *tête-à-tête*, uma forma de presença (física, inclusive) muito especial.

As missivas que serão expostas no texto foram enviadas para a Secretaria da Presidência da República, órgão que já existia e foi redimensionado no primeiro governo Vargas (1930-1945). Neste período, as correspondências dos cidadãos comuns e autoridades estaduais eram enviadas à secretaria, órgão diretamente ligado ao presidente da República, o qual foi instituído como canal de comunicação entre o poder central e as diversas camadas da sociedade. Este mecanismo não passou despercebido pelos amplos setores da sociedade, que o descobriram e passaram a usufruir dessa “ponte” entre a população e o governo. A secretaria atuou como um eficiente meio de comunicação entre o governo e os diversos estratos sociais, colocando a população em contato com os diversos órgãos da administração governamental.

De acordo com Ferreira (1997), este aspecto se revela pela quantidade de correspondências e pela agilidade no encaminhamento dos processos; pela procura de possíveis soluções aos problemas apresentados à referida secretaria, não demonstrando discriminação ou privilégios por razões de ordem socioeconômica ou hierárquica; e, por fim, pela prática da secretaria em responder ao interessado em nome do próprio presidente, sugerindo a preocupação deste com a resolução dos problemas. Sua função, de caráter predominantemente administrativo, caracterizava-se, todavia, por intensa atividade política. Ainda segundo Ferreira (1997), a secretaria possuía um certo grau de autonomia administrativa, atuando e trocando informações com diversas instituições estatais, desde grandes ministérios até pequenas prefeituras, além de ser responsável por toda a correspondência endereçada ao presidente, tanto a de um chefe de Estado estrangeiro quanto a de outros setores da sociedade. Ao receber essas cartas, a secretaria as transformava em processos administrativos e, de acordo com o assunto, enviava-os a órgãos estatais que pudessem dar um parecer a uma possível resposta. É o que se verá a seguir com a análise de correspondências das missões salesianas no Amazonas.

A saúde do amazônida sob cuidado de missões religiosas

Com o advento da República, o Brasil tornou-se um país laico e, ao assegurar a liberdade de culto, sinalizou também à independência para o trabalho missionário,

que se expandiu pelo País. As missões chegadas ao Brasil no início do século XX estabeleceram práticas de atuação que tinham como base as sedes municipais, inicialmente por intermédio da instalação das prefeituras apostólicas, posteriormente transformadas em dioceses e prelazias. As ações missionárias se desenvolveram nas cidades e tinham como principais objetivos a catequese indígena, a evangelização e a educação para o trabalho, por meio de seminários de ensino de artes e ofícios voltados para o universo masculino e a educação feminina. Um dado relevante é que os salesianos foram os únicos a construir hospitais em suas áreas de atuação.

Os missionários viam a população camponesa do Amazonas como “perdida” e sem rumo. Pedro Massa (1933), chefe da prelazia do Rio Negro, definiu que sua função principal era arrancar os “pobres caboclos” de sua vida errante pela borracha e fixá-los ao solo e, assim, procurar livrar os índios da “quase escravidão” dos contratos onerosos. Massa culpava as doenças, como a malária, que seria a “entidade mórbida de índice endêmico mais elevado, podendo-se dizer sem exagero serem infectados quase todos os habitantes do Rio Negro” e a ancilostomose pela “morbidez total de seus habitantes e essa indolência e esse aspecto de profunda decadência”. Para os missionários, não haveria espaço para a terapêutica popular e hábitos que não eram reconhecidos como usuais. A resistência à imposição de outros hábitos era igualmente malvista. Um exemplo foi a aplicação de quinino, medicação utilizada no combate à malária, que fora recebido com desconfiança pela população local. Ainda consoante Pedro Massa (1933), os habitantes preferiam curar-se através de “curandeirismos”.

As correspondências de Pedro Massa a Getúlio Vargas eram constantes e com certo padrão: agradecia as boas ações do governo federal para a missão, porém, ao longo da missiva, evidenciava os problemas enfrentados pela prelazia. No fim, terminava agradecendo ao governo, como será visto a seguir nesta carta, datada de 1935.

Como V. Excia. (sic) conhece, estas missões são consideradas obras de assistência pública, não somente pelo número de institutos assistenciais que mantêm (...) como também (...) na defesa indireta de fronteiras, com ensino da língua nacional, história pátria, alfabetização dos índios, sua fixação ao solo, sua defesa sanitária e ensino agrícola e profissional, incorporando-os assim à vida civilizada do País: nestes últimos anos tem-se gasto perto de 1.000\$000 anualmente e, no ano passado, pelos balancetes que, junto, (sic) pode V. Excia. constatar a despesa realizada 956:813\$540 na prelazia do Rio Negro (...) Recorri à Rockefeller Foundation de New York, que me havia dado relevante auxílio, tendo-me porém comunicado ultimamente que lhe não ser (sic) mais possível atender ao meu apelo. (...) V. Excia. se tem dignado a olhar sempre com particular simpatia e carinho para essas obras assistenciais do Amazonas, o que

de coração penhoradíssimo agradeço (...) insuficientes as subvenções que nos são concedidas, pelo que ousou dirigir a V. Excia – que tem tido conosco repetidos gestos de proteção e amparo, que penhoram imenso minha gratidão – solicitando de sua benevolência queira conservar as subvenções votadas (...).

Como exposto na missiva, a prelazia já havia recebido apoio financeiro da Fundação Rockefeller, que atuava na região desde 1923. Este dado mostra a rede de relações que a missão procurava estabelecer. Cueto (1996) assinalou que a Fundação instaurou suas atividades de forma independente a qualquer outro serviço de saúde pública brasileiro, pois faltaria confiança junto às instituições locais. Esta missiva é um exemplo de como as relações entre as agências de saúde internacionais não funcionavam de forma monolítica. A necessidade de estabelecer vínculos de confiança resultou em processos de adaptação destas agências às localidades onde realizaram atividades científicas.

O canal aberto pela Secretaria da Presidência da República promovia uma nova relação com o poder, devido à confiança de que as cartas chegariam ao presidente, assim como a certeza de uma resposta. Dessa forma, esse mecanismo foi amplamente usado e explorado. A partir do golpe do Estado Novo, em 1937, o Amazonas se inseriu em uma nova conjuntura na qual novas questões e antigas demandas foram postas para a Saúde Pública local.

Amazônia e o Amazonas no Estado Novo: novos contextos, antigas demandas

No curso dos anos 1930, intelectuais e médicos apontavam as doenças como grandes obstáculos para o desenvolvimento da Amazônia e sua real integração ao País. Relatórios médicos e discursos políticos buscavam chamar a atenção do governo federal em relação às condições de saúde da região. Após o golpe do Estado Novo, a Amazônia ganhou relevância para o governo Vargas, principalmente a partir da “Marcha para o Oeste” (1938), programa de governo que buscava a integração econômica nacional a partir da colonização de regiões consideradas longínquas e desabitadas. Dessa forma, novas correspondências do Amazonas foram enviadas à Secretaria da Presidência da República, expondo as condições locais de saúde e saneamento, como a de João Valente Doce, em agosto de 1940:

Em passados regimes, que tanto entorpeceram e debilitaram a nacionalidade, eram quase impossíveis gestos como o meu. Não havia crença, confiança. O povo vivia divorciado do governo, isolado dos administradores. Hoje, porém, graças à providência, todos os brasileiros sabem que os seus reclamos, as suas queixas e as suas sugestões, quando

razoáveis e justas, têm acolhida favorável da parte de V. Ex^a. Senhor Presidente. Sou amazonense e há quatro meses estou em São Paulo. Fui obrigado a deixar a minha cidade natal, Maués, para fugir da morte certa. Aquela cidade e o município de mesmo nome, tão salubres e prósperos até há pouco tempo, tornaram-se agora verdadeira terra de maldição. Grassam ali, em caráter alarmante, febres arrasadoras. Tudo se despoeva e desaparece: povoados, vilas, sítios, lavouras e comércio. Julgam alguns tratar-se da febre amarela; outros acreditam ser o paludismo africano. Certo é, eminente Doutor Getúlio Vargas, que dela não escapam nem os cães. Os municípios vizinhos ao meu também sofrem as consequências do surto pestoso. Tudo está ameaçado. As providências que as autoridades estaduais do Amazonas têm tomado são insuficientes e até agora não deram qualquer resultado. Por esse motivo, senhor Presidente, dirijo o meu apelo a V. Excelência, convicto de que serão tomadas sem demora as providências reclamadas pelo grandíssimo caso.

No fundo do Gabinete Civil da Presidência da República, localizado no Arquivo Nacional, na cidade do Rio de Janeiro, encontram-se diversas cartas de cidadãos comuns oriundas do País todo, com solicitações variadas: aumento de salário, promoção no emprego, transferência de localidade de trabalho e, inclusive, pedidos de trabalho. O ato de escrever ao presidente foi estimulado pelo próprio Vargas, ao afirmar em discursos à nação que não existiam intermediários entre o governo e o povo. Ao se referir a esse fim de intermediários, o presidente procurava lidar seu regime, fechando instâncias políticas representativas da sociedade, com o objetivo político de legitimar-se perante os trabalhadores. Jorge Ferreira (1997) encontrou, de certa forma, um padrão nessas correspondências: primeiro, uma grande saudação ao presidente, enaltecendo sua figura, como se vê em João Valente ao afirmar que, em regimes passados, gestos como o dele não seriam possíveis. Através do mecanismo direto aberto pelo regime de Vargas, o escriba se sentia livre para atacar essas autoridades, incorporando, de certa forma o espírito “sem intermediários” do regime.

As queixas de João Valente Doce, autor da carta, eram comuns também aos políticos da região. Mas esta missiva oferece um outro ponto de análise. Em grande parte destas correspondências, os missivistas, logo após o começo otimista, iniciavam um relato da situação precária em que se encontravam, como se pode perceber na fonte acima. José Roberto Franco Reis (2002) afirmou que, ao manusearem o projeto de organização e controle do regime de Vargas, trabalhadores e populações interpretaram-na segundo um código cultural próprio, ao invés de uma postura resignada e passiva. Assim, buscaram alcançar seus propósitos de obtenção de vantagens, direitos e realização de justiça, gerando a situação paradoxal de simultaneamente ratificarem e confrontarem o regime.

Segundo Ângela de Castro Gomes (2004), a correspondência pessoal se expandiu devido ao processo de privatização da sociedade ocidental, com a afirmação do valor do indivíduo e a construção de novos códigos de relações sociais de intimidade. Essa “intimização” foi incentivada por Vargas, abrindo este canal amplo de comunicação com a população oriunda dos mais diversos estratos sociais. Os apelos de João Valente Doce não surtiram efeito. Em resposta ao amazonense, o Departamento Nacional de Saúde informou:

Grassa realmente o paludismo na região de Maués, como, aliás, todos os anos durante este período de vazante dos rios, em toda a região amazônica. O surto deste ano, por motivos ainda desconhecidos, será mais grave que a dos outros anos talvez. Exatamente para conhecer esses motivos, a Delegacia Federal de Saúde se dispôs à realização de um inquérito sobre malária em 50 cidades do Vale, virando um trabalho de saneamento em 1941. Quanto a auxiliar a população de Maués, a Delegacia Federal de Saúde não poderá fazê-lo, pois para isso não dispõe de verba.

Poucos meses depois, em outubro de 1940, Vargas iria à região amazônica. Concomitante à excursão presidencial, estava sendo elaborado um inquérito sobre as condições de saúde da Amazônia com um objetivo: a formulação de um plano de saneamento para a referida região. Não à toa, o projeto viria a ser divulgado por Vargas durante sua viagem à localidade.

No mesmo ano, Djalma Batista, reconhecido médico local que presidia a Liga Amazonense Antituberculose, solicitou auxílio financeiro do governo, através da Secretaria da Presidência da República, em uma missiva contundente:

(...) entre os problemas sanitários que mais nos inquietam, avulta o da peste branca, mais sério talvez nestes confins. Na cidade de Manaus, há corporações como a Polícia Militar em que a incidência de tuberculose é de 30%. A mortalidade é assustadora: o obituário registra números aproximados para a fimatose e o paludismo, e é, proporcionalmente mais elevado, – quanto à primeira, que o do Rio –, constatando-se, em média, a morte de um tuberculoso por dia. Isso na capital. No interior, empobrecido e desvalido de assistência médica, é forçosamente larga a seara da doença de Koch, nas suas associações à malária, à lepra e às verminoses. Para enfrentar situações de tamanha angústia, existe, em Manaus, o Hospital São Sebastião, que a Santa Casa misericordiosamente custeia – insuficiente, desprovido de material indispensável, mal localizado –, mais um recolhimento de incuráveis que organização hospitalar. (...) A Liga contra a Tuberculose, fundada em 1932, se propôs a contribuir para o solucionamento da questão sanitária de

tal monta, empregando, para isto, todos os recursos científicos a seu alcance, no intuito de amparar, assistir e tratar os pectários desfavorecidos. (...) O mais pobre, o mais triste, o mais idealista dos brasileiros é o amazônida. Ele se vê algemado pela selva, vencido pelo sistema arcaico e economia regional, atazanado pela instabilidade desconcertante da produção e das transações, assaltado impiedosamente pelos germes de Koch, Laveran, Eberth e Hansen. Mas no meio de tantas agruras espera, confiante, a hora da redenção (grifo meu).

Ao longo de sua carreira, Djalma Batista escreveu diversos estudos sobre a história da região, daí pode-se compreender o caráter “heroico” da correspondência. Em resposta à missiva, a Secretaria da Presidência da República divulgou que nada poderia fazer.

Conclusão

Buscou-se demonstrar, no curso do texto, de maneira breve, como as correspondências enviadas por autoridades estaduais e cidadãos à Secretaria da Presidência da República constituem fontes relevantes para a análise da História da Saúde Pública a partir de um estudo de caso: o Estado do Amazonas e seu percurso histórico no primeiro governo Vargas. A correspondência do missionário Pedro Massa oferece subsídios para analisar a ausência do Estado em relação à assistência às populações da região amazônica, resultando, assim, na ação de missões religiosas e organizações particulares. O Estado Novo, instaurado em 1937, propiciou o aumento de possibilidades da intervenção estatal em algumas áreas, como a Saúde Pública, aumentando, também, a demanda de ações, como visto nas correspondências de João Valente Doce e Djalma Batista. Por fim, procurou-se demonstrar, outrossim, que o pesquisador pode ampliar seu leque analítico a partir de diferentes tipos de documentação histórica, como as expostas no artigo.

Referências

ANDRADE, Rômulo de Paula. *A Amazônia vai ressurgir!* Saúde e saneamento na Amazônia do primeiro governo Vargas (1930-1945). 2007. 180p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: PPGHCS/COC/Fiocruz.

ANDRADE, Rômulo de Paula & HOCHMAN, Gilberto. O Plano de Saneamento da Amazônia (1940-1942). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 14, supl. p. 257-277, Rio de Janeiro, dezembro, 2007.

BURKE, Peter. Abertura: a nova história, seu passado e seu futuro. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992.

CUETO, Marcos. Los ciclos de erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940. In: CUETO, Marcos (org.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, 1996.

FERREIRA, Jorge. *Os trabalhadores do Brasil: o imaginário popular*. Rio de Janeiro: FGV, 1997.

GOMES, Ângela de Castro (org.). *Escrita de si, escrita da História*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

KIPLE, Frederik (ed.). *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

MASSA, Monsenhor Pedro. *Pelo Rio Mar: as missões salesianas no Amazonas*. Rio de Janeiro: Estabelecimento de Artes Gráficas C. Mendes Junior, 1933.

PALMER, Steven. Saúde imperial e educação popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana. In: HOCHMAN, Gilberto & ARMUS, Diego (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 217-248.

PIRES MENEZES, Maria Lúcia. Trabalho e território: as missões católicas no interior do Estado do Amazonas, Brasil. *Scripta Nova – Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, v. VI, n. 119 (11), Barcelona, agosto, 2002. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn119-11.htm>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2007.

REIS, José Roberto Franco. *Não existem mais intermediários entre o governo e o povo: correspondências a Getúlio Vargas – o mito e a versão (1937-1945)*. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002.

Políticas públicas para a maternidade e a infância no Brasil na primeira metade do século XX

Ana Paula Vosne Martins

Desde meados do século XIX, observadores da realidade social dos mais diferentes matizes ideológicos começavam a perceber que o capitalismo não produzia somente oportunidades e riquezas, e que estas não eram distribuídas com justiça entre as classes sociais. Tal constatação propiciou tanto o ativismo social quanto a formulação de um conjunto heterogêneo de análises que procuravam explicar a pobreza crescente e cada vez mais visível em grandes cidades europeias e americanas.

As observações realizadas por filantropos, religiosos, mulheres ativistas e também pelos literatos mostravam que, entre os pobres, as mulheres e as crianças eram mais atingidas e sofriam de maneira mais intensa os efeitos da pauperização, como o abandono, a desnutrição e as doenças causadas pelas péssimas condições de moradia e trabalho.

Os primeiros estudos sobre as condições de vida das classes trabalhadoras datam da década de 1830 e foram mais numerosos na Inglaterra, como mostrou Engels no seu relato sobre os efeitos da Revolução Industrial na classe trabalhadora daquele país¹. Contudo, outros estudos foram realizados por intermédio da iniciativa individual ou de organizações filantrópicas e religiosas nos países mais diretamente afetados pelas transformações sociais e econômicas, mostrando os efeitos devastadores da pobreza extrema e apontando medidas não só de caráter filantrópico, mas essencialmente políticas, que demandavam do Estado a adoção de uma legislação social voltada para a proteção dos mais fracos.

A questão social, conforme formulada e criticada por diferentes agentes sociais, deveria ser enfrentada com ações articuladas entre a iniciativa privada e o Estado, a começar pela família das classes mais pobres. A família passou, também, a ser vista como uma instituição política, antes que privada. Esta nova

² ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1982. Engels utilizou como fonte os relatórios de pesquisas sociais, dentre eles “Factory Enquiry Commission” (1833), “Enquiry into Sanitary Condition of the Labouring Population” (1842) e “Children Employment Commission” (1842-1843).

visão da família, como base ou fundamento da nação, como a célula-mãe da sociedade, ganhou adeptos ao longo do século XIX, num contexto de ideologias nacionalistas e de visões cada vez mais organicistas da sociedade. No entanto, esta visão política da família confrontava-se com o princípio quase intocável da autonomia familiar, além de trazer à tona um tema sensível para a moralidade oitocentista: a incapacidade masculina, nas classes trabalhadoras, em prover as necessidades dos seus dependentes.

As discussões em torno do trabalho infantil nas fábricas e minas já apontavam para esta dificuldade em se enfrentar a autonomia familiar e a autoridade paterna. Poderiam as autoridades impedir que os pais tivessem acréscimo em sua renda com o trabalho de seus filhos? As autoridades poderiam interferir na forma como os pais criavam os filhos? Filantropos e religiosos teriam o direito de opinar sobre os hábitos e costumes das pessoas das classes populares, entrar em suas casas e investigar as suas condições de existência? Para os ideólogos liberais, isso era uma afronta; uma intromissão inaceitável na família e uma violação dos princípios morais. Já para os reformistas sociais de diferentes matizes ideológicos, não era possível tergiversar com a miséria, pois isso, sim, era imoral e injusto. Era necessário atacar o problema, e as soluções também variavam conforme a posição político-ideológica.

Foi no contexto da formulação da questão social e do enfrentamento da pauperização urbana, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, que a maternidade e a infância deixaram de ser assuntos exclusivos da esfera familiar e passaram a integrar as agendas de médicos, ativistas feministas, filantropos, Estados e organismos internacionais que surgiram após a Primeira Guerra Mundial, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O objetivo deste artigo, portanto, é, primeiro, entender por que este processo ocorreu e, segundo, analisar as políticas públicas materno-infantis formuladas no Brasil na primeira metade do século XX, procurando compreendê-las a partir da organização de uma estrutura burocrático-administrativa e da legislação social criada da década de 1920 em diante.

Maternidade e infância: a construção de um problema social

Entender como a maternidade e a infância passaram a ser alvo das políticas públicas requer a compreensão do significado destas palavras e também do novo papel do Estado nas sociedades liberais capitalistas. Para tanto, acredita-se que uma abordagem de gênero como aqui se propõe é metodologicamente adequada para se ter uma visão mais ampla de um processo que é político e social, e geralmente não é levado em conta nas avaliações macroestruturais do Estado de

bem-estar social, com exceção das análises feministas e de gênero produzidas a partir das décadas de 1980 e 1990².

A elaboração de políticas públicas voltadas para a maternidade e a infância revela um vocabulário capcioso, pois aparentemente o discurso maternalista parece defender os direitos das mulheres. Contudo, não se trata de uma valorização da mulher enquanto cidadã, ou de uma concepção universalista de direitos, mas sim do enaltecimento da função maternal. O universalismo está ligado à ideia de que todas as mulheres são mães, mesmo aquelas que não dão à luz. Entender como esta retórica maternalista está presente nos discursos dos médicos e das mulheres ativistas, e também na elaboração das políticas públicas, remete ao objetivo principal dos agentes envolvidos na proteção à maternidade: a criança. Portanto, configura-se no discurso maternalista uma concepção instrumental da mulher-mãe, pois é através dela que os filantropos, os médicos e os funcionários do Estado podem alcançar a criança.

No final do século XIX, as crianças já constituíam um grupo distinto, com necessidades específicas, cujo valor não estava na sua força de trabalho, mas na sua existência unicamente. Representavam o futuro, não só da família, mas da comunidade política representada pela Nação e da comunidade emocional da Pátria. Portanto, a perda das crianças significava, cada vez mais para os defensores da infância, uma sangria nacional, um tesouro dilapidado, um descaso de pais e autoridades públicas que deveria, urgentemente, cessar. Iniciava-se o culto à criança, consolidado no século XX com a puericultura e a psicologia, sendo considerado pelos especialistas no assunto como o século da criança³.

Portanto, a valorização da mulher-mãe não pode ser vista como resultado direto de um reconhecimento dos direitos das mulheres à saúde e à assistência social, embora fosse assim formulado, especialmente pelas mulheres ativistas, feministas ou não. Não se pode esquecer que a maternidade como experiência feminina não unifica as mulheres, isto é, a maternidade é vivida de acordo com as

² A bibliografia sobre gênero e o *welfare state* é bastante extensa. Citam-se apenas os trabalhos que são referência para a presente pesquisa: BOCK, Gisela & THANE, Pat (eds.). *Maternidad y políticas de género*. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950. Valencia: Cátedra, 1996; KOVEN, Seth & MICHEL, Sonya. Womanly duties: maternalist politics and the origins of welfare states in France, Germany, Great Britain and the United States, 1880-1920. *American Historical Review*, v. 95, n. 4, p. 1.076-1.108, October, 1990; COHEN, Miriam & HANAGAN, Michael. The politics of gender and the making of the welfare state, 1900-1940: a comparative perspective. *Journal of Social History*, v. 24, n. 3, p. 469-484, Spring, 1991.

³ Ver SHORTER, Edward. *A família moderna*. Lisboa: Terramar, 1995; EHRENREICH, Bárbara & ENGLISH, Deirdre. *Para seu próprio bem*. 150 anos de conselhos de especialistas para as mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003; KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF, 2000.

diferenças sociais, etnorraciais e culturais, mas, no momento em que se torna um dos elementos-chave da questão social, essa diversidade desaparece através de um mecanismo ideológico em favor não das mulheres, mas das crianças. Se, até o século XIX, a mulher foi definida em função de seu *status* social de esposa, a partir de então – e especialmente no século XX –, sua identidade e, mesmo, razão de ser passou a depender diretamente da maternidade.

Para entender como se organiza politicamente a proteção à maternidade e à infância, faz-se necessário compreender como o poder público – representado pelos parlamentos que elaboraram as primeiras legislações protetoras e pelas estruturas executivas de políticas públicas – passou a desempenhar um novo papel ao regulamentar e intervir, mesmo que de maneira tímida, nas relações de trabalho e na família dos trabalhadores. A análise requer uma dupla aproximação: por um lado, entender o novo papel do Estado nas sociedades capitalistas nas quais predominava o ideário liberal; por outro, situar o debate acadêmico sobre o *welfare state*, salientando a ausência de abordagens sobre a maternidade, a paternidade, a infância e a manutenção das famílias, pois tradicionalmente as interpretações restringem-se à regulação das relações entre o capital e o trabalho.

Será tomado como ponto de partida um dos documentos mais representativos do debate político sobre o papel do Estado na sociedade capitalista, a encíclica *Rerum Novarum*, publicada em 15 de maio de 1891 no pontificado de Leão XIII. Neste documento, percebe-se a convergência de uma corrente política intervencionista que veio se constituindo e fortalecendo ao longo do século XIX. O receituário liberal da sobrevivência dos mais fortes num mundo aberto aos talentos individuais, aos investimentos de capitais e ao desejo de enriquecimento passou a ser criticado pelos socialistas, mas também pelos democratas humanistas de diversas tendências e pelos cristãos, dentre eles os católicos. Entre estes últimos, a produção de textos de denúncia sobre os efeitos perversos da política do livre mercado para as classes trabalhadoras já apontava, desde meados do século XIX, para a necessidade de uma regulação externa que devia ser exercida pelo Estado e reconhecida pelos patrões e pelos trabalhadores. Temendo as soluções revolucionárias, de um lado, e as soluções pouco exequíveis ou tímidas demais, de outro, os pensadores católicos propuseram uma saída para a questão social, que mantinha a ordem pregando a concórdia entre as classes, contanto que o Estado não favorecesse apenas os ricos, mas assumisse sua responsabilidade com a classe operária:

A classe rica faz das suas riquezas uma espécie de baluarte e tem menos necessidade da tutela pública. A classe indigente, ao contrário, sem riquezas que a ponham a coberto das injustiças, conta principalmente com a proteção do Estado. Que o Estado se faça, pois,

*sob um particularíssimo título, a providência dos trabalhadores, que em geral pertencem à classe pobre*⁴.

O texto pontifício, reconhecido como um dos documentos do pensamento social do século XIX mais importantes e influentes, chamava a responsabilidade do Estado para com os mais fracos, não apenas para atuar como árbitro entre o capital e o trabalho, mas para que se efetivasse a justiça social, definida no texto como sendo a justiça distributiva.

Foi nesse contexto de acirramento das posições ideológicas sobre os rumos da sociedade capitalista que alguns países europeus começaram a elaborar as primeiras leis de proteção e regulação do trabalho, atendendo, mesmo que parcialmente, às reivindicações dos trabalhadores organizados e dos pensadores sociais. Contudo, esta intervenção do Estado nas relações de trabalho não foi universal. A legislação social e o Estado deveriam beneficiar os mais pobres, os mais necessitados, os mais fracos e despossuídos. A legislação inicialmente foi elaborada para atender às necessidades de grupos sociais que estavam fora do mercado de trabalho, como os idosos, os doentes, os desempregados, os incapacitados física e mentalmente, as mães e as crianças, embora nem todas as mães estivessem fora do mercado de trabalho, como denunciavam as trabalhadoras.

Analisando as legislações sociais produzidas entre o final do século XIX e o início do XX, observa-se que os primeiros trabalhadores das fábricas, de ateliês e oficinas a contar com a proteção especial do Estado foram as mulheres e as crianças. Esta atenção diferenciada foi resultado de um conjunto de pressões políticas, mas o que por ora se quer ressaltar é que as análises sobre o *welfare state* minimizaram ou simplesmente ignoraram a influência do gênero na formulação das políticas de bem-estar que se iniciaram no final do século XIX. Isto se deve ao tipo de abordagem realizada pelos especialistas que enfocaram a questão pela perspectiva da força de trabalho (vista como masculina, embora fosse grande a participação feminina na mão de obra) e da economia política, salientando principalmente a intervenção do Estado na economia e a questão dos gastos públicos⁵.

Análises mais recentes vêm mostrando como outras instâncias de ação política foram importantes e desempenharam papel fundamental no desenvolvimento tanto do pensamento do bem-estar social quanto do *welfare state*⁶. O ativismo político e social das mulheres europeias e americanas do final do século XIX e do

⁴ LEÃO XIII. *Encíclica Rerum Novarum*. 15 de maio de 1891. In: DE SANCTIS, Frei Antonio O. F. M. *Encíclicas e documentos sociais: da Rerum Novarum à Octogésima Adveniens*. Coletânea organizada e anotada. São Paulo: LTr, 1991. p. 34.

⁵ Sobre as diferentes abordagens do *welfare state*, ver EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich & KOCPOL, Theda (eds.). *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

⁶ KOVEN, Seth & MICHEL, Sonya. *Op. cit.*

início do XX, bem como as organizações assistenciais e filantrópicas exerceram forte pressão na opinião pública e junto aos parlamentares, atuando como verdadeiros *lobbies* em favor da infância e da maternidade. Como salientaram Koven & Michel (1990), não se pode compreender o desenvolvimento das políticas públicas de bem-estar social sem entender este movimento político que foi o maternalismo; sem levar em conta que havia interesses não apenas humanitários, por parte do Estado, em proteger a maternidade e a infância.

Ao se analisarem as primeiras leis de proteção aos trabalhadores e grupos sociais específicos, como os doentes, idosos, incapacitados, mães e crianças, é importante esclarecer que as ações que passaram a ser chamadas de políticas sociais (relacionadas a educação, habitação, saneamento, saúde, previdência e assistência social) eram, mesmo que esporádica e parcialmente, formuladas e implementadas por grupos e organizações privadas dos mais diferentes matizes políticos e ideológicos. Tomados em conjunto, representam o pensamento do bem-estar social, abrangendo definições que iam da filantropia de motivação religiosa, passando pelo ativismo humanitário e reformista, até aquelas de inspiração socialista. O que todas estas correntes tinham em comum era a consciência da questão social, da responsabilidade para com os mais fracos e impotentes e da necessidade de ação visando a minorar ou, mesmo, transformar as realidades nas quais intervinham.

Este esclarecimento é necessário, pois as políticas de bem-estar não são necessariamente resultado dos novos arranjos das relações entre os Estados e a sociedade, ou do *welfare state*. Pelo contrário, as políticas de bem-estar social eram defendidas e implementadas por organizações bastante diferenciadas, que podiam atuar sozinhas, em colaboração com outras ou, mesmo, com as autoridades locais. Talvez isso explique por que as primeiras políticas relacionadas ao *welfare state* tenham sido aquelas que já vinham sendo colocadas em prática pelas organizações não estatais, afinal estas tinham mobilização política suficiente para pressionar o Poder Legislativo, além de contar com a experiência na atuação junto aos grupos sociais assistidos. Este é o caso das políticas de proteção à maternidade e à infância.

Historiadores do *welfare state* e do gênero mostram como, em alguns países europeus, a assistência material e espiritual às mães e às crianças era fornecida principalmente por grupos femininos, embora não de maneira exclusiva. Mulheres ativistas procuravam exercer de forma organizada e mais ampla as suas funções maternas, atendendo a outras mulheres. Há várias evidências históricas desta ação, que é filantrópica, mas que, ao longo do século XIX, contribuiu para a conscientização política de muitas mulheres, no sentido de denunciar as injustiças sociais, de procurar soluções para os problemas mais emergenciais, mas também para a compreensão de que sozinhas não conseguiriam transformar as péssimas

condições de vida das famílias que ajudavam. Foi a partir do ativismo social que muitas mulheres ligadas à proteção à infância e à maternidade se convenceram da necessidade da intervenção do Estado como a única forma de estabelecer regras e distribuir a responsabilidade social entre o poder público e as classes mais favorecidas em favor da melhoria das condições de vida dos mais pobres, especialmente das mães e de seus filhos.

Da experiência das mulheres ativistas em atender às mães pobres é importante lembrar pelo menos duas iniciativas que foram, posteriormente, adotadas pelas autoridades municipais e pelos governos centrais. Trata-se das visitadoras sociais e das casas maternais. Tanto na Inglaterra quanto na França, o ativismo feminino visava a melhorar as condições de vida das mães pobres por meio do diagnóstico das mesmas, realizando visitas periódicas às casas, procurando conhecer os costumes das classes populares e os problemas mais urgentes. Estas visitas nem sempre foram bem recebidas pelas pessoas pobres, pois as mulheres de classe média geralmente as julgavam através dos valores morais burgueses, acabando por responsabilizá-las pela pobreza. Contudo, nem todas as observações resultavam em preconceito de classe. Muitas mulheres comprometidas com a reforma social conseguiram ultrapassar as diferenças culturais entre as classes e formular diagnósticos bastante realistas tanto da pobreza quanto de suas causas sociais, além de contribuir para a divulgação de conhecimentos sobre higiene e alimentação entre as mulheres pobres de forma mais acessível e menos autoritária⁷.

Outra experiência que serviu de modelo para políticas públicas foram os abrigos maternais ou casas para mães solteiras. A historiadora Françoise Thébaud explicou que foi na França que surgiram estes espaços para atender às “párias da maternidade”, mulheres solteiras que, na sua maioria, vinham de pequenas cidades e aldeias ou eram imigrantes. A questão da maternidade fora do casamento era condenada com veemência, mas alguns médicos e as feministas procuraram proteger tais mulheres, tanto por razões natalistas quanto por motivações humanitárias. As referidas casas podiam abrigar as grávidas até o momento do parto ou servir de refúgio para o parto e, depois, para o aleitamento. Era regra que, nesses estabelecimentos, se adotasse o sigilo sobre a identidade das mulheres, dispensando qualquer formalidade ou investigação. Além disso, estes abrigos ofereciam consultas médicas para as mulheres e as crianças, e atuavam na prevenção, incentivando as mães a amamentarem os filhos⁸.

⁷ THANE, Pat. Las ideas de género en la construcción del Estado de bienestar británico: el caso de las mujeres del Partido Laborista británico y la política social, 1906-1945. In: BOCK, Gisela & THANE, Pat. *Op. cit.* p. 171-213.

⁸ THÉBAUD, Françoise. *Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité em France dans l'entre-deux-guerres*. Lyon: PUL, 1986.

As primeiras intervenções do Estado visando à proteção das mães pobres e de seus filhos ocorreram na França, na Suíça e na Alemanha. Cabe observar que as primeiras leis de proteção à maternidade e à infância tratam, respectivamente, da regulamentação da amamentação mercenária e do trabalho feminino, afinal os dois temas estavam intimamente relacionados, dividindo opiniões. Segundo o Dr. Martagão Gesteira, médico baiano influente nas políticas de saúde materno-infantil no Brasil entre as décadas de 1920 e 1950, ao se falar de assistência pública à maternidade e à infância, há que se ter no horizonte os “princípios capitais” que foram estabelecidos pelo modelo francês:

- a - repouso da gestante nas últimas semanas de gravidez;
- b - respeito à integridade do binômio mãe-filho, cuja ruptura é sempre desastrosa para a criança, como já acentuara, em 1874, perante o parlamento francês, Théophile Roussel;
- c - direito da mulher que trabalha de permanecer em casa quatro a seis semanas após o parto para criar o filho;
- d - facilidade à gestante empregada de ausentar-se do trabalho uma hora por dia para amamentar o filho;
- e - encorajamento, por todos os modos possíveis, à amamentação materna;
- f - proteção ao filho da mulher que trabalha;
- g - amparo e defesa das crianças separadas das mães;
- h - concessão de repouso às mães desvalidas para a criação do filho;
- i - indenização pelo trabalho cessante à empregada gestante ou mãe;
- j - instituição do seguro-maternidade;
- k - assistência às famílias numerosas;
- l - encorajamento à natalidade;
- m- repressão ao aborto;
- n - investigação da paternidade;
- o - repressão ao abandono⁹.

Estes princípios que arrolam as políticas do *welfare state* para a maternidade e a infância foram regulamentados por leis e colocados em prática na França e em outros países europeus no período situado entre 1874 e 1950. Percebe-se como a questão da maternidade e do trabalho feminino, denunciada pelas feministas como sendo uma das questões sociais mais urgentes e importantes, foi contemplada pelas legislações ao lado de outra medida muito popular entre médicos e ativistas feministas, que é o seguro ou a pensão para as mães¹⁰.

⁹ GESTEIRA, Raymundo Martagão. *Puericultura: higiene física e social da criança*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1957. p. 336.

¹⁰ Sobre os abonos e pensões para as mães na Europa, ver PEDERSEN, Susan. Gender, welfare, and citizenship in Britain during the Great War. *American Historical Review*, v. 95, n. 4, p. 983-1.006, October, 1990; LEWIS, Janet. Modelos de igualdad para la mujer: el caso de la ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX. In: BOCK, Gisela & THANE, Pat. *Op. cit.*

Segundo Gisela Bock, as leis aprovadas nos países europeus antes da Primeira Guerra Mundial trouxeram mudanças positivas para as mães das classes mais desfavorecidas, mesmo que só protegessem as mulheres trabalhadoras nas fábricas e oficinas e se restringissem à questão do trabalho, não ampliando sua esfera de ação para a saúde e a assistência social. Esta ampliação só ocorreu após a Primeira Guerra Mundial e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919.

A OIT foi criada por ocasião da Conferência da Paz e como parte do Tratado de Versalhes. A primeira Conferência Internacional do Trabalho ocorreu em 29 de outubro de 1919, em Washington, na qual cada Estado-membro enviou dois representantes governamentais, um representante dos empregadores e um dos trabalhadores. Nesta ocasião, foram aprovados os primeiros convênios internacionais do trabalho, dentre eles a Convenção n. 3, que trata do trabalho feminino antes e após o parto. Analisando-se mais detalhadamente os artigos desta Convenção, observa-se a influência das feministas e dos médicos, afinal muitos deles participaram como representantes governamentais, como é o caso da feminista brasileira Bertha Lutz¹¹.

Basicamente, a Convenção está fundamentada em quatro grupos de disposições: a licença para o parto, a garantia de emprego para a gestante e a mãe, o abono maternidade e o incentivo à amamentação. Um dos primeiros aspectos a se observar é que a Convenção tratava apenas das condições de trabalho nas indústrias e no comércio, deixando fora o trabalho agrícola, doméstico e público. Estas categorias só foram incorporadas na revisão de 1952.

Quanto à licença para o parto, a Convenção estabelecia que a trabalhadora se afastasse seis semanas antes e seis semanas depois do parto, embora alguns países já contassem com leis que as concedessem, mas o problema é que não havia uma definição clara na Convenção de que a licença era um direito amparado pelas leis dos países signatários. Devido às relações de poder entre empregadores e empregadas, e ao fato de algumas leis referentes ao assunto não serem compulsórias, os patrões pressionavam as mulheres a abrir mão da licença. Esta questão será vista com mais detalhes ao se tratar da legislação brasileira.

A Convenção estabelecia que, durante a licença, a mulher deveria receber um seguro ou abono suficiente para manter a si mesma e ao filho, concedido pelo poder público ou por um sistema de seguro social. Críticas a este sistema de abono maternidade apontavam para o fato de que seus valores eram inferiores ao valor dos salários. Como, ao saírem de licença, as trabalhadoras deixavam de receber o

¹¹ A Convenção n. 3 foi adotada em 1919, mas só entrou em vigor em 1º de setembro de 1921. Foi ratificada por 16 países em 1937, sendo revisada em 1952 e 2000. Disponível em: <<http://www.ilo.org>>.

salário para perceber o abono, muitas trabalhavam até o momento de dar à luz e voltavam tão logo pudessem, pois os abonos não cobriam as necessidades básicas.

Quanto à questão da proibição da demissão para a mulher que saísse de licença, sem dúvida foi um grande avanço; contudo, da mesma forma, a aplicação dessa norma dependia do caráter compulsório das leis que tratassem do trabalho feminino, prevendo pesadas multas para os empregadores que as infringissem.

A previsão de uma hora de afastamento das atividades laborais para amamentar o filho também já estava presente em algumas leis europeias, bem como a instalação de creches em estabelecimentos que tivessem acima de 30 ou 50 trabalhadoras. Esta questão foi bastante criticada pelas feministas, que sabiam o quanto os empregadores burlavam tal recomendação, levando-as a defender que o Estado se responsabilizasse pela construção e manutenção de creches e jardins de infância¹².

Observando a evolução das políticas públicas para a maternidade e a infância na Europa, nota-se o quanto foram decisivas a atuação e as ideias das organizações de mulheres e dos médicos em favor de uma intervenção cada vez maior do Estado. Inicialmente, o poder público foi tímido diante das resistências dos empregadores e ao princípio da autonomia familiar. Contudo, a partir da década de 1920, com o fortalecimento dos Estados e a implementação de políticas abertamente natalistas, observa-se uma crescente intervenção com a legislação de proteção ao trabalho feminino, de saúde e de assistência social, mesmo que indireta ou secundariamente voltadas para a maternidade. Outro aspecto a se ressaltar desse processo é a tendência à universalização das políticas da maternidade na Europa, ampliando para todas as mulheres os benefícios e os serviços prestados pelo Estado.

Apesar das ideias conservadoras sobre a maternidade e o gênero que fundamentaram as políticas de bem-estar a partir da década de 1930, não se pode deixar de reconhecer que, em relação às mulheres mais pobres, a existência de leis protetoras e serviços públicos de saúde e assistência foram muito importantes para a melhoria das suas condições de vida. A partir de então, a mortalidade materna e infantil na Europa Ocidental caiu vertiginosamente.

No que diz respeito ao gênero, a análise do desenvolvimento do *welfare state* europeu requer uma abordagem individualizada ou, pelo menos, que leve em consideração as especificidades da organização política nos diferentes países. Nota-se que, naqueles países em que predominou um regime político democrático-social, a ênfase foi na igualdade e na universalização dos direitos, com maior participação das mulheres na estrutura do Estado. É o caso de países como Noruega,

¹² *Rapport sur la protection de la maternité*. Documento apresentado no Congresso da Aliança Internacional para o Sufrágio e Ação Cívica das Mulheres. Federação Brasileira para o Progresso Feminino. Caixa 38. Arquivo Nacional.

Suécia e Dinamarca. Nas nações mais conservadoras ou de regime político corporativo, a capacidade de resolver as desigualdades de gênero foi mais reduzida, quando não reforçadas, devido à ênfase no modelo normativo de família, prevalecendo a paternidade provedora e a maternidade dependente. Observa-se tal evolução na França, Itália, Bélgica, Áustria, Espanha, Alemanha e em Portugal. A Inglaterra representa um regime político liberal na Europa entre guerras, semelhante aos Estados Unidos e ao Canadá no continente americano, e a alguns países latino-americanos, como o Chile, a Argentina e o Uruguai, nos quais predominaram sistemas de seguridade social bastante modestos e mais restritos às pessoas pobres. No caso britânico, é interessante observar como este modelo sofreu alterações após a década de 1940, assumindo um perfil mais próximo aos países nórdicos, ampliando significativamente os direitos e serviços voltados para a maternidade e a infância, embora não apresentasse uma orientação universalista.

A evolução do *welfare state* europeu revela como o gênero esteve, desde o início, presente no diagnóstico dos problemas sociais e na formulação das políticas sociais desenvolvidas por agentes privados ou públicos. As razões para isso não podem ser encontradas apenas ou somente no humanitarismo, embora ele tenha exercido seu papel, principalmente numa época de crescente sensibilidade e emotividade. Sem dúvida, as razões mais importantes foram aquelas relacionadas ao gênero e às relações sociais, pois a incorporação das mulheres na força de trabalho assalariada representou um forte abalo nas estruturas familiares tradicionais e no sistema de valores de gênero, no qual a mulher e o homem desempenhavam papéis complementares. Com as transformações econômicas do capitalismo industrial, a maternidade passou a ser realmente um problema; um problema que os observadores da época perceberam não ser possível resolver nos quadros da própria família, nem das paróquias, nem das organizações filantrópicas. Foi necessário que o Estado passasse a se responsabilizar, regulando as relações entre o capital e o trabalho, as relações de poder dentro da família e criando, ele próprio, políticas públicas para atender às mães e às crianças, de modo a atuar como um elemento dinamizador das relações econômicas e sociais.

A proteção à maternidade e à infância no Brasil

Em 1947, o médico Eurico Carneiro publicava o artigo intitulado “A mãe, o filho e o Estado”, no Boletim da Legião Brasileira de Assistência, instituição criada em 1942 para atender aos pracinhas e às suas famílias, mas que havia se tornado, desde 1946, uma imensa rede de assistência social que também acudia mães e crianças pobres em seus postos de puericultura espalhados pelo País. Certamente foi atendendo nestes postos que Dr. Eurico acumulou a experiência que o levou a divulgar suas ideias sobre as relações entre o Estado, a maternidade e a infância no Brasil.

Ainda com a forte memória da Segunda Guerra, Dr. Eurico começou seu artigo falando da crise populacional que se abatia sobre os países europeus desde antes do conflito mundial e da falta de braços válidos e nacionais no Brasil. Diante deste problema demográfico, o doutor formulou as seguintes questões:

*Que fazemos do nosso próprio material humano? Como nos conduzimos perante a mulher brasileira pronta a dar vida? Como a assistimos na elaboração de um novo ser? Que cuidados são tomados durante a gestação? Em que condições de higiene se processa o parto? Que criança vai nascer? Que cuidados lhe são ministrados nos primeiros meses e anos de vida, de modo a se oferecer à nacionalidade mais um par de braços robustos e mais uma inteligência?*¹³.

Procurando responder ele mesmo a estas questões, dão eminente médico ofereceu um quadro bastante desolador da maternidade no Brasil, recorrendo às imagens que seus colegas de profissão, desde o começo do século XX, também utilizavam para descrever as condições da maternidade entre as mulheres pobres tanto do interior do País como dos centros urbanos maiores. Assim, ele falou das sórdidas cabanas de sapé e pau a pique, das mães devoradas pelos vermes e pela anemia, do excesso de trabalho, da ignorância e da preponderância do atendimento proporcionado pelas parteiras leigas, comadres ou curiosas: “É preciso ver para crer. Só nós, médicos, sabemos do drama apunhalante que se vive dia a dia, hora a hora, nesses cortiços imundos, nesses lôbregos pardieiros sem ar nem luz, onde o processo da vida se verifica nas mais penosas condições de higiene e asseio”¹⁴.

Dr. Eurico trabalhava para a LBA viajando pelo interior dos Estados de Minas Gerais e do Rio de Janeiro e, como profissional médico bem informado e defensor da puericultura, ele não tinha dúvidas quanto à saída para os problemas constantemente diagnosticados e denunciados pelos médicos brasileiros: a intervenção do Estado fazendo-se necessária para a proteção da maternidade e da infância. Cabe ressaltar como Dr. Eurico mencionou o problema da intervenção do Estado em assuntos considerados atinentes à esfera privada, mas imediatamente justificou esta iniciativa política, dizendo que, em vista do desamparo, da solidão e do abandono, não havia outro recurso nem solução. Segundo ele, o homem brasileiro ainda não tinha instrução e noção de responsabilidade que lhe permitisse andar sozinho, precisando das **muletas do Estado**.

Se pensarmos que ele não está falando de proteção do Estado para homens, mas para mulheres mães, atente-se para o que ele considerava, então, ser esta intervenção:

¹³ CARNEIRO, Eurico. A mãe, o filho e o Estado. *Boletim da LBA*, ano II, n. 27, p. 21, setembro, 1947.

¹⁴ *Idem*, p. 22.

É assim que, num gesto de caridade, de assistência, de patriotismo em ação, surgem os ambulatórios, as policlínicas, as maternidades, os postos de saúde. Estamos diante de uma das mais notáveis benemerências do Estado nos tempos de agora¹⁵. As mães pobres, agradecidas por tantas benemerências, ouviriam do Estado benfeitor a seguinte peroração:

Veja: eu lhe dou esta casa, este salão, este leito macio e confortável [hospital-maternidade]. Eu lhe proporciono médicos e enfermeiras. Eu lhe entrego uma dieta apropriada. Eu, Estado, estou vendo o grandioso de sua missão, de dar mais filhos ao Brasil, portanto, de concorrer para a maior grandeza de nossos destinos. Mas, preste atenção: é necessário que também você concorra com sua parte ao entregar à Pátria uma criança de que a Pátria se ufane, jamais um monstrozinho raquítico, macilento ou tarado. É mister que você desde já, desta enfermaria batida por um sol estonteante, aprenda alguma coisa para fazer em sua casa junto a seu filho em matéria de higiene e de saúde, porque você é responsável, mais que ninguém, pela futura apresentação de um estudante com boas notas e de um soldado com alguns galões. Você, mulher brasileira, precisa tratar de seu filho com mais carinho do que trata de suas joias, de sua pele ou de seu vestido novo. Ele não é apenas seu, é nosso, é do Brasil. Esta maternidade foi fundada para fazer um Brasil forte, porque belo nós já o temos¹⁶.

Esta longa citação das ideias do Dr. Eurico Carneiro fez-se necessária porque elas são consideradas representativas do pensamento médico e técnico que predominou nas estruturas burocrático-administrativas dos governos federal e estadual a partir da década de 1920 e, mais enfaticamente, entre as décadas de 1930 e 1940. Este pensamento tem sua origem na filantropia e na higiene, mas é reforçado, ao longo das duas primeiras décadas do século XX, pelo pensamento social que se consolidava e ganhava adeptos entre os mais diferentes agentes, como médicos puericultores, obstetras, ginecologistas, feministas, ativistas da filantropia e representantes religiosos

Na época em que se formulava o pensamento médico-social no Brasil (meados do século XIX), não havia nenhuma política do Estado voltada para a população pobre. Quem podia pagar contava com os serviços particulares dos médicos; quem não podia recorria aos hospitais de caridade das Santas Casas. As primeiras manifestações favoráveis à intervenção do Estado para proteger as mães e as crianças datam do século XIX ainda, com a defesa da construção de maternidades para atender às mulheres mais pobres e as escravas. Apesar da

¹⁵ *Idem*, p. 22.

¹⁶ CARNEIRO, Eurico. A mãe, o filho e o Estado. *Boletim da LBA*, ano II, n. 28, p. 20, Rio de Janeiro, Outubro, 1947.

falta de interesse das autoridades imperiais, e depois republicanas, com a infância e a maternidade, os médicos e as mulheres das classes mais privilegiadas que atuavam nas associações de caridade não deixaram de reclamar deste descaso, atuando por conta própria ao fundar instituições para atender às mães e a seus filhos. As organizações filantrópicas que foram fundadas no Brasil a partir das primeiras décadas do século XX são reveladoras de como o problema da infância e da maternidade desassistidas começava a mobilizar médicos e cidadãos das classes mais favorecidas, principalmente as mulheres, sensibilizados com as condições de vida destes grupos e com as altas taxas de mortalidade infantil que os médicos denunciavam. Embora prestassem serviços de grande utilidade para as mães e as crianças pobres, os filantropos e os médicos sabiam que nem toda a boa vontade deste mundo conseguiria, sozinha, modificar o triste quadro que viam nas cidades e que os médicos de lugares mais remotos relatavam. Da mesma forma que o ativismo filantrópico europeu, os médicos e as mulheres ligados à benemerência passaram a defender a intervenção do Estado na questão social, em particular no problema da maternidade e da infância, reivindicando a organização da assistência pública nos mesmos moldes das organizações privadas, mas com garantia de verbas e ampliação da população atendida.

O envolvimento dos médicos brasileiros com a questão da proteção à maternidade e à infância passou a ocorrer de forma mais organizada e sistemática a partir da primeira década do século XX, num contexto pan-americano de debate e de problematização médico-social da questão. Médicos como o obstetra Fernando Magalhães, os pediatras Arthur Moncorvo Filho e Fernandes Figueira, o obstetra argentino Eliseo Canton e os uruguaios Luís Morquio (pediatra) e Augusto Turenne (obstetra) foram alguns dos nomes mais famosos e representativos do discurso médico da época que pugnaram por uma ação política organizada pelo Estado em favor da maternidade e da infância¹⁷. Estes médicos clamavam por uma assistência pública que garantisse às mulheres as condições mínimas para que pudessem dar à luz e cuidar dos filhos, bem como a responsabilidade pública na manutenção de instituições hospitalares, escolares, assistenciais e corretivas para as crianças e os adolescentes.

O Dr. Moncorvo Filho e o Dr. Fernandes Figueira tornaram-se bastante representativos do pensamento médico-social da época, este último fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria, em 1919¹⁸. Médicos renomados e envolvidos

¹⁷ Sobre o Pan-Americanismo e a proteção à maternidade e à infância, ver GUY, Donna J. The politics of Pan-American Cooperation: maternalist feminism and the child rights movement, 1913-1960. *Gender & History*, v. 10, n. 3, p. 449-469, November, 1998; e The Pan-American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, child reform, and the welfare state in Latin America. *Journal of Family History*, v. 23, n. 3, p. 272-291, July, 1998..

¹⁸ SETA, Marismary Horsth de. *Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos de história institucional (1924-1974)*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

com a questão da proteção à infância e à maternidade, ambos defendiam a necessidade do envolvimento do Estado através da organização de serviços públicos de assistência à saúde materno-infantil e da elaboração de leis que efetivamente protegessem a mulher trabalhadora e seus filhos, da mesma forma como estava ocorrendo na Europa e nos Estados Unidos. Suas ideias a este respeito foram debatidas por médicos de todo o País no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, ocorrido no Rio de Janeiro entre 27 de agosto e 5 de setembro de 1922. A publicação dos trabalhos em livro de mais de 400 páginas, trazendo contribuições de médicos pediatras e obstetras das mais diferentes cidades brasileiras, demonstra como, em pouco mais de duas décadas, a questão da defesa maternidade e da infância aglutinava os médicos. De uma forma geral, os médicos reclamavam da ausência de políticas públicas, algo que começou timidamente a ser tratado pelo governo federal em 1923, sob a presidência de Artur Bernardes, com o Decreto-Lei n. 16.300, aprovando o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e tratando das maternidades, do trabalho feminino e da amamentação mercenária.

Esta lei criou o primeiro órgão público voltado para a questão da maternidade e da infância, a Inspetoria de Hygiene Infantil, que só foi extinta em 1934. Como ainda não havia um Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Inspetoria de Hygiene Infantil estavam subordinados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Esta observação é importante, pois demonstra a ausência de uma compreensão da especificidade das questões referentes à maternidade e à infância, já que a Inspetoria estava sob a jurisdição da Saúde Pública, motivo de tantas críticas futuras pelos médicos que passaram a integrar os quadros técnicos do Estado.

Era atribuição da Inspetoria de Hygiene:

(...) a organização, orientação e execução dos serviços de higiene infantil no Distrito Federal e nos Estados que para isso realizarem acordos com a União, [cabendo a ela] promover iniciativas e orientar providências que tanto no Distrito Federal quanto em outras regiões do país atendam aos interesses da vida e da saúde das primeiras idades¹⁹.

Cabia ainda a esta Inspetoria implementar os serviços de saúde e fiscalização das maternidades no Distrito Federal e promover iniciativas, bem como orientá-las nos Estados. Criava-se, portanto, uma estrutura que, além das atribuições específicas para a saúde materno-infantil, tinha pretensões centralizadoras de âmbito nacional. Contudo, observando os relatos médicos dos anos 1920, percebe-se que a atuação da Inspetoria restringiu-se com mais eficiência ao Distrito Federal, tendo em vista a

¹⁹ Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, artigo 1º e artigo 317. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Consulta realizada em: 30 de outubro de 2004.

tradição política descentralizadora e, mesmo, as tensões sociais e as crises políticas do período, que desembocaram nos eventos de 1930. Somente uma análise mais particularizada para os Estados poderá dizer se a atuação da Inspetoria foi eficaz nessa tarefa de incentivar e orientar as políticas públicas para a maternidade e a infância. A presente investigação, até o momento, aponta para a escassez de programas formulados e geridos pelo poder público nos Estados, com algumas exceções, como São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná e Bahia. O que se destaca, nesse período, é a atuação da assistência filantrópica, por meio da qual as organizações assistenciais femininas desempenharam importante papel, sozinhas ou em colaboração com os médicos, como é o caso das associações femininas de proteção à maternidade e à infância ou as associações Pro-Matre, criadas em várias regiões e cidades do País a partir da primeira década do século XX.

Apesar da escassez dos dados, cabe ressaltar que a criação da Inspetoria de Higiene Infantil abrigou alguns dos médicos puericultores mais destacados das décadas vindouras, proporcionando as condições não só para o exercício da clínica, mas para a realização de observações e estudos sobre a mortalidade infantil e materna, as demandas sociais por consultórios nos bairros mais pobres, lactários e maternidades. Médicos como Olinto de Oliveira e Clovis Correa da Costa, que começaram sua atuação profissional nos quadros da Inspetoria, foram os primeiros a formular propostas de políticas públicas efetivas, a começar pela necessidade de leis de proteção à mulher trabalhadora e da criação de uma estrutura administrativa independente da Saúde Pública, voltada para a especificidade das questões de saúde e de assistência social relativas à maternidade e à infância²⁰.

Analisando-se a legislação do início da década de 1930, vê-se como a atuação das feministas brasileiras e também dos médicos surtiu efeito. A rigor, só se pode falar de políticas públicas para a maternidade e a infância, tanto no que diz respeito à legislação quanto à organização e prestação de serviços de assistência social e de saúde, nas décadas de 1930 e 1940. Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, um grupo de médicos e intelectuais defensores da necessidade da intervenção do Estado na sociedade contribuiu para a criação de organismos governamentais e a elaboração de programas voltados para o atendimento à maternidade e à infância, amparados por uma legislação menos propositiva e mais reguladora.

Esta nova orientação pode ser percebida no Código de Trabalho das Mulheres, instituído pelo Decreto-Lei n. 21.417, de 17 de maio de 1932. Em linhas

²⁰ Olinto de Oliveira exerceu cargos de direção das estruturas criadas para a maternidade e a infância no governo Vargas e foi diretor do Departamento Nacional da Criança. Clovis Correa da Costa atuou também no Hospital Artur Bernardes e no Departamento Nacional da Criança, além de publicar vários trabalhos sobre o assunto. Cf. MARTINS, Ana Paula Vosne. *Relatório final de atividades pós-doutorais*. Relatório apresentado ao CNPq em novembro de 2004. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2004.

gerais, esta lei seguiu as orientações da OIT sobre o assunto que estavam na Convenção n. 3, mas, se comparada ao decreto de 1923, foi um avanço considerável, pois não deixava dúvidas sobre a obrigatoriedade dos dispositivos do decreto, prevendo multas aos empregadores que os descumprissem, além de atribuir ao Ministério do Trabalho e ao Conselho Nacional do Trabalho as funções normatizadoras e de fiscalização.

Com a ascensão de Getúlio Vargas e de seu grupo político ao poder, pela primeira vez, no Brasil, parecia ocorrer uma coincidência de interesses entre o governo federal e os médicos. No início do Governo Provisório, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, que manteve a Inspetoria de Hygiene Infantil, responsável pela implementação das políticas de saúde materno-infantil até 1934. Na Inspetoria, atuavam médicos que defendiam as novas orientações e que tiveram um papel destacado nas políticas públicas, como é o caso de Belisário Penna, que foi diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, de Clovis Correia da Costa, autor de vários estudos sobre a maternidade e a infância, e Olinto de Oliveira, que assumiu a Inspetoria e, posteriormente, ocupou cargos de direção nos órgãos de proteção à maternidade e à infância, sendo considerado por seus contemporâneos o terceiro nome mais importante da pediatria no Brasil, junto com Moncorvo Filho e Fernandes Figueira.

Ao se analisar a documentação do Ministério da Educação e da Saúde que se encontra no Arquivo Nacional, nota-se que, apesar das dificuldades políticas do período, que colocavam obstáculos ao desenvolvimento das políticas de Saúde Pública coordenadas pelo governo federal, os serviços da Inspetoria foram estimulados e começavam a apresentar resultados no Distrito Federal com a inauguração de lactários nas regiões mais pobres da cidade, a administração de consultórios, uma creche e o Hospital Artur Bernardes. Além da clínica pediátrica, o serviço de atendimento pré-natal era prestado em 14 dos consultórios, com pessoal treinado e especializado, como as enfermeiras visitadoras da Saúde Pública, além dos obstetras. Contudo, apesar dos esforços dos novos médicos-burocratas, a organização de serviços de saúde materno-infantil ficou restrita ao Distrito Federal, com algumas exceções nos Estados que anteriormente já realizavam algum tipo de ação. Há que se destacar a Bahia, que, desde a década de 1920, vinha desenvolvendo uma série de programas coordenados pela Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil e o Departamento da Criança da Bahia, primeiro órgão público autônomo da Saúde Pública. No entanto, lendo-se as cartas de Olinto de Oliveira para o Presidente Vargas, nota-se que, apesar das boas intenções e da diretriz do governo federal em favor da maternidade e da infância, os obstáculos burocráticos, os conflitos políticos no interior do Ministério e, principalmente, aqueles de ordem financeira dificultavam sobremaneira a implementação das políticas de saúde e os programas de assistência social.

Uma tentativa de resolver os impasses foi elaborada com muito empenho pelo Dr. Olinto de Oliveira entre os anos de 1932 e 1934. Desde o início de suas atividades no Governo Provisório, Oliveira defendia a necessidade de se elaborar uma estrutura autônoma da diretoria da Saúde Pública, nos moldes do Children's Bureau, organismo criado em 1912 nos Estados Unidos. Apesar das dificuldades que enfrentava no Ministério e que comentou em suas cartas dirigidas ao Presidente Vargas, o Decreto n. 24.278, de 22 de maio de 1934, extinguiu a Inspetoria de Higiene Infantil, criando a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. Era de sua incumbência “promover em todo o país o bem-estar da criança, preservá-lhe a vida e a saúde, assegurar-lhe o desenvolvimento normal e prestar-lhe assistência e proteção”²¹.

Eram amplos e diversificados os serviços da Diretoria, abrangendo a administração hospitalar (hospitais infantis e maternidades), a formação de quadros (Escola de Puericultura), investigações e inquéritos, além da cooperação com os governos estaduais. No que diz respeito ao atendimento às mulheres, foi criada a Inspetoria Técnica de Higiene Pré-Natal e Assistência ao Parto, que abrangia as seguintes ações: notificação, registro, exame obstétrico, instrução e vigilância das gestantes; assistência, em refúgios adequados, às intoxicadas, às hiponutridas e às indigentes; fiscalização das parteiras e licenciadas; e profilaxia das infecções da puérpera e do recém-nascido (artigo 3º do Decreto n. 24.278/1934).

A assistência ao parto seria realizada tanto nas maternidades quanto através do serviço obstétrico domiciliar. Para tanto, a Diretoria propunha a instalação de maternidades regionais, subvencionando os serviços prestados às mulheres nas maternidades então existentes.

Além dos serviços médicos, de planejamento e de formação, havia também a Secção de Assistência Social para atender às mulheres e crianças pobres através da concessão de seguros ou pensões e proteção à criança abandonada. Para estes serviços, o decreto recomendava uma atuação conjunta entre a Diretoria e as associações filantrópicas.

O Decreto n. 24.278 representou uma vitória para o Dr. Olinto de Oliveira. No entanto, as dificuldades financeiras não permitiram que a Diretoria desempenhasse todas as suas atividades, mas, mesmo assim, nota-se que o trabalho de divulgação e interiorização que estava previsto no decreto começou a dar frutos, principalmente no que diz respeito à colaboração com a iniciativa particular, sendo criadas instituições de proteção à infância e maternidades em diversos municípios do País (Associação de Proteção à Maternidade e Infância – APMI).

No entanto, foi somente com a vigência do Decreto-Lei n. 2.024, de 17 de fevereiro de 1940, que se organizou uma estrutura autônoma da Saúde Pública

²¹ Artigo 1º do Decreto n. 24.278, de 22 de maio de 1934.

voltada para a formulação e a implementação das políticas de saúde e assistência materno-infantil no País. Este decreto criou o Departamento Nacional da Criança (DNCr), com o qual as ideias de Olinto de Oliveira foram contempladas, tanto no que diz respeito à autonomia das políticas materno-infantis quanto à coordenação de todas as atividades relacionadas à questão, como também à transformação do DNCr num centro de formação de médicos e enfermeiras puericultores por meio dos seus cursos. O DNCr funcionou até o início da década de 1970.

Foi a partir de 1940 e 1941 que estruturas semelhantes foram criadas nos Estados, os Departamentos Estaduais da Criança, implementando as diretrizes estabelecidas pelo DNCr e promovendo campanhas como a que foi realizada no Paraná, cujo *slogan* era “Um posto de puericultura em cada Município”, muito elogiada pelos médicos puericultores do DNCr. Também foram construídas maternidades em muitas cidades brasileiras, bem como os famosos postos de puericultura, menina dos olhos do DNCr, instalados em bairros pobres das cidades ou junto às maternidades. Outra área de atuação marcante do DNCr foi a propaganda, divulgando as noções de higiene e os ensinamentos da puericultura, através de cartazes, conferências populares e os famosos concursos de robustez infantil.

Após a criação do DNCr, estavam estabelecidas as linhas mestras das políticas de saúde materno-infantil e de assistência social às mães e crianças pobres. Em colaboração com o Instituto de Puericultura, que realizava estudos científicos e também atendia às mães e às crianças, foram mantidos e, mesmo, ampliados os serviços de atendimento médico e social, principalmente após 1946, como o convênio estabelecido entre o Departamento e a Legião Brasileira de Assistência, que, a partir deste ano, passou a se dedicar à proteção à maternidade e à infância, ampliando consideravelmente o público assistido com a sua infraestrutura de postos de puericultura, clubes de mães e a oferta de cursos populares de puericultura, nos quais atuavam médicos e enfermeiras do DNCr.

Apesar das dificuldades orçamentárias que afetavam diretamente as estruturas criadas para implementar políticas de saúde e de assistência materno-infantil após 1932, e que eram constantemente lembradas por Olinto de Oliveira nas suas cartas para o Ministro Gustavo Capanema, alguns dados fornecidos pelos médicos apontavam para uma lenta, mas positiva mudança no quadro de atendimento público às mães e crianças pobres. Dados enviados ao Ministério da Educação e da Saúde, referentes ao atendimento nos consultórios de pré-natal no Distrito Federal, por exemplo, mostram que foram atendidas 1.854 gestantes em 1935, enquanto em 1939 eram atendidas 5.302 mulheres. Os números referentes ao atendimento infantil são ainda mais expressivos, triplicando no número de crianças atendidas nos dispensários infantis entre 1935 e 1939²². Outro conjunto de

²² CPDOC. Arquivo Gustavo Capanema. GC 35.06.22 1934 – 1945. Pasta VIII.

informações relevantes foi fornecido pelo DNCr em documento que fez um levantamento das instituições particulares subvencionadas pelo governo federal. Trata-se de um documento minucioso apresentado ao gabinete do Ministro Capanema, no qual podiam ser constatados os efeitos das políticas públicas nas diferentes regiões e cidades do País. Em 1944, havia 119 hospitais gerais com maternidades e 17 hospitais maternidades particulares, isso sem contar as instituições públicas desta natureza. Se for lembrado que, na primeira década do século XX, havia no Rio de Janeiro apenas três maternidades, e que as primeiras maternidades de outras cidades, como Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte, foram criadas ou no final do século XIX ou na primeira década do século XX, há que se considerar que o crescimento deste tipo de instituição e de outras, como dispensários, postos de puericultura, lactários e creches, indica que as políticas públicas começavam a mudar o panorama do atendimento à maternidade e à infância no Brasil.

Para além dos dados quantitativos, há, ao longo desta história das políticas públicas para a maternidade e a infância, outro aspecto que merece ser destacado, pois revela a visão de gênero dos envolvidos com a questão, como também da relação entre o Estado e as mães, apontada pelo artigo do Dr. Eurico Carneiro. Se for levado em consideração como as políticas da maternidade foram elaboradas em vários países e no Brasil especificamente, um aspecto fundamental a ser observado é que seus mentores não partiram de uma concepção dos direitos das mulheres em ser mãe, contando com assistência pública. Pelo contrário, os formuladores das leis e das políticas públicas tinham uma visão instrumental das mulheres, afinal era delas que as crianças nasciam e nascem; portanto, para ter sucesso na **tarefa patriótica** de salvar e preservar as crianças, era necessário olhar para as mães, protegê-las também. O problema é que, ao olharem para as mães pobres, os médicos, em particular, não viam indivíduos marcados pela miséria, pelo abandono ou pelo estigma de uma gravidez fora do casamento, mas criaturas toscas, ignorantes, culpadas por sua condição e pela de seus filhos.

Nesse sentido, os médicos brasileiros envolvidos com os órgãos responsáveis pelas políticas públicas para a maternidade e a infância nas décadas de 1930 e 1940 desenvolveram uma relação paternalista com aquelas mulheres e seus filhos. Repete-se aqui o mesmo duplo padrão de beneficiadas que a historiadora Linda Gordon analisou para os Estados Unidos. De um lado, havia aquelas mulheres que eram esposas de trabalhadores com carteira assinada e que recebiam os benefícios da previdência social e, por outro lado, uma grande maioria que não era protegida pela legislação trabalhista, restando a elas a assistência social, pública ou privada. Em ambas, o preconceito era evidente nas descrições de suas casas, de suas roupas, de seus hábitos, da falta de conhecimentos sobre nutrição, enfim, eram dignas de uma severa piedade, mas não de direitos, parafraseando Gordon.

Concluindo, acredita-se que esta visão instrumental das mães por parte do saber médico e do aparato institucional é resultado de uma derrota política das mulheres ativistas envolvidas no debate sobre a proteção do Estado à maternidade e à infância no Brasil. A historiadora Donna Guy observou que, ao longo das décadas de 1920 e 1930, houve um recuo das mulheres feministas na esfera dos debates e das decisões sobre a questão nos países latino-americanos, em particular na Argentina e no Uruguai, ao mesmo tempo que prevaleciam os médicos e suas proposições quanto ao atendimento às mães e a seus filhos. No Brasil, nota-se o mesmo movimento de avanço dos médicos e de recuo das mulheres. Desde a década de 1920, mulheres profissionais de camadas médias e altas, bem informadas e articuladas entre si, como aquelas que integraram a Federação Brasileira para o Progresso Feminino, dentre outras, defendiam os direitos das mulheres trabalhadoras e participaram dos debates da Constituição de 1934. No entanto, com o Estado Novo, as possibilidades abertas em 1934 não foram cumpridas e as mulheres passaram a exercer tão somente funções de segundo e terceiro escalão, como médicas, enfermeiras e assistentes sociais, distantes dos cargos de decisão.

Não se quer, com isso, afirmar que, se a direção do DNCr fosse exercida por mulheres, a imagem que teriam das mães pobres seria muito diferente do que foi a visão dos médicos. Diferenças de classe certamente prevaleceriam, mas a problematização da maternidade seria abordada diferentemente pelas feministas que almejavam criar uma estrutura semelhante ao Children's Bureau, como Bertha Lutz²³. Ao equacionarem a questão da proteção à infância a uma política de Estado nacionalista e eugenista, os médicos procuravam focar suas ideias e propostas de ação apenas na criança. As mães não eram menos importantes neste discurso especialista, mas secundárias e sempre suspeitas de não quererem colaborar com uma tarefa que transcendia seus corpos e seus interesses mais imediatos. Desta forma, os médicos puericultores e os obstetras não se preocuparam com a maternidade propriamente dita, nem mesmo com seus significados para as mulheres. O que lhes interessava era a maternidade exercida de certa forma, ou seja, que fosse uma experiência normalizada e seguida obedientemente pelas mães, visando sempre ao bem-estar da criança. Assim, compreende-se melhor aquela admoestação do Estado à mãe, presente no artigo do médico da LBA: ela é apenas um instrumento e, como tal, deveria ser bem preparada para sua função de dar filhos à Pátria.

²³ Sobre as ideias de Lutz, ver SAFFIOTI, Heleieth Iara B. *A mulher na sociedade de classes*. Mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

Referências

BOCK, Gisela & THANE, Pat (eds.). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Valencia: Cátedra, 1996.

CARNEIRO, Eurico. A mãe, o filho e o Estado. *Boletim da LBA*, ano II, n. 27, Rio de Janeiro, setembro de 1947.

COHEN, Miriam & HANAGAN, Michael. The politics of gender and the making of the welfare state, 1900-1940: a comparative perspective. *Journal of Social History*, v. 24, n. 3, Spring, 1991.

EHRENREICH, Bárbara & ENGLISH, Deirdre. *Para seu próprio bem. 150 anos de conselhos de especialistas para as mulheres*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1982

EVANS, Peter B.; RUESCHEMEYER, Dietrich & SKOCPOL, Theda (eds.). *Bringing the State back in*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

GESTEIRA, Raymundo Martagão. *Puericultura: higiene física e social da criança*. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1957.

GUY, Donna J. The politics of Pan-American Cooperation: maternalist feminism and the child rights movement, 1913-1960. *Gender & History*, v. 10, n. 3, p. 449-469, November, 1998.

_____. The Pan-American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, child reform, and the welfare state in Latin America. *Journal of Family History*, v. 23, n. 3, p. 272-291, July, 1998.

KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF, 2000.

KOVEN, Seth & MICHEL, Sonya. Womanly duties: maternalist politics and the origins of welfare states in France, Germany, Great Britain and the United States, 1880-1920. *American Historical Review*, v. 95, n. 4, p. 1.076-1.108, October, 1990.

LEÃO XIII. *Encíclica Rerum Novarum*. 15 de maio de 1891. In: DE SANCTIS, Frei Antonio O. F. M. (Org.). *Encíclicas e documentos sociais: da Rerum Novarum à Octogésima Adveniens*. Coletânea organizada e anotada. São Paulo: LTr, 1991. p. 34.

LEWIS, Janet. Modelos de igualdad para la mujer: el caso de la ayuda estatal para la infancia en la Gran Bretaña del siglo XX. In: BOCK, Gisela & THANE, Pat (eds.). *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Valencia: Cátedra, 1996

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Relatório final de atividades pós-doutorais*. Relatório apresentado ao CNPq em novembro de 2004. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2004.

PEDERSEN, Susan. Gender, welfare, and citizenship in Britain during the Great War. *American Historical Review*, v. 95, n. 4, p. 983-1.006, October, 1990.

SAFFIOTI, Heleieth Iara B. *A mulher na sociedade de classes*. Mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

SETA, Marismary Horsth de. *Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos de história institucional (1924-1974)*. 1997. 141p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IMS/Uerj.

SHORTER, Edward. *A família moderna*. Lisboa: Terramar, 1995.

THANE, Pat. Las ideas de género en la construcción del Estado de bienestar británico: el caso de las mujeres del Partido Laborista británico y la política social, 1906-1945. In: BOCK, Gisela & THANE, Pat (eds.). *Maternidad y políticas de género*. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950. Valencia: Cátedra, 1996.

THÉBAUD, Françoise. *Quand nos grand-mères donnaient la vie: la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*. Lyon: PUL, 1986.

Sobre papos, águas, barbeiros e iodo: a História do Bócio Endêmico em Minas Gerais

Rita de Cássia Marques

Introdução

A Capitania das Minas Gerais foi uma das mais importantes no período colonial brasileiro, devido à abundância de suas minas e à consequente possibilidade de enriquecimento dos mineradores e da Metrópole. Nos documentos oficiais, é comum encontrar referências às riquezas naturais, especialmente as minerais. A saúde parecia garantida pelos bons ares e boas águas encontradas na Capitania. A salubridade era adequada. Contudo, as mesmas minas e águas que faziam a riqueza da Capitania, vez por outra apareciam ligadas às causas das doenças que ali surgiam.

As primeiras referências ao bócio endêmico foram encontradas no *Erário mineral*, de Luís Gomes Ferreira (FURTADO, 2002), editado originalmente em 1735, especificamente no tratado VII, capítulo VIII, intitulado “Dos papos e dos seus remédios mais eficazes”:

Esta doença de papos é uma das mais dificultosas de curar e não faltam em algumas partes destas Minas; tem-se observado que, pela maior parte, procede das águas que se bebe em alguns sítios e não se lhe dá outra causa, sem embargo que pode proceder outras; também por pessoas de verdade me consta que, na vila de Oitu, e nas sujeitas à capitania de São Paulo, é a gente destas partes muito sujeita a esta doença, e há alguns nestas Minas que de lá vêm que tem papos que metem medo, caindo-lhe pelo peito abaixo, dos quais tenho visto alguns; deste grandes, alguns há que padecem grave moléstia, porque se sufocam da respiração e outros lhe roncam quando andam, e é doença mais comum em paulistas, carijós, mamelucos e mais em mulheres que em homens; também em pretos e alguns supostos poucos, em filhos de Portugal, mas nenhum vi, nem me consta, que fossem grandes (FURTADO, 2002: 592).

Nesse texto, destacam-se duas informações que marcaram a compreensão da enfermidade por muito tempo. A primeira é que a doença procedia das águas que se bebia em alguns sítios; a segunda é que “é a gente dessas partes muito sujeita a essa doença”. A atribuição da causa da moléstia às águas não explicava

por que uns teriam mais papos do que outros. Já a informação de que era uma doença comum entre os moradores da região de Minas Gerais e São Paulo indica seu caráter endêmico¹.

As primeiras referências associando o bócio com as águas são chinesas e surgiram no *Tratado das águas e das terras secas* (770 a.C.-220 a.C.), onde são consideradas causas da doença a má qualidade das águas, a vida nas montanhas e as emoções fortes. Antes mesmo de se identificarem as causas, já se conhecia um tratamento eficiente contra o bócio à base de algas marinhas, conforme relato do Imperador Shen-Nung (2838-2698 a.C.). Em papiros egípcios, de 1500 a.C., já se fazia alusão ao tratamento com sal (CASTILLO ORTEGA, 1992).

No *Erário mineral* publicado em 1735, as águas apareciam como causadoras da doença, mas também estavam relacionadas ao tratamento desse mal endêmico. Aconselhava-se que os nativos ou residentes não bebessem mais “daquela água que estão bebendo...” e, curiosamente, sem qualquer explicação, recomendava-se que tomassem “as ondas do mar” ou que lavassem o papo com panos molhados de água salgada ou que fossem morar perto do mar. A publicação alertava que, se nada disso resolvesse, “basta o óleo de ouro” (FURTADO, 2002: 593-594). Panaceia para todos os males, o óleo de ouro era sempre indicado, mas, provavelmente, as prescrições envolvendo as águas salgadas deveriam fazer sucesso.

Ainda no século XVIII, o bócio voltou a ser descrito por outro português, que ficou impressionado com a “grossura” dos pescoços de alguns nacionais. José Joaquim da Rocha, um perito, como se dizia à sua época, em assuntos estratégicos e de segurança, escreveu, em 1781, a *Geografia histórica da Capitania de Minas Gerais*, onde, sem citar o nome “bócio” ou sugerir uma epidemia dessa doença, assim descreveu a região do Rio das Mortes onde hoje se localiza Tiradentes e São João del Rei:

os ares são sadios, o clima temperado e, por essa razão, há poucas doenças e somente são acometidos os nacionais, principalmente os camponeses, de umas grandes grossuras, que lhes cresce no pescoço e lhes chamam “papos” de sorte que alguns chegam a disforme grandeza e impedem a respiração a todos os que padecem de tal moléstia (ROCHA: 1995, 127).

A estranha “grossura no pescoço” chamada de “papo” era o aspecto negativo de uma terra premiada por bons ares e clima temperado. Rocha confirmou o aspecto endêmico da doença ao observar que o mal era exclusivo dos “nacionais”, especialmente dos camponeses.

¹ Epidemia vem do grego, *endemos*, que significa originário de uma região, de um país; indígena. Segundo Luís Rey (1999), significa “existência, em determinada região ou população, de uma doença ou de outros males, que incidem de forma constante ou variando com regularidade ao longo do tempo”.

O primeiro relato exclusivo do bócio surgiu somente por volta de 1800, na publicação *Memória sobre o papo que ataca no Brazil, os homens e animaes*, de autoria atribuída ao cientista brasileiro Manuel de Arruda Câmara (1752-1812). Depois disso, o naturalista e historiador inglês John Mawe (1764-1829), viajando pelo interior do País entre 1809 e 1810, verificou que o bócio era bastante comum entre os negros de São João do Barro Longo, localidade próxima a Vila Rica, atual Ouro Preto. Traduzido para o francês, seu livro *Viagens pelo interior do Brasil, “com notícia sobre seu clima, agricultura, comércio, população, minas, hábitos e costumes, além de um relato particular sobre os distritos do ouro e dos diamantes”*, publicado em Londres, em 1812, teve enorme repercussão na Europa (MEDEIROS-NETO, 2004).

Ainda no início do século XIX, Auguste Saint-Hilaire, na sua primeira viagem pelo interior do Brasil, referiu-se ao bócio como uma endemia e registrou as seguintes impressões sobre a cidade de Ouro Branco: “Quase todos os que encontrávamos, homens e mulheres, brancos e gente de cor, tinham um grande bócio e, nesse distrito, assim como nos vales da Europa em que essa enfermidade é comum, se atribui à frialdade da água” (SAINT-HILAIRE, 1975: 67). A referência à ocorrência da moléstia na Europa não apareceu antes nos relatos portugueses. As águas continuavam com a responsabilidade do mal, sendo uma das explicações para a raridade da ocorrência em Portugal e a frequência do mal em outras partes da Europa, especialmente nas regiões montanhosas².

O bócio continuou a merecer destaque de outros viajantes, como o botânico Eugenius Warming, que, entre 1863 e 1865 permaneceu na região de Lagoa Santa, próximo a atual capital de Minas Gerais. Como tantos outros viajantes, Warming elogia o clima do lugar, mas faz ligação explícita das doenças com as condições climáticas:

“Certas estações do ano parecem ser propícias a certas doenças. Não estou falando da estação, estranhamente ligada a certos lugares, pois ocorre, sobretudo, ao longo dos rios grandes e pantanosos, mais especificamente nas suas margens. Quando a água baixa depois da temporada de chuvas, as beiras ficam à mostra, cobertas por restos de vegetais e animais em decomposição.

Existe, por exemplo, um tipo de cretinismo que os brasileiros chamam de “papo” e que se manifesta por intumescimento no tecido conjuntivo na laringe. Essa doença causa nódulos ou tumores no pescoço que adquirem, por vezes, um tamanho tão exagerado que é impossível entender como seus portadores conseguem andar. Parece ser mais comum nas regiões calcáreas e, em alguns lugares, chega a ser muito freqüente. Uma aldeia, Rio Manso, tem até a alcunha de “arraial dos papos..”. (WARMING: 2006, 82-83)

² Desde a Antiguidade, existem relatos de bócio nos Alpes Suíços (CASTILLO ORTEGA, 1992).

Tschudi (2006), um outro viajante que esteve em Minas Gerais e publicou seu relato em 1866, também acreditava na influência climática, mas se resguarda de um diagnóstico definitivo sobre a doença, pois reconhece que naquele momento a ciência ainda não tinha se debruçado suficientemente sobre a moléstia:

“Continuando a viagem em direção ao leste, só registrei a existência de bócio em São João. Observei a ocorrência dessa doença num trecho de 106 léguas, de Barbacena até São João Batista. Como mencionei antes em alguns lugares ela ocorre com freqüência impressionante. É difícil determinar a sua causa. Seria necessária a cooperação de muitos médicos de boa formação científica e um estudo de muitos anos sobre as condições telúricas e atmosféricas para detectar suas causas. Gostaria de registrar que a doença do papo é muito freqüente nas regiões de campo do que nas de floresta. Nas regiões mais baixas de floresta, ela é praticamente inexistente.” (TSCHUDI: 2006, 173)

De “Arraial dos Papudos” à nova capital: Belo Horizonte

A Proclamação da República, em 1889, trouxe ao poder um novo grupo político. A substituição do regime monárquico pelo republicano veio acompanhada de novas ideias. Em Minas Gerais, a velha capital, Ouro Preto, tão identificada com o passado colonial, precisava ser suplantada por uma nova cidade que fosse construída dentro dos modernos padrões de engenharia e higiene. Entre as candidatas que tinham mais chances de ser escolhidas estava o Curral del Rei, futura Belo Horizonte, que atendia a vários quesitos necessários para uma cidade moderna: a amenidade do clima, as boas e abundantes águas, a qualidade do solo e do relevo, além da posição central no mapa, que facilitaria a integração das regiões. Apesar de todas essas vantagens, pesava sobre Belo Horizonte o problema do bócio e do cretinismo, alardeado com exagero por gente contrária à mudança da capital, especialmente os ouro-pretanos. As alcunhas de “Papudópolis” e “Arraial dos Papudos”, impostas ao local em virtude do pescoço avolumado de alguns de seus habitantes, corriam de boca em boca e, vez por outra, ganhavam as páginas dos jornais, como nos artigos do jornalista, engenheiro e músico português Alfredo Camarate, no jornal oficial *Minas Geraes*:

Mas, mais do que tais informações, me deu sossego e confiança o fato de verificar que quase todos os papudos são de cor, o que não impede de olhar para o assunto com o mesmo cuidado e carinho; mas que, sem exceção, a doença acomete os que arrastam “a mais miserável vida”, passando a experimentar o que é a vida dos supostos fidalgos e ricos! Enquanto a mim, que não tenho pergaminhos para afiançar que o bócio provém da falta de iodo nas águas, ou do seu excesso de magnésia, creio, por intuição, que o papudo, pelo menos aqui, é um

fruto exclusivo da mais requintada sobriedade de boca e da mais contristadora falta de recursos da mais comesinha higiene!
(CAMARATE: 1985, 45)

O fato de ser uma doença de causas desconhecidas e estar vinculada à pobreza e aos negros, além da desconfiança de sua ligação com as águas, ajudou a explicar o temor da transferência da capital para uma região onde o bócio era endêmico, como Belo Horizonte. Inflamados pela Proclamação da República e insuflados por valores do positivismo, os deputados que escolheriam o local para a nova capital foram também influenciados pelos princípios da higiene e pela ideia de eugenia, ciência que estuda as condições mais propícias à reprodução e ao melhoramento da espécie humana³. É compreensível a depreciação de uma área que apresentasse um grande número de “papudos”. Isso era agravado pela vinculação da doença com



Carlos Chagas entre crianças portadoras da doença de chagas e bócio endêmico.

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz

o cretinismo⁴. De acordo com o relatório do médico higienista José Ricardo Pires de Almeida, publicado no jornal *Minas Geraes*, em 1893, sobre as condições higiênicas

³ Eugenia vem do grego e quer dizer “bem-nascido”. Teoria criada na Inglaterra pelo matemático e meteorologista Francis J. Galton (1822-1911), o descobridor da individualidade das impressões digitais. A teoria da eugenia foi desenvolvida em artigos publicados a partir de 1865, propondo o aprimoramento da espécie, influenciado pelos estudos do positivismo e do darwinismo.

⁴ O cretinismo é uma doença provocada pela ausência congênita de tiroxina, hormônio secretado pela glândula tireoide. Caracteriza-se pelo retardo físico e mental, estatura baixa, extremidades deformadas, feições grosseiras e pelo escasso e áspero. Muitos países fazem, como rotina, o diagnóstico precoce em todos os recém-nascidos. Paracelso (1493-1541) foi o primeiro a descrever a relação do bócio com o cretinismo. O cretinismo endêmico ocorre em áreas onde existe uma deficiência de iodo, componente essencial para a síntese de tiroxina. Segundo Menendez (1996), a frequência com que se representava o bócio nas pinturas do Renascimento italiano faz pensar que essa condição era usual na Europa de época. A palavra “cretino” aparece na *Enciclopédia*, de Diderot, em 1754, com a definição de “um imbecil que é surdo e tonto, com um bócio chegando até a cintura”.

das localidades indicadas para sediar a nova capital (BARRETO, 1996: 372), o bócio era um sério obstáculo à candidatura de Belo Horizonte, pois, além de ter causa desconhecida, enfraquecia o físico e abatia o moral.

Esse alerta sobre o enfraquecimento físico e moral do homem, tão combatido pelos eugenistas, pesou, mas não foi suficiente para derrotar a candidatura, pois predominaram as vantagens do lugar. A escolha da Comissão Construtora, contudo, não cessou a circulação dos artigos de Camarate sobre o aspecto doentio da população:

O tipo geral deste povo é doentio. Magros, amarelos, pouco desempenados, na maioria havendo grande proporção de defeituosos, aleijados e raquíticos. Ora, esta fisionomia quase geral da população de Belo Horizonte desarmoniza completamente com a amenidade do clima, com ar seco e batido quase constantemente pela brisa, com a natureza do solo que é magnífica (CAMARATE, 1985: 50).

Os estudos sobre a fisionomia eram muito badalados no final do século XIX e influenciavam Camarate. Sem saber ao certo o que causava o bócio, ele criticava frequentemente a alimentação dos mineiros. Segundo ele, “um regime permanente de feijão, arroz, com algumas raras surtidas pela carne de vento” não poderia dar ao mineiro o mesmo aspecto do camponês português, que consumia largas porções de carnes, frutas e vinho. Entre os que apresentavam o aspecto doentio, ele destacou os “papudos”, ressaltando que era possível encontrar “talvez uns 15 ou 20, e isto nas grandes aglomerações que têm produzido às festas da Semana Santa”.

Na Semana Santa de 1901, foi a vez de Oswaldo Cruz chegar a Belo Horizonte. Segundo Octavio Magalhães, ele estava interessado “em ver de perto o problema dos papudos, cretinos e cardíacos do interior mineiro” (MAGALHÃES, 1956). Embora a viagem de Oswaldo Cruz a Minas Gerais seja considerada de estudos, não se tem notícia de seus resultados em nenhum trabalho ou relatório do fundador do instituto de Manguinhos.

Viagens de estudo e exploração, como essa de Oswaldo Cruz a Minas Gerais, eram comuns entre os pesquisadores, desde os primeiros tempos do Instituto Manguinhos. As primeiras viagens tinham por objetivo atender às solicitações de entidades públicas e particulares, às voltas “com problemas sanitários que lhes dificultavam ou impediam a ação. Era então geralmente a malária que criava tais dificuldades, mas, às vezes, a ela se juntavam outras endemias e era preciso enfrentar condições globais.” (FONSECA FILHO. p. 19).

A pesquisa biomédica dedicada ao bócio endêmico

Como previa Tschudi, em 1866, a solução para o Bocio endêmico passava por muitos estudos médicos. No século XIX, os estudos sobre a endemia bócio-

cretínica avançaram e a doença passou a ser caracterizada como típica da glândula tireoide. Três tipos de bócio foram descritos do ponto de vista da anatomia patológica. Contudo, quanto aos aspectos causais, permaneciam as dúvidas e uma profusão de explicações: alterações das águas por magnésio, oxigênio, ferro, sais calcários e carbonatos; aspectos topográficos (por exemplo, os vales profundos entre altas cordilheiras); constituição geológica do solo; miséria; falta de higiene e má alimentação; gravidez e menstruação; e fatores hereditários (CASTILLO ORTEGA, 1992).

Duas teorias estiveram em voga, no início do século XX, para explicar o bócio endêmico: a infecciosa e a da deficiência de iodo. A primeira, fortemente influenciada pela microbiologia, defendia que algumas doenças de natureza endócrina, dentre elas o bócio, seriam infecciosas. Em 1909, essa hipótese recebeu uma importante contribuição dos estudos realizados pelo pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e médico Carlos Ribeiro Justianiano Chagas (1878-1934), que atribuía ao *Trypanosoma cruzi* a causa da endemia de bócio encontrada em Lassance, Minas Gerais.

O objetivo da expedição de Chagas, iniciada em 1906, era combater a malária. Chagas fora incumbido por Oswaldo Cruz de organizar, juntamente com Belisário Penna – diretor do Serviço de Profilaxia Rural e fundador da Liga Pró-Saneamento do Brasil – o controle da doença no norte de Minas Gerais. A malária prejudicava seriamente as obras de prolongamento da Estrada de Ferro Central do Brasil na região do Rio das Velhas, comprometendo o projeto que pretendia unir o norte ao sul do país, com a expansão da ferrovia do Rio de Janeiro a Belém do Pará. A profilaxia da malária foi realizada, mas, no decorrer do ano seguinte, Chagas identificou uma nova doença humana e descreveu todo o seu ciclo da descoberta: o vetor (barbeiro), o agente causal (*Trypanosoma cruzi*), o reservatório doméstico do parasito (gato) e, por fim, a doença. (BENCHIMOL & TEIXEIRA, 1993: 34; BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS, s/d).

Estudando e descrevendo uma nova doença que levou o seu nome, Chagas associou o bócio endêmico de Minas Gerais à transmissão do *Trypanosoma* pelo barbeiro, pois, ao desvendar o ciclo da doença de Chagas, encontrou-a coincidentemente na mesma região de incidência do bócio. Em suas conclusões, publicadas em 1910, no *Brazil-Médico*, incluiu o bócio na etiologia da doença de Chagas:

[...] nos elementos mórbidos que acreditamos constitutivos da nova entidade, figura um cuja importância nos leva a referi-lo desde agora, previamente, embora sejam precisas novas pesquisas para esclarecê-lo e melhor baseá-lo. É esse o bócio endêmico nas zonas contaminadas pela eschizotrypanose. Nas pesquisas atuais bem depressa foi nossa atenção chamada para a constância da hipertrofia da glândula tireoide, ou da de alguma das paratireoides, nas crianças infectadas pelo Schizotripanum, sendo regra, quase absoluta, a presença do bócio inci-

piente nas crianças que apresentam os sintomas principais da moléstia. E a extensão do bócio na zona está de acordo com a infecção pelo flagelado (CHAGAS, 1910: 1).

A associação do bócio com a doença de Chagas piorou o quadro das condições de salubridade de Minas Gerais, embora a região contasse com natureza exuberante, como ficou evidente na análise de Belisário Penna, feita em 1918.

Em contraste, porém, doloroso e tétrico, com a natureza privilegiada, com o clima invejável, com a pujança da flora e da fauna, com a grandiosidade e imponência das serras e dos chapadões, dos vales umbrosos, das majestosas florestas, dos grandes rios servidos de magníficas quedas; e com a fertilidade e riqueza do solo, lá se encontra uma população degenerada de papudos, de cretinos, de aleijados, vítimas do barbeiro, ou de caquéticos e estafados, vítimas do impaludismo e da ancilostomíase, não sendo raro encontrarem-se os cordões de moradas de leprosos, lá se encontram legiões de doentes e de incapazes, vegetando miseravelmente sem nada produzir, e tendo como única e diabólica função, no grau de definhamento e de incapacidade que atingiram, a de serem epositários inconscientes de germens destruidores a serem transmitidos pelos barbeiros e pelos mosquitos aos forasteiros não contaminados, que seduzidos pela natureza, pelo clima e pelas riquezas dessas regiões deliberam transferir para elas as suas residências e aí desenvolver sua atividade (PENNA, 1918: 9).

Na avaliação de Belisário Penna, era possível encontrar duas importantes referências: aos barbeiros e mosquitos transmissores de doenças infinitas e ao discurso eugênico, presente na expressão “população degenerada de papudos e cretinos”. Esses dois elementos – barbeiros e eugenia – foram argumentos para justificar pesquisas sobre o bócio endêmico em Minas Gerais no início do século XX.

No final do século XIX, a eugenia brasileira era marcada pelas teorias do branqueamento, mas, com a chegada do século XX, o determinismo biológico que impregnava as análises da miscigenação brasileira começou a ser derrubado. A esperança veio da Medicina moderna que, nos anos de 1910, a partir dos conhecimentos médico-higienistas sobre a saúde dos brasileiros e condições sanitárias, encontrou um novo réu: as doenças. O brasileiro era indolente, preguiçoso e improdutivo porque estava doente e abandonado pelas elites políticas do País (TRINDADE & HOCHMAN, 1995: 23). Se o problema era a doença, os médicos se tornaram naturalmente os redentores da nação. Nancy Stepan considerou a eugenia um elemento constituinte da recente história brasileira, servindo para estruturar debates e ações no Brasil bem sintonizado com a ciência, como símbolo da modernidade. A eugenia brasileira estava um pouco distante das pesquisas genéticas

do mundo anglo-saxão, mas se tornou um importante elemento de reformulação ideológica do significado da raça para o futuro do País (STEPAN, 2006).

Chagas também demonstrava preocupação com a questão eugênica ao afirmar que a doença por ele descrita, associada ao bócio, era fator importante de degeneração humana. Doença crônica, considerada uma das mais maléficas infecções tropicais, teria como resultado a inutilidade do indivíduo para a atividade vital. Apesar de descrever a moléstia minuciosamente, Chagas alertava, ao fim do artigo, que se tratava de uma hipótese ainda não confirmada. Eis a ressalva:

[...] Nas crianças que residem em choupanas barreadas, habitats prediletos do conorrhinus, a hipertrofia da tireoide é observada como fenômeno constante, simultaneamente com outros sintomas da moléstia. Destarte, de acordo com observações iniciais, vimos emitir a hipótese de que o fator etiológico do bócio, nas zonas de Minas onde descobrimos o novo flagelado, o Schizotrypanum cruzi seja esse hemoparasito. Hipótese que registramos sob reserva, até que novas experiências e observações venham sancioná-la como verdade irrecusável. E, sendo assim, o bócio naquelas zonas, com os sintomas mórbidos que o acompanham, constituirá uma síndrome clínica da entidade mórbida produzida pelo Schizotrypanum cruzi (CHAGAS, 1910).

Apesar da ressalva de Chagas sobre a necessidade de novos estudos, a sobreposição do bócio e da tripanossomíase era tão perfeita, que novas teses foram escritas sobre a tireoidite parasitária. A coincidência era tamanha que levou ao costume de recrutar os chagásicos pelo bócio (CANÇADO, 1995). A revista *Brazil-Médico* resenhou, na sua sessão “Imprensa Médica Estrangeira”, artigo do médico inglês Robert McCarrison, originalmente publicado na conceituada *The Lancet*, de 8 de fevereiro de 1913, sobre a etiologia do bócio endêmico. As observações de McCarrison, feitas na Índia, sobre o bócio e o cretinismo foram apresentadas em conferências no Royal College of Physicians. Segundo ele, a causa do bócio era um microrganismo, que vivia nos intestinos do homem e ali produzia uma toxina com atuação sobre a glândula tireoide. Com a descoberta do microrganismo, as substâncias químicas da água, como a cal e o magnésio, deixaram de serem vistas como causadoras da endemia (BRAZIL-MEDICO, 1913: 178). No estudo, o referido autor afirmou ter tratado o bócio endêmico pela assepsia intestinal. De acordo com sua teoria patogênica, o uso do antisséptico Timol resultou na cura de 82,9% dos casos.

Os estudos europeus e americanos sobre o bócio continuavam apresentando outras explicações, além da fornecida por Chagas, indicando que o *Trypanosoma* não era responsável pela hiperplasia da tireoide. Afinado com a literatura médica internacional, o médico mineiro Jose Baeta Vianna (1894-1967) também desconfiava da hipótese de Chagas e resolveu investir nas pesquisas da outra teoria

explicativa, a da deficiência do iodo. Assim pensando, utilizou-se das armas laboratoriais da bioquímica.

Baeta Vianna, então professor de Bioquímica da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, logo se interessou pelo estudo do bócio, especialmente pela associação com o cretinismo. Defensor do discurso eugênico, assimilado no período em que esteve nos Estados Unidos, de 1924 a 1925, como bolsista da Fundação Rockefeller⁵, considerava urgente a adoção de medidas profiláticas para combater o bócio, principalmente devido ao cretinismo, conforme explicitou no início do seu trabalho publicado em 1930:

Consideremos o epílogo da deficiência tiroídiana, isto é, o das degenerações físicas mentais tão comumente observadas nos lugares do bócio endêmico. Elas se revelam somática e intelectualmente, como se os caracteres distintivos da espécie humana, na ausência dos fatores evolutivos, obedecessem às condições de uma equação reversível com o passado, representado nos seus antecedentes filogenéticos. Efetivamente, no alcance intelectual e, sobretudo, na fâcies o cretino completo assemelha-se ao antropoide em muito das suas atitudes e características (VIANNA, 1931: 53).

Baeta Vianna temia pela formação de uma “sub-raça inferiorizada”, marcada pelo cretinismo, e se dedicou a realizar uma pesquisa sobre a participação bioquímica do iodo na etiopatologia do bócio. Os estudos associando o bócio à carência de iodo aconteciam nos Estados Unidos e na Europa, especialmente na Suíça, região onde ocorriam diversos casos e que, como Minas Gerais, era montanhosa e distante do mar. Sobre a incidência da doença na Suíça, existia até uma anedota atribuída ao Dr. Quervain, da Universidade de Berna. Na anedota, “um turista, de passagem pela Suíça, aponta ao seu companheiro um cretino dizendo-lhe: veja você um suíço típico” (VIANNA, 1931: 54). Procedimentos terapêuticos adotados em diversos países, mesmo sem comprovação científica, já apontavam para a carência do iodo⁶.

Vários outros estudos à época indicavam a relação da doença com o iodo. O *Dicionário de medicina popular*, do Dr. Chernoviz, um dos mais respeitados

⁵ Segundo Edwin Black (*Guerra contra os fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa, 2003), a Fundação Rockefeller foi uma das instituições filantrópicas americanas envolvidas com projetos sobre uma raça superior, patrocinando cientistas, intelectuais e laboratórios que realizavam esterilizações em doentes mentais. O estágio de Baeta Vianna integrava um projeto de capacitação de pesquisadores e de desenvolvimento de um laboratório de pesquisa básica em bioquímica; ele não participou de experiências de esterilização, mas certamente voltou impressionado com o discurso eugênico dos americanos.

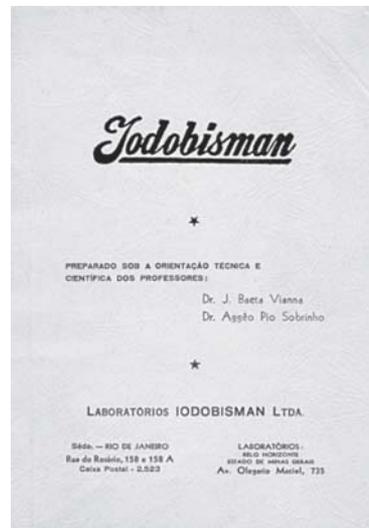
⁶ A deficiência de iodo foi defendida inicialmente por Prévost e Chatin, entre 1859 e 1876. Eles afirmaram que a incidência de iodo diminui nas regiões mais afastadas da costa, e essa redução é maior nas montanhas. No século XX, considera-se imprescindível realizar uma determinação da quantidade de iodo no sal, no ar, na terra e nos alimentos (CASTILLO ORTEGA, 1992).

manuais de Medicina do século XIX, já indicava o tratamento do bócio com reposição de iodo no organismo – “Iodo e suas preparações interna e externamente 392. Iodureto de ferro 396. Pílulas de Blancard 396. Iodureto de potássio 398. Pomada de iodureto de potássio em fricções 399”. A prevenção à papeira poderia ser feita com maior atenção à alimentação e à mudança de país ou do local onde a moléstia era endêmica, sem se esquecer da água do mar para banhar ou beber (CHERNOVIZ, 1968: 860).

Para Baeta Vianna, a moléstia de Chagas não poderia ser excluída da etiologia do bócio, a tireoidite parasitária poderia ser uma das formas clínicas da infecção pelo *Trypanosoma*, mas havia uma ressalva:

Não se pode concluir tampouco que todo bócio endêmico, mesmo o da zona infestada de transmissores infectados, seja apressadamente rotulado de tireoidite parasitária sem a confirmação de exames decisivos. Este modo de ver procede do fato de se fazer ordinariamente o recrutamento dos infectados e a exclusão dos não infectados pelo parasito, pelas manifestações grosseiramente visíveis ou palpáveis da glândula tireoide, na falta de sinais exteriores da maior evidência, em uma moléstia multiforme, mas de sintomatologia restrita (VIANNA, 1931: 55).

A opção de Baeta Vianna pela pesquisa bioquímica, e especialmente pelo estudo do iodo, estava intimamente ligada com a ênfase química e laboratorial que marcou sua carreira desde os tempos em que estudou com o químico alemão Alfred Schaeffer. Sua tese de fim de curso médico não era ligada a uma patologia, como era comum entre os estudantes da época. Em 1922, escreveu a tese *Contribuição á microchimica dos lipoides*, tema que estava em voga nos mais respeitadas centros de pesquisa biomédica da Alemanha e dos Estados Unidos. Com profundo conhecimento da bioquímica, uniu-se ao farmacêutico Aggeu Pio Sobrinho, ainda nos anos 1920, para sintetizar o sal (iodeto de bismutila). O resultado foi oferecido à indústria farmacêutica, sintetizado num produto conhecido comercialmente por *Iodobisman*, que foi largamente utilizado no tratamento da sífilis, antes da descoberta da penicilina (RIBEIRO, 1995).



Folheto de apresentação do *Iodobisman*

Com o conhecimento da química e o estágio nos Estados Unidos, Baeta Vianna relacionou uma série de pesquisas e se pôs a analisar, uma por uma, as causas do bócio endêmico. As referências bibliográficas passaram a ser discutidas e antigas explicações foram retomadas. Inicialmente, ele destacou a água que, desde a Antiguidade, foi considerada um fator bociógeno, por excesso ou por falta, “seja veiculando um agente da natureza orgânica, tóxica ou infecciosa, seja de um agente mineral nocivo, seja ainda pela ausência de elemento indispensável ao metabolismo normal (iodo)” (VIANNA, 1931: 57)

Nas diversas pesquisas a que Baeta Vianna teve acesso, a precariedade do teor do iodo coincidia frequentemente com a presença do bócio endêmico. Certo da ligação do iodo com a doença, influenciado pelas pesquisas que conheceu na América, mas respeitando o estudo realizado por Carlos Chagas, Baeta Vianna resolveu investigar o bócio em conjunto com a doença de Chagas e, para isso, selecionou duas cidades: Capela Nova de Betim e Ouro Branco. Capela Nova de Betim, a 30 quilômetros de Belo Horizonte, com 855 metros de altitude e próxima de Lassance, foi escolhida por apresentar alta incidência de bócio, além de ser hábitat dos barbeiros, os transmissores infectados. Por outro lado, escolheu Ouro Branco, a 130 quilômetros de Belo Horizonte e 1.050 metros de altitude, por ter quase toda a sua população afetada pelo bócio, mas, sem registro de barbeiros infectados com *Trypanosoma*.

A escolha dessas cidades foi importante, pois, desde a divulgação da sobreposição do bócio à doença de Chagas, muita polêmica foi levantada com a revelação de pesquisas que apresentavam regiões bociógenas sem a concomitância da doença de Chagas.

Carlos Chagas, que desde o início chamou a atenção para a hipótese de o bócio endêmico estar associado à doença de Chagas, registrou-a “sob reserva, até que novas experiências e observações venham sancioná-la como verdade irrecusável”, e acompanhou a polêmica sobre sua hipótese, orientando uma pesquisa no sentido de se apurar definitivamente a diversidade dos males. Mesmo considerando a vinculação do bócio com a doença de Chagas uma “questão em aberto”, que poderia ser modificada, manteve sua convicção até a morte, em 1934:

Discutíveis são as relações de causa e efeito, acaso existentes, entre o bócio e a infecção pelo Trypanosoma cruzi. [...] Razões diversas, e algumas altamente valiosas, levaram-nos àquela convicção. Mas em ciência não existem dogmas e conceito de tanto alcance doutrinário [...] não dispensa o fundamento de fatos irrecusáveis. Embora persistente na convicção anterior, devemos confessar que o assunto oferece margem a divergências, sendo passível de contestação à doutrina formulada. [...] É uma questão aberta, a merecer estudo e perspicácia (CHAGAS, 1934; 63).

Para pesquisar a dosagem de iodo na água (diretamente nas fontes que serviam as cidades) e nos alimentos mais consumidos pela população das duas cidades (feijão, arroz, batata, fubá e farinha de mandioca), bem como no sangue e na urina dos pacientes, Baeta Vianna teve que construir seus próprios instrumentos de medição e análise. Rigoroso em seus métodos para obter dados com precisão, construiu uma microbureta onde era possível debitar, com segurança, uma fração milesimal do centímetro cúbico – 0,0002cc.

Os exames rigorosos comprovaram a deficiência de iodo tanto na água e nos alimentos mais consumidos quanto no corpo dos doentes, e isso valia para as duas cidades. Comprovada a deficiência, era hora de propor uma medida profilática e, para isso, Baeta Vianna valeu-se das experiências internacionais, principalmente as já adotadas nos Estados Unidos e na Suíça: a adição de iodo ao sal de cozinha. A defesa de uma medida coletiva, e não individual, foi assim explicada por Baeta Vianna:

Componente invariável da alimentação, a sua ingestão obrigatória, pelas populações das regiões de bócio endêmico, não importa na preocupação medicamentosa e nenhum paladar estranho confere aos alimentos, uma vez que um quilograma de sal deve conter apenas 5 miligramas de iodureto. Dez gramas do sal diariamente ingerido contém a quantidade mínima de iodo, demonstrada agir preventivamente (VIANNA, 1931: 71).

Mesmo com esse trabalho de campo, que empregou modernos processos de coleta de dados e apresentou resultado admirável e definitivo, a medida simples proposta por Baeta Vianna demorou a ser adotada.

A hipótese do bócio parasitário continuou a ser contestada, e outros pesquisadores retomaram a explicação pela carência do iodo. Lobo Leite, que em 1939 escrevera um artigo intitulado “A doença de Chagas e o bócio endêmico”, no *Brazil-Médico*, opondo-se a Carlos Chagas, realizou uma experiência de prevenção do bócio em escolares de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais. O estudo foi feito com “o emprego de confeitos iodados com redução da porcentagem de 44% para 23%, entre 1943 e 1947” (SANTOS, 1952: 53).

Muitos pesquisadores seguiram Baeta Vianna na proposição do bócio endêmico ligado à deficiência de iodo. Mas todos eles, segundo Lobo Leite, erravam em não propor a iodação como medida profilática. Em carta de 1949, Lobo Leite expôs sua indignação e solicitou a Vianna que apoiasse tal medida.

Ultimamente têm aparecido em Minas alguns trabalhos sobre o bócio endêmico, todos muito bem elaborados, mas, a meu ver, com a única falha de se não realçar a urgência da instituição do sal iodado no país.
(...)

Dr. Baeta, o senhor é sem favor o pioneiro mais autorizado da ideia de se estabelecer a profilaxia do bócio pelo sal iodado no país e foi um dos que melhor compreendeu a importância higiênica e social do problema, principalmente no que diz respeito à degeneração bócio-cretínica que tende a degradar o homem à condição de símio, numa “equação reversível com o passado”. Estou certo de que, na conferência que vai pronunciar em Araxá, este problema será abordado com a habitual maestria (LOBO LEITE, 29/8/1949).

Lobo Leite queria o apoio de Baeta Vianna para o substitutivo de Miguel Couto ao projeto do então Deputado Café Filho, propondo a iodação do sal. O apoio consistia em apresentar a proposta no Congresso do Brasil Central, reunido em Araxá, e agir com seu prestígio junto aos governantes e à bancada mineira, objetivando a aprovação da medida em plenário.

Miguel Couto Filho, Ministro da Saúde entre 1950 e 1954, após ir à Suíça para ver de perto o trabalho que era feito com o iodo, determinou que fosse iodado o sal das salinas de Cabo Frio. Contudo, a extensão da medida a todo território nacional, ficou parada devido à suspeita de se estar favorecendo interesses comerciais, uma vez que o proponente Café Filho era um político natural do Rio Grande do Norte, o Estado que mais produz sal no País. Em 1952, o Congresso de Higiene, realizado em Belo Horizonte, forçou a votação do projeto que se encontrava no Congresso, mas não houve a aprovação da lei nessa oportunidade (LADEIRA, 1994).

Enquanto a iodação era negligenciada no plano nacional, Baeta Vianna aproveitou o período em que foi Secretário de Saúde em Minas Gerais (1948 a 1951) para tomar medidas relacionadas com o bócio endêmico. Em 1950, determinou e orientou um amplo inquérito no Estado para verificar a incidência de bócio nos escolares. Foram examinados 96.692 alunos em 93 municípios. Esse inquérito apontou a gravidade do problema ao constatar que 84% deles apresentavam bócio, “sendo 48,9% pequenos, 31,2% médios e 3,9% grandes”. O então secretário da Saúde de Minas Gerais mandou fornecer sal iodado para as crianças portadoras de bócio⁷. Nacionalmente, o primeiro inquérito sobre o bócio endêmico aconteceu em 1955, quando 86.217 escolares foram examinados, sendo que 20,65% apresentaram bócio.

O resultado desse inquérito deu origem ao Decreto n. 1.814, de 17 de agosto de 1956, que delimitou as áreas bociogênicas no País e dispôs sobre a obrigatoriedade da iodação do sal no Brasil. Em 3 de dezembro de 1974, a Lei n. 6.150 fixou o teor de iodo no sal de cozinha em dez miligramas por quilo, responsabilizou as indústrias salineiras pela aquisição do iodato e dos equipamentos

⁷ Sobre o PNCDDI, cf. <<http://www.lats.org/idd/IODO.asp>>.

necessários e incumbiu as autoridades sanitárias da fiscalização do teor de iodo no sal consumido pela população.

Atualmente, o Brasil continua investindo na medida profilática de adição de iodo no sal de cozinha e, com isso, baixou consideravelmente os índices de ocorrência do bócio, com o Programa Nacional de Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo – PNCDDI-MS⁸.

Referências

ANAI DO CONGRESSO CONSTITUINTE MINEIRO – 1891. Ouro Preto, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1896.

BARRETO, Abílio. *Belo Horizonte: memória histórica e descritiva – história antiga e história média*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais, 1996.

BENCHIMOL, Jaime Larry & TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

BIBLIOTECA VIRTUAL CARLOS CHAGAS. *Site institucional*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz. Disponível em: <<http://www.bvschagas.coc.fiocruz.br/php/>>.

BLACK, Edwin. *Guerra contra os fracos: a eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A Girafa, 2003.

BRAZIL-MÉDICO. Imprensa médica estrangeira – Etiologia do bócio endêmico. Ano XXVII, n. 18, 8 de maio de 1913, p. 178-179.

CAMARATE, Alfredo (ed.). Por montes e vales – crônicas, transcritas do Minas Geraes, Ouro Preto, 1894. *Revista do Arquivo Público Mineiro*, ano XXXVI, p. 23-198, Belo Horizonte, Imprensa Oficial de Minas Gerais, outubro, 1985.

CANÇADO, Joaquim Romeu. O bócio endêmico. In: XXIV REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE BIOQUÍMICA E BIOLOGIA MOLECULAR. *Anais...* Caxambu: SBBQ, 1995.

CASTILLO ORTEGA, Maria Elena. *Bocio y cretinismo en Espana – aproximacion historica*. Tesis Doctoral en História de la Medicina – Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. Madrid: UCM, 1992.

CHAGAS, Carlos. Sobre a etiologia do bócio endêmico no Estado de Minas Geraes: nota preliminar. *Brazil-Médico*, ano XXIV, n. 17, p. 163, Rio de Janeiro, maio, 1910.

_____. Estado atual da tripanossomíase americana. *Revista de Biologia e Higiene*, v. 5, n. 2, p. 58-64, São Paulo, 1934.

CHEKNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. *Formulário e guia médico*. 8. ed. Paris: Casa do Autor, 1868.

FONSECA FILHO, Olympio da. A Escola de Manguinhos, contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. Separata do Tomo II de *Oswaldo Cruz monumenta histórica*. São Paulo. Revista dos Tribunais, 1974.

FURTADO, Júnia Ferreira (org.). *Erário mineral* – Luís Gomes Ferreira. Vols. 1 e 2. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais/Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

LADEIRA, Mário Hugo. “Baeta Vianna e a política de saúde”. Conferência proferida no Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: ICB/UFMG, 11 de novembro de 1994.

LIMA, Nísia Trindade & HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo Ventura (orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB, 1995.

LOBO LEITE. correspondência enviada a Baeta Vianna em 29 de agosto de 1949 (acervo privado).

MAGALHÃES, Octavio C. de. *Ensaio*. Belo Horizonte: Oficina da Faculdade de Direito da UFMG, 1956.

MARQUES, Rita de Cássia. A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). *Horizontes*, v. 22, n. 2, p. 175-189, Bragança Paulista, julho/dezembro, 2004.

MEDEIROS-NETO, Geraldo. Viagem ao país dos papudos. *Revista Nossa História*, ano I, n. 10, agosto, 2004.

MENENDEZ, Arturo P. Rodríguez-Ojea. Deficiencia de yodo y sus implicaciones para la salud del hombre. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, v. 10, n. 2, p. 122-131, Havana, julho/diciembre, 1996.

PENNA, Belisário. Minas e Rio Grande do Sul: Estado da doença, Estado da saúde. Rio de Janeiro: Tipografia Revista dos Tribunais, 1918.

RIBEIRO, Rubens Gualberto. Entrevista concedida à autora em 29 de julho de 1995.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 261.

ROCHA, José Joaquim da. *Geografia histórica da Capitania de Minas Gerais*: descrição geográfica, topográfica, histórica e política da Capitania de Minas Gerais e Memória histórica da Capitania de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais, 1995. p. 127.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais*. Belo Horizonte/São Paulo: Itatiaia/Edusp, 1975.

SANTOS, Armando Ribeiro dos. *Aspectos do bócio endêmico em Minas Gerais* (Contribuição para o estudo de sua epidemiologia). Belo Horizonte: Papelaria Ribeiro Ltda., 1952.

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

TSCHUDI, Johann Jakob von . *Viagens através da América do Sul*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/Centro de Estudos Históricos e Culturais. Tradução: Friedisch E. Renger e Fábio Alves Júnior. 2006 (Publicado em 1866, em Leipzig, pela editora F.A. Brockhaus.)

VIANNA, José Baeta. Bócio endêmico em Minas Gerais. *Annaes da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais*, anno III, v. 1, Belo Horizonte, Officina Graphica, p. 53-75, 1931.

_____. *Contribuição a Microchímica dos lipoides*. Belo Horizonte: 1922.

WARMING, Eugenius. A canção da Palmeiras: Eugenius Warming, Um jovem Botânico no Brasil/ Coordenação Geral Maria do Carmo Andrade Gomes; Estudo Crítico Birgitte Holten e Michael Sterll. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/ Centro de Estudos Históricos e Culturais, 2006. (Coleção Mineiriana. Série Obras de Referência).

A trajetória da pílula anticoncepcional no Brasil (1960-1980)

Joana Maria Pedro

O uso de contraceptivos orais pelas mulheres de camadas médias urbanas, no Brasil, pode ser considerado um resultado não esperado. Não eram para as camadas médias que as pílulas e outros métodos eram destinados. Nenhuma política pública foi implementada ou pensada visando estas mulheres, nem os organismos internacionais que divulgaram e distribuíram contraceptivos para mulheres das camadas populares, visaram às de camadas médias. Mesmo assim, estas mulheres apresentaram uma vertiginosa queda na fecundidade e mudaram sensivelmente as relações de gênero. Tiveram menos filhos, passaram a atuar cada vez mais no mercado de trabalho, buscaram carreiras profissionais, estudo e poder. A questão então é: como as mulheres de camadas médias obtiveram informações sobre os contraceptivos orais?

A história da experiência com os de contraceptivos orais no Brasil, no período de 1960 a 1980, pode ser abordada sob diversos aspectos. O que se focalizará neste texto são as disputas políticas internacionais resultantes da guerra fria, o silenciamento dos movimentos sociais motivado pela ditadura militar e a forma como estes métodos foram divulgados pela imprensa, atingindo alvos não programados, como foi o caso das mulheres de camadas médias. Este percurso, no Brasil, será comparado para que melhor se visualizem as diferenças, com o mesmo processo em países considerados desenvolvidos, como é o caso da França¹.

¹ Este texto é resultado de uma pesquisa iniciada em março de 1999 e concluída em fevereiro de 2004, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq com bolsa de Produtividade e de Iniciação Científica, englobada em dois projetos: “A medicalização da contracepção: conhecimento e autonomia (1960-1980)” e “Entre a ameaça da ‘bomba populacional’ e os direitos reprodutivos (1960-1995)”. O presente artigo inclui, também, o resultado do estágio de pós-doutorado, feito na França entre 2001 e 2002, com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, com o projeto “A contracepção e o movimento de mulheres na França e no Brasil (1960-1979)”. Neste texto, é apresentada uma síntese de vários assuntos já abordados anteriormente, publicados em revistas e/ou como capítulos de livros.

A ameaça da superpopulação

Atualmente, a ideia de que o mundo está sob a ameaça de uma superpopulação já não tem o destaque na mídia que possuía desde o final da década de 1950 e o início da década de 1980. Entretanto, nos primeiros anos de 1960, esta era uma das notícias mais frequentes na imprensa. Um exemplo disto é a reportagem que foi publicada na revista *Seleções do Reader's Digest*, em abril de 1960. Esta revista, num artigo intitulado “Gente demais! Que fazer?”, informava que, dali a 40 anos, ou seja, no ano 2000, o mundo teria oito bilhões de pessoas e, destas, 70% seriam afro-asiáticas. A razão disso, fundamentava a referida matéria, era a redução da mortalidade infantil, bem como o aumento da longevidade. No mesmo artigo, eram anunciadas as experiências dos doutores Gregory Pincus e John Rock, os quais, desde 1956, estavam experimentando os contraceptivos hormonais em mulheres do Haiti e de Porto Rico, chamados, no artigo da revista, de “campos de prova”². Dizia-se, ainda, que o medicamento era muito recente para se poder assegurar qualquer promessa de eficácia, que ainda era muito caro e que se registraram, nas mulheres que o experimentaram, queixas de “efeitos secundários desagradáveis, como náusea, dor de cabeça e tonturas”³. Entretanto – afirmava o autor do texto –, diante do perigo do crescimento demográfico, “até mesmo um recurso anticoncepcional que não seja infalível poderá ter virtualmente importância nos países que mais crescem demograficamente”.

Observa-se, aqui, o medo da “explosão populacional”, mas não de qualquer ser humano, e sim dos “afro-asiáticos”. Ou seja, depreende-se uma preocupação eminentemente racista. A questão é o crescimento da população não-branca. O medo da “explosão populacional” é assunto bastante antigo: remonta ao século XIX e teve, no passado, uma conotação de classe social. O livro de Thomas Malthus, *Ensaio sobre o princípio da população*, publicado na Inglaterra em 1798, expunha esta preocupação. Neste livro, o autor defendia a ideia de que a população crescia em ritmo geométrico, enquanto que a produção de alimentos crescia em ritmo aritmético. Este pressuposto foi intensamente debatido, e serviu de fundamento para vários discursos. Nos argumentos de Malthus, o problema estava em que a pobreza tinha filhos demais. Seu livro mirava, como alvo, os debates sobre a “Lei dos Pobres”, que fixava taxas para a assistência à pobreza inglesa – grande parte resultante da expulsão dos camponeses da área rural. Seu argumento contra estas taxas levou a questão para o domínio da “moral”. O número

² COUGHLAN, Robert. Gente demais! Que fazer? *Seleções do Reader's Digest*, n. 219, abril, 1960, p. 46-51.

³ Na pesquisa intitulada “A medicalização da contracepção: conhecimento e autonomia (1960-1980)”, já citada, realizaram-se entrevistas com 150 mulheres de camadas médias, residentes em cidades de Santa Catarina, como Itajaí, Florianópolis, Tubarão, Lages, Joinville, Chapecó e Blumenau. Nestas entrevistas, as queixas das mulheres coincidiram com este relato publicado na revista *Seleções do Reader's Digest*.

de filhos que os pobres geravam, dizia ele, era decorrente da incapacidade moral destes de praticarem a continência sexual. Este argumento, que colocava na sexualidade da pobreza a responsabilidade por sua própria miséria, foi retomado, inúmeras vezes, embora com outras roupagens, por grupos que serão chamados, não obstante certas diferenças em termos de origens e metas, de neomalthusianos. A proposta de Malthus para conter a explosão populacional era a continência, ou seja, os casais deveriam abster-se de relações sexuais. Não foi, porém, com este enfoque que os neomalthusianos trabalharam no final do século XIX. A proposta destes era a divulgação de métodos que separavam a sexualidade da procriação. Na época, muitas de suas ações foram consideradas pornográficas e imorais.

Foi, assim, dentro desta perspectiva de classe – que responsabilizava os pobres por sua própria pobreza –, que surgiram, no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, inúmeras ligas neomalthusianas. Muitas destas ligas foram comandadas por mulheres, a maioria delas ligadas às ciências da saúde: médicas e enfermeiras. Elas enfrentavam, em diferentes países, leis que proibiam a divulgação e a venda de métodos contraceptivos. A atuação se fazia contornando a lei, usando como artifício a prescrição médica. Neste caso, a autoridade da medicina, que muitas destas mulheres exerciam, era o salvo-conduto para suas atividades. Muitas defendiam publicamente a liberdade de ter ou não ter filho⁴.

Algumas destas mulheres usaram, em vários momentos, argumentos eugênicos para defender o uso de contraceptivos. Este foi especialmente o caso de Marie Stopes, na Inglaterra, e de Margaret Sanger, nos Estados Unidos⁵. Ambas conseguiram divulgar o controle da natalidade num discurso que agradava os conservadores, costumeiramente preocupados com os perigos da promiscuidade. Este discurso era centrado na capacidade dos contraceptivos de proporcionar a felicidade do casal, e, especialmente, na possibilidade de melhoria da qualidade da raça, redução dos gastos com assistência social e, conseqüentemente, com impostos⁶.

Convém lembrar que, tanto na Inglaterra como nos Estados Unidos, havia, no início dos anos 1920, uma grande preocupação com aquilo que se chamava de “suicídio da raça”. A raça, no caso, era a branca. Afirmava-se que, enquanto a classe média, instruída e branca, diminuía por múltiplos meios o número de filhos, os operários, os negros, os pobres e os incapazes tinham numerosa prole. Foi neste ambiente que Stopes e Sanger divulgaram métodos contraceptivos em clínicas que atendiam

⁴ Sobre grupos neomalthusianos, ver MATTELART, Armand. *Géopolitique du contrôle des naissances*. Paris: Éditions Universitaires, 1967.

⁵ Marie Stopes (1880-1958) criou, em 1923, na Inglaterra, uma clínica para oferecer meios anticoncepcionais para as mulheres pobres. Margaret Sanger (1879-1966) cunhou a expressão *birth control*, nos Estados Unidos, em 1913. Além disso, fundou uma associação neomalthusiana para atuar nos países asiáticos. Ver BELTRÃO, Pedro Calderan. *Demografia – ciência da população: análise e teoria*. Porto Alegre: Sulina, 1972.

⁶ McLAREN, Angus. *Historia de los anticonceptivos*. Madrid: Minerva, 1993. p. 272-273.

principalmente à classe operária de seus próprios países. Os artigos e livros que escreveram expressavam as discussões eugênicas. Para Sanger, por exemplo, era preciso divulgar, entre as mulheres operárias, os métodos contraceptivos, não somente para seu bem-estar, mas como forma de reduzir “os inúteis e ignorantes”⁷.

Não foram, evidentemente, somente pessoas com discurso eugênico que divulgaram métodos contraceptivos e fizeram parte de ligas neomalthusianas. Um exemplo é Madeleine Pelletier: médica, francesa, nascida em 1874, fazia a defesa da contracepção e do aborto sem usar os argumentos malthusianos. Considerava que a maternidade deveria ser uma escolha. Engajou-se em campanhas pela legalização do aborto durante os três primeiros meses de gravidez. Individualista, interpretava as escolhas das mulheres como decisões “sagradas”. Em contato com mulheres operárias, começou a envolver-se, cada vez mais, com o feminismo, fazendo campanhas em favor do voto para as mulheres e pelo direito ao corpo⁸. Como ela, nos Estados Unidos, Emma Goldman, no início do século XX, defendia, publicamente, a necessidade de controle da natalidade; entretanto, seus argumentos também não eram malthusianos. Os motivos eram mais libertários que econômicos. Enfermeira e parteira, ela tratou de mulheres muito pobres, e conheceu seus múltiplos e perigosos métodos de provocar o aborto⁹.

Métodos contraceptivos eram conhecidos e utilizados de longa data em diversas culturas, em diferentes épocas. Diversos autores têm discorrido sobre a antiguidade do uso do preservativo masculino; há quem busque suas origens no Egito antigo, sendo, na época, composto de pele de carneiro. Admoestações sobre o uso do coito interrompido ou do coito reservado são muito frequentes nos textos da Igreja Católica, na Idade Média e na Moderna. O coito interrompido era o mais usado porque dependia da iniciativa do homem, e era o marido quem decidia se queria ou não ter filhos¹⁰. Além destes métodos antigos, havia outros recursos, que iam desde a abstinência, o *coitus inter cura* – realizado pela fricção do pênis contra a parte superior das coxas da parceira –, o sexo anal, o homossexualismo, o sexo oral, além do aborto e do infanticídio. Estas práticas fizeram e fazem parte de diferentes culturas.

No século XIX, surgiram investimentos na busca de métodos contraceptivos centrados no corpo das mulheres. Em 1838, foi criada a primeira capa cervical. Em 1882, este método passou a ser substituído pelo diafragma, que exigia o uso de espermicida. Data, ainda, do início do século XX, a divulgação do método chamado

⁷ McLaren, Angus. *Op. cit.*, p. 255.

⁸ SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal*. As feministas francesas e os direitos do homem. Florianópolis: Mulheres, 2002. p. 238-257.

⁹ LOBO, Elisabeth Souza. *Emma Goldman*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

¹⁰ FLANDRIN, Jean-Louis. *O sexo e o Ocidente*. São Paulo: Brasiliense, 1988. p. 181.

Ogino-Knaus, buscando estabelecer os dias férteis da mulher, também chamado de “tabelinha”. Estudos para a utilização de objetos que, no interior do útero, impedissem a concepção, datam de 1909, surgindo vários tipos e estilos, e dando origem aos atuais DIUs – dispositivos intrauterinos.

Após a Segunda Guerra Mundial, o discurso neomalthusiano, que antes era destinado aos pobres de alguns países europeus e dos Estados Unidos, a partir de então passou a focalizar a pobreza de outros países, aqueles considerados subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, em sua maioria localizados no hemisfério sul. Foi assim que a ameaça de uma explosão demográfica entrou na pauta das políticas internacionais. Isto trouxe um grande estímulo para a atuação de várias associações neomalthusianas, e para a distribuição e a criação de novos métodos contraceptivos. Dentre eles, o DIU e o desenvolvimento, principalmente a partir da década de 1950, dos contraceptivos hormonais, dando origem às pílulas anticoncepcionais.

Em 1952, inúmeras associações neomalthusianas criaram uma federação, cuja primeira presidente foi Margaret Sanger: era a IPPF – International Planned Parenthood Federation¹¹. Esta federação beneficiou-se do apoio de governos ocidentais capitalistas, interessados em reduzir o “potencial explosivo” da pobreza nos países pobres. Os principais alvos desta associação passaram a ser os continentes localizados ao sul do hemisfério, como a África e a Ásia. Assim, já no início da década de 1950, o DIU foi implantado em inúmeras mulheres de países pobres. O principal argumento era o mesmo da afirmativa malthusiana: nos países pobres, a população crescia muitas vezes mais do que nos países desenvolvidos, e as altas taxas de crescimento populacional levariam ao esgotamento de todas as possibilidades e recursos da Terra.

Datam do início dos anos 1950, as primeiras notícias sobre o desenvolvimento de contraceptivos orais à base de hormônios sintéticos. Gregory Pincus, que os investigava, foi estimulado, em 1951, a desenvolver um contraceptivo em forma de pílulas. O apoio financeiro foi oferecido, em 1951, por Margaret Sanger. Ele contou, também, com a colaboração dos doutores Min-Chueh Chang e John Rock.

Nos Estados Unidos, a FDA – Food and Drug Administration liberou, já em 1960, a venda da pílula anticoncepcional chamada Enovid, produzida pelo laboratório Searle. Na Grã-Bretanha, começou a ser vendida por volta de 1961, com o nome de Conovid¹². O surgimento da pílula e o desenvolvimento do DIU trouxeram, para o campo da divulgação e distribuição dos contraceptivos, os membros do

¹¹ MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL – MFPP – Centre de Documentation. L'IPPF: qu'est-ce que c'est? Dossier d'information, avril 2000, p. 3.

¹² VAUGHAN, Paul. *A pílula em julgamento*. Rio de Janeiro: Mundo, 1971. p. 57.

corpo médico. Se, até então, as associações médicas olhavam com desconfiança para os grupos neomalthusianos, e julgavam que estes assuntos eram coisas indignas de seu trabalho, a partir de então passaram a se interessar pelo tema. As pílulas tinham a vantagem, para o corpo médico, de ser um medicamento que exigia assistência e receita médica, e o DIU exigia a intervenção direta no corpo das mulheres. Foi assim, com o apoio do corpo médico, que, nos anos 1960, passaram a ser divulgados e distribuídos novos métodos contraceptivos no Terceiro Mundo.

As pílulas chegam ao Brasil

No Brasil, o comércio da pílula anticoncepcional teve início em 1962¹³, e obteve notícias esparsas nos jornais e revistas voltados para o público feminino. Boa parte da divulgação foi realizada por representantes comerciais que atuaram junto aos médicos¹⁴. Em 1967, a revista *Realidade*, em seu famoso n. 10¹⁵, que focalizou “A mulher brasileira, hoje”, informava, numa pesquisa, que 87% das mulheres consideravam importante evitar filhos, 46% adotavam alguma forma de contracepção e 19% delas já utilizavam as pílulas¹⁶. Em 1970, no Brasil, foram vendidas 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais e, em 1980, este número subiu para 40,9 milhões¹⁷. Boa parte desse consumo foi, certamente, feito pelas mulheres das camadas médias. Organismos internacionais distribuíam diferentes contraceptivos para mulheres das camadas populares.

O Brasil, como outros países do Terceiro Mundo, foi classificado entre os que estavam ameaçando a superpopulação do planeta. Convém, entretanto, observar que a densidade demográfica do Brasil é inferior à da maioria dos países europeus, e, atualmente, cinco vezes inferior à da França¹⁸. Neste caso, como explicar este tipo de argumento demográfico no Brasil?

¹³ Ver, a este respeito, o artigo “A velha pílula”, veiculado no *Jornal do Brasil*, em 12/05/1972.

¹⁴ *Ibidem*. Neste artigo, aparece depoimento de representante comercial.

¹⁵ Este número foi apreendido pela censura.

¹⁶ A mulher brasileira, hoje. *Realidade*, n. 10, ano 1, p. 28, janeiro, 1967.

¹⁷ O direito de ter ou não ter filhos. *Cadernos do Conselho da Condição Feminina*, p. 2. Apud BARBOSA, Regina Maria. *Op. cit.*, p. 23-24. Ver, também, GREER, Germaine. *Sexo e destino: a política da fertilidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987. p. 158-159.

¹⁸ O Brasil conta, atualmente, com 169,8 milhões de habitantes, uma densidade populacional de 20hab/km², com uma taxa de 2,2 filhos por mulher e com um ritmo de crescimento de 1,64% ao ano. Estes números representam 2,8% dos habitantes do planeta, que, atualmente, somam 6,1 bilhões de pessoas. Na França, o número de filhos por mulher é de 1,75, uma das taxas de fecundidade mais altas da Europa; a densidade demográfica situa-se em torno de 109hab./km². Na Europa: o balanço demográfico publicado pelo Institut National de la Statistique et des Études Économiques – Insee, em 4/02/1999, apresenta a Itália com 1,22 ; a Espanha com 1,15, e a média europeia conta 1,44. Ver BAULIEU, Étienne-Émile ; HÉRITIER, Françoise & LERIDON, Henri. *Contraception: contrainte ou liberté*. Paris: Odile Jacob, 1999. p. 131.

O investimento no controle da natalidade, no Brasil e nos demais países da América Latina, teve relação direta com a Revolução Cubana de 1959. A partir daí, a política norte-americana passou a considerar a América Latina como um “continente explosivo”, um campo fértil para a agitação comunista. Começaram a ser criadas, então, organizações de ajuda aos latino-americanos. Estas ajudas traziam, como exigência, a adoção de programas e estratégias de redução do crescimento populacional. O entendimento era de que o crescimento rápido da população latino-americana e sua consequente pobreza seria um forte aliado da revolução comunista. Assim, o perigo representado por uma questão política foi transformado no da “bomba demográfica”¹⁹.

Os argumentos que acompanharam a entrada das pílulas anticoncepcionais no mercado francês, assim como em vários outros países da Europa, não foram iguais aos usados no Brasil. A quantidade de mortos da Segunda Guerra Mundial, da mesma forma como ocorrera na Primeira Guerra, provocava a adoção de políticas públicas fortemente natalistas. Assim, os argumentos para defender a divulgação e o uso de métodos contraceptivos tinham que ser diferentes. Estes, apesar da referência à superpopulação e ao Baby-Boom do pós-guerra, estavam centrados na afirmação de que os países europeus envolvidos nos combates vinham, há muito tempo, tendo um comportamento de redução do número de filhos, e, portanto, os novos métodos não trariam qualquer mudança na perspectiva que já se configurava. Na França, dizia-se, era necessário combater a política natalista que vinha sendo adotada desde o final da Primeira Guerra Mundial. Defendia-se a mudança da lei de 1920, que punia severamente o aborto e a divulgação da contracepção. A França da V República, diziam, mantinha-se presa ao mito de que o número de habitantes seria responsável pela grandeza da nação²⁰.



Pílulas... “In: *Brasil Mulher*, nº 1, São Paulo, dezembro 1975, p. 6.

¹⁹ FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Fnuap, 1993, p. 81-95. Ver, também, COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 209-215, Brasília, 1996.

²⁰ MICHEL, Andrée & TEXIER, Geneviève. *La condition de la française d'aujourd'hui*. V. I – Mythes et réalités. Genève (Suisse): Gonthier, 1964. p. 38-41.

O que se observa é uma preocupação constante, no período entre os anos 1960 e 1970, com a baixa taxa de crescimento populacional, presente nos colóquios, nos artigos de revistas, nos livros, enfim, nos argumentos que tematizavam a questão. Esta situação era muito diferente daquela que estimulava a utilização de meios contraceptivos em países como o Brasil, a qual, como já se viu, passou a ser centrada no perigo de uma possível “bomba populacional” e na ameaça de uma revolução comunista que o aumento da população representava.

Nas décadas de 1960 e 1970, ao invés de revoluções comunistas, o Brasil e diversos países da América Latina tiveram a implantação de ditaduras militares²¹. Estas impediram manifestações, definiram um percurso histórico na direção da sociedade capitalista e receberam pressões de organismos internacionais para a adoção de políticas antinatalistas. Os investimentos e as ajudas internacionais só seriam implementadas após o comprometimento destes países em adotar políticas de contenção da expansão populacional.

Assim, em meio a este debate, as pílulas anticoncepcionais foram comercializadas, sendo adquiridas pelas camadas médias de maneira crescente, como já foi dito. Por sua vez, as mulheres das camadas populares, a partir de 1965, passaram a obter diferentes produtos contraceptivos de forma gratuita, através de organismos como a Bemfam – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil²². A forma como o secretário desta instituição justificava a necessidade do uso de métodos contraceptivos pelas mulheres das camadas populares lembra os discursos eugênicos que, no início do século XX, estiveram presentes nos escritos das pessoas envolvidas com as clínicas neomalthusianas. Em 1968, por exemplo, o secretário da Bemfam, Glycon de Paiva, afirmava, em entrevista concedida a uma revista de circulação nacional: “(...) dos três milhões nascidos vivos (8,3 mil em 24 horas), apenas três mil seriam necessários para compensar a mortalidade diária. Quase todo o restante (5,3 mil nascimentos) é economicamente desnecessário”²³.

Entretanto, a política internacional, voltada para a redução da população – principalmente dos países pobres –, encontrou no governo brasileiro, durante a vigência do regime militar, além de ambiguidade, um debate que não revelou consenso. De um lado, havia os “antinatalistas”; de outro, os “anticontrolistas”. Os primeiros reivindicavam um projeto de desenvolvimento para o País, dentre cujas exigências encontrava-se a redução da natalidade como parâmetro de país desenvolvido. Além disso, havia o argumento de que, com o crescimento

²¹ Em 31 de março de 1964, iniciava-se no Brasil a ditadura militar, que, passando por diversos estágios, atingiria seu período mais difícil do final de 1968 até meados da década de 1970.

²² Esta entidade foi criada no Brasil em 26 de novembro de 1965.

²³ Afirmação de Glycon de Paiva, secretário da Bemfam no Brasil, à Revista *Veja. Devemos limitar a natalidade?* 30 de outubro de 1968, n. 8, p. 138.

demográfico, então observado, a economia teria dificuldades em manter altas taxas de crescimento, capazes de dar conta da demanda exigida²⁴. Por outro lado, os anticontrolistas, com a teoria geopolítica de “ocupação de espaços vazios”, encontravam entre os militares nacionalistas fortes aliados. Estes argumentavam que a soberania nacional dependia da presença de brasileiros em todas as regiões do País²⁵. Aos anticontrolistas, no Brasil, muitas vezes aliaram-se vários setores da Igreja Católica e, até mesmo, alguns grupos feministas²⁶.

Na França, o tema do combate ao aborto esteve presente nos argumentos em favor da contracepção. Foi para combater a lei de 1920, que punia a prática do aborto e a divulgação de métodos contraceptivos, e dedicar-se aos estudos dos problemas da maternidade, da natalidade e de suas repercussões sociais e familiares, que, em 1956, um grupo de mulheres francesas formou uma associação chamada “Maternité Heureuse”. Esta associação pretendia promover, na França, o planejamento familiar, e se diferenciar dos antigos neomalthusianos²⁷.

Em 1958, a “Maternité Heureuse”, que era coordenada pela médica Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, associou-se à IPPF – International Planned Parenthood Federation²⁸, a mesma entidade que, no Brasil, financiava a Bemfam. Em 1960, a “Maternité Heureuse” mudou seu nome para MFPP – Mouvement Français pour le Planning Familial²⁹. Em 29 de dezembro de 1967, a Lei Neuwirth passou a autorizar a comercialização de contraceptivos. Dentre os argumentos utilizados para justificar a lei, foram citados o número de abortos provocados e as razões para realizá-lo³⁰. Enfim, este foi um tema constante nos jornais, nas revistas, nos livros publicados no período. Entretanto, diferentemente do caso brasileiro, na França o aborto foi descriminalizado. Em 17 de janeiro de 1975, foi aprovada, por um prazo de cinco anos, a Lei Simone Veil, que autorizava a interrupção da gravidez até a décima semana³¹.

²⁴ BARBOSA, Regina Maria. *Mulher e contracepção: entre o técnico e o político*. 1989, 233p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Uerj.

²⁵ FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Op. cit.*, p. 135.

²⁶ Alguns grupos feministas, especialmente aqueles ligados às organizações de extrema esquerda e envolvidos no combate contra a ditadura militar no Brasil, criticavam a distribuição de contraceptivos em território brasileiro, argumentando que se tratava de interferência do imperialismo norte-americano em assuntos nacionais. Os jornais *Brasil Mulher* e *Nós Mulheres*, da época, publicaram artigos sobre esta questão.

²⁷ CHAPERON, Sylvie. *Les années Beauvoir (1945-1970)*. Paris: Fayard, 2000. p. 242.

²⁸ MORE, Caroline. *Les debuts du planning familial à Grenoble 1961-1967*. Mémoire de Maîtrise. Université Grenoble II. UFR Sciences Humaines. Département Histoire, Septembre 2000, p. 25.

²⁹ *Ibidem*, p. 25.

³⁰ NEUWIRTH, Lucien. *Le dossier de la pilule*. Paris: Éditions de la Pensée Moderne, 1967.

³¹ PICQ, Françoise. *Libération des femmes Les années-mouvement*. Paris: Éditions du Seuil, 1993. p. 166.

A imprensa como divulgadora para as camadas médias

No Brasil, as camadas médias acompanharam a tendência geral de queda de fecundidade no País, utilizando, também, contraceptivos hormonais³². A taxa de fecundidade, no Brasil, ficou assim configurada: em 1940: 6,16; em 1950: 6,21; em 1960: 6,28; em 1970: 5,76; em 1980: 4,35³³. Como já se disse no início deste texto, estas camadas não foram alvo de qualquer política controlista por parte do poder público ou de organismos internacionais. Neste caso, a redução no número de filhos, entre as camadas médias, representou um resultado não esperado³⁴ pelos planejadores da redução das taxas demográficas, uma vez que as políticas eram dirigidas especialmente às mulheres que viviam em condições de pobreza. Esta é que era o **inimigo interno**³⁵. Neste caso, por que as camadas médias, também, teriam reduzido tão significativamente o número de filhos³⁶? Onde estas mulheres estavam obtendo informações? Teria a imprensa sido importante na definição do número de filhos da classe média?

Na imprensa dos anos 1960 e 1980³⁷, observaram-se divulgações bastante contraditórias sobre a questão. Havia, principalmente no início dos anos 1960, um clima de pânico em relação às possibilidades de alimentos disponíveis no mundo para uma população que, diziam, crescia assustadoramente – a chamada “bomba demográfica”. Divulgava-se, também, modelos de família com apenas dois filhos, e estímulo ao consumo de bens duráveis e semiduráveis. Por outro lado, e contraditoriamente, a partir de meados da década de 1960, passaram a ser veiculadas notícias alarmantes em relação aos perigos que os novos contraceptivos orais traziam para a saúde das mulheres.

³² SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – Bemfam. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde*. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997, p. 56. O documento aponta que 19,4% das mulheres com mais de 12 anos de escolaridade utilizavam pílulas, enquanto que este método era usado por apenas 14% das mulheres que possuíam entre um e três anos de escolaridade.

³³ Séries estatísticas retrospectivas/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 1986. p. 49.

³⁴ FARIAS, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje*, p. 62-103, São Paulo, Vértice/Anpocs, 1989.

³⁵ FONSECA SOBRINHO, Dêlcio da. *Op. cit.*, p. 85-87. O autor narrou que, nos relatórios dos Estados Unidos sobre o Brasil, no início da década de 1960, a pobreza no Nordeste era apontada como o “inimigo interno”, “campo fértil para agitadores políticos, como Francisco Julião, pró-Castro (...)”.

³⁶ A partir das 150 entrevistas realizadas com mulheres de camadas médias, foi possível constatar uma redução significativa no número de filhos de uma geração para a outra. Assim, enquanto as entrevistadas dizem ter um número médio de filhos em torno de 2,38, suas mães contavam 5,52 e suas avós, 7,42.

³⁷ Nas revistas e nos jornais já citados, procurou-se coletar notícias e reportagens que focalizassem os métodos contraceptivos, a família, a preocupação com a explosão populacional, as políticas internacionais voltadas para a população, as discussões sobre o feminismo. Foram coletadas 164 notícias, reportagens e comentários entre 1960 e 1989. A amostra foi constituída por anos alternados, ou seja, se num jornal foram investigados os anos pares, em outro foram pesquisados os anos ímpares.

Certamente, estas mulheres interpretaram ao seu modo as leituras que fizeram. Filtravam, assim, conforme seu interesse, as informações que liam. Entende-se que a leitura implica criatividade; isto significa que não se considera que a imprensa seja a “verdadeira” responsável pela adoção, por parte da classe média, de métodos contraceptivos modernos. Está se considerando, como o fez Chartier, “a leitura como um espaço próprio de apropriação, jamais redutível ao que é lido”³⁸.

Nas entrevistas realizadas, ao serem perguntadas sobre como obtiveram a informação sobre as pílulas, as entrevistadas falaram de contatos com médicos, amigos de médicos, parentas, amigas, e, muitas vezes, não souberam precisar como tiveram acesso aos dados. A imprensa foi citada como fonte de informações ambíguas. Ora estimulava o uso, ora alertava para os perigos dos efeitos secundários das pílulas anticoncepcionais. Inquiridas sobre qual veículo costumavam ler, elas citaram *Seleções do Reader's Digest*, *O Cruzeiro*, *Manchete*, *Cláudia* e fotonovelas diversas, além dos jornais. Na verdade, a memória não conseguiu precisar qual a fonte de informação. Muitas se referiram ao contato com médicos, mas disseram também que, ao procurá-los, já possuíam alguma informação sobre o que buscavam: um método seguro de contracepção. Uma das revistas mais citadas, gerando surpresa, foi *Seleções do Reader's Digest*. Muitas mulheres entrevistadas afirmaram que possuíam a revista em casa, que liam, e que era assinada por elas mesmas ou por amigos e parentes.

A pesquisa realizada nas revistas e nos jornais mostrou que, no início dos anos 1960, não foram muitas as informações veiculadas pelas revistas brasileiras e pelos jornais. Ao contrário: foi a revista *Seleções do Reader's Digest* que primeiro focalizou, no Brasil, a notícia dos novos contraceptivos hormonais. Surgida em fevereiro de 1922, esta revista gabava-se de atingir mais de cem milhões de pessoas e de ser “verdadeiramente internacional”, sendo escrita em 13 idiomas. Além disso, afirmava ter “permanentemente denunciado os males do comunismo e retratado as vantagens do sistema de economia livre”³⁹.

No Brasil, a referida revista passou a circular, em português, em fevereiro de 1942, em plena Segunda Guerra Mundial, divulgando a participação dos Estados Unidos no conflito. Depois, passou a trazer inúmeros artigos a respeito da guerra fria⁴⁰. Divulgava, em linguagem simples, os mais diversos assuntos: política, medicina, literatura, comportamento. Embora não pudesse ser considerada como

³⁸ BOURDIEU, Pierre & CHARTIER, Roger. A leitura: uma prática cultural. In: CHARTIER, Roger. *Práticas de leitura*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. p. 231-253.

³⁹ Depoimento de Witt Wallace. *Seleções do Reader's Digest*, n. 10, março de 1972, p. 27-31.

⁴⁰ A este respeito, ver JUNQUEIRA, Mary Anne. *Ao sul do Rio Grande – imaginando a América Latina em Seleções: oeste, wilderness e fronteira (1942-1970)*. Bragança Paulista: Edusf, 2000.

dirigida exclusivamente ao público feminino – pois era voltada para a família –, focalizava questões que certamente interessavam às mulheres⁴¹.

Nas entrevistas, nenhuma das mulheres afirmou, com precisão, que teria sido através desta revista que obtivera informações sobre a contracepção. O que se constata, entretanto, é que, antes mesmo que estes debates estivessem presentes de forma ampla na mídia brasileira, *Seleções do Reader's Digest* já trazia notícias sobre a questão do perigo da “explosão populacional” e das experiências com os contraceptivos hormonais.

Nos jornais e revistas brasileiros, a discussão sobre a “bomba demográfica” ocorreu intensamente já em 1960. Entretanto, foi apenas em novembro de 1962 que a revista *Cláudia*, surgida em outubro de 1961, publicou um artigo a respeito das pílulas anticoncepcionais. Já o *Jornal das Moças*, existente há mais tempo, não publicou qualquer artigo⁴².

Na pesquisa realizada em jornais de circulação local e nacional, foi possível constatar como as informações foram desconstruídas e como, muitas vezes, despertaram o medo⁴³. A partir de 1967, por exemplo, as críticas e as dúvidas sobre os riscos que as pílulas poderiam acarretar às mulheres começaram a surgir na mídia impressa brasileira. Foi assim – noticiando os prováveis perigos – que este assunto ganhou grande destaque nas revistas e nos jornais. Nesta época, o debate pela imprensa tornou-se mais acirrado quando da instituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, requerida pelo então Deputado Mário Covas, para “estudar a conveniência” da limitação da natalidade no País. Esta CPI foi deflagrada a partir de denúncias, na imprensa, sobre a “esterilização maciça” de mulheres na Amazônia, promovida por meio de DIUs – dispositivos intrauterinos e pela ação de missionários norte-americanos⁴⁴.

Na revista *Seleções*, entretanto, o foco estava centrado, principalmente, no perigo da explosão populacional e nas vantagens das pílulas contraceptivas. E, embora até registrasse as acusações feitas às pílulas anticoncepcionais, esta revista continuou

⁴¹ Ver a este respeito RAAD, Lenita Jacira Farias. *Denunciando os males do comunismo: o anticomunismo na revista Seleções do Reader's Digest (1950-1960)*. 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.

⁴² Ver BASSANEZI, Carla. A revista *Cláudia* e a sexualidade. In: VIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. *Anais...* Vol. 2, São Paulo: Abep, 1992, p. 107-126; e BASSANEZI, Carla. *Virando as páginas, revendo as mulheres: revistas femininas e relações homem-mulher, 1945-1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996, p. 360-363.

⁴³ Fez-se pesquisa em periódicos locais, na Biblioteca do Estado de Santa Catarina; já os periódicos de circulação nacional foram buscados na Biblioteca Nacional e na ABI – Associação Brasileira de Imprensa, ambas do Rio de Janeiro.

⁴⁴ FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Op. cit.*, p. 109.

em sua defesa entusiástica. É o que se observa, em maio de 1961, no artigo “A verdade sobre os comprimidos anticoncepcionais”; em novembro de 1963, no texto “A medicina a serviço da mulher”; e, em 1968, no “Pílulas ou não?”. Além disso, estes artigos vinham intercalados com outros que focalizavam a ameaça da explosão populacional, como o de julho de 1965, “A explosão demográfica e o que significa realmente”, e o de março de 1966, “O problema n. 1 do mundo”.

Esta revista, juntamente com *O Cruzeiro*, foram, nos anos 1950, as mais lidas no Brasil. Nos anos 1950 e 1960, *Seleções* chegou a atingir a tiragem de 600 mil exemplares⁴⁵. Assim, pode-se afirmar que, no afã de divulgação do controle populacional, de luta contra o avanço do comunismo e de defesa dos valores norte-americanos no período da guerra fria, a revista *Seleções do Reader's Digest* foi, para muitas mulheres de camadas médias, um veículo de propaganda, de informação para o uso das pílulas anticoncepcionais. Saindo à frente das demais publicações, pode-se dizer que esta revista ajudou a expandir o “campo de prova” destes medicamentos para além das fronteiras norte-americanas.

Convém, ainda, salientar que todo este sucesso de *Seleções* no Brasil não pode ser pensado como parte de uma conspiração ou de algo imposto pelos Estados Unidos. Havia, no Brasil de então, receptividade a estes discursos⁴⁶. Nos depoimentos das mulheres que foram entrevistadas, observa-se uma preocupação muito grande em encontrar formas de definir o tamanho da família, em descobrir meios contraceptivos eficazes, mesmo que estes trouxessem aborrecimentos e mal-estar. No afã de controlar a procriação, submetiam-se, oferecendo-se elas mesmas como “campo de prova”, sem esperar por possíveis aperfeiçoamentos. Torna-se importante destacar, ainda, que estas entrevistadas não fizeram qualquer referência às possibilidades emancipadoras que as pílulas contraceptivas poderiam trazer para o conjunto das mulheres.

A imprensa brasileira em geral, por outro lado, deu grande destaque às notícias alarmistas. Nestas, focalizavam os prejuízos que as pílulas contraceptivas poderiam trazer para a saúde das mulheres. Possivelmente, vendiam-se mais revistas com este tipo de reportagem. Além disso, deve-se levar em consideração o conservadorismo dos redatores e editores. Estas notícias devem ter provocado muito medo e desconfiança. Obviamente, este não foi o único perfil das reportagens. Em vários momentos, os novos contraceptivos foram apresentados de forma didática e esclarecedora⁴⁷. É bom lembrar que em outros países – como na França – acusação do mesmo tipo foi feita à imprensa. Ou seja: o de dar maior destaque

⁴⁵ JUNQUEIRA, Mary Anne. *Op. cit.*, p. 49.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 115, 133, 242.

⁴⁷ É o caso de artigos assinados por Carmem Silva nas revistas *Claúdia, Nova*, n. 75, de dezembro de 1979; *Isto É*, de 26/06/1983; *Isto É*, de 21/08/1985.

às notícias alarmistas do que empenhar-se na informação detalhada das diferentes possibilidades de métodos contraceptivos⁴⁸.

Mesmo assim, é possível afirmar que a imprensa brasileira contribuiu para a queda das restrições ao uso de contraceptivos de maneira geral, ao divulgar um novo padrão de família com poucos filhos, novos paradigmas de consumo de classe média, e a modernidade da presença das mulheres atuando no mercado de trabalho e no espaço público. Assim, se, por um lado, alarmava contra os novos contraceptivos, por outro lado estimulava a busca de formas de redução do número de filhos.

Para as mulheres brasileiras, este desencontro de informações, também denunciado por outras mulheres em outros países, foi, ainda, de certa forma agravado pelo contexto da ditadura militar e pela consequente ausência de cidadania. Assim, enquanto as mulheres brasileiras não puderam lutar por melhores esclarecimentos, participar de discussões ou de manifestações, na mesma época, em países europeus como a Inglaterra e a França, os movimentos feministas reivindicavam facilidades nas informações e gratuidade para os meios contraceptivos⁴⁹. A conquista destes grupos significou, no mínimo, consciência de cidadania e segurança de que a luta coletiva pode trazer conquistas significativas. No Brasil, entretanto, a possibilidade de usar os novos métodos contraceptivos não fora resultado de reivindicação, luta coletiva, e, portanto, não poderia estar na memória das mulheres como tendo forte significado para a autonomia do conjunto das mulheres.

As mulheres de camadas médias entrevistadas, por isso, não consideraram a contracepção uma conquista. A pílula é pensada por elas como algo necessário para definir uma família de menor porte e, ao mesmo tempo, um perigo constante para a saúde. Por outro lado, a imprensa não pode ser julgada como fonte segura de conhecimento. Justamente o veículo que poderia ser considerado o mais suspeito, a revista *Seleções*, foi o que mais forneceu informações, mesmo que estas não tivessem por objetivo oferecer meios de autonomia para as mulheres. Assim, sem espaço de discussão por conta da ditadura militar, as mulheres brasileiras buscaram outros recursos de informação, por intermédio de amigas, parentes, médicos. A imprensa, apesar de veicular notícias alarmantes que certamente assustaram, também forneceu argumentos que podiam também ser lidos como estímulo à queda das restrições às medidas contraceptivas, principalmente em reportagens sobre o perigo do crescimento da população e o modelo de família de poucos filhos.

Foi neste contexto que as mulheres brasileiras tornaram-se “campo de prova” e contribuíram para o “desarmamento da bomba demográfica”, vivenciando, assim,

⁴⁸ Ver, a este respeito, MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL – MFPP. Qui nous informe? Avec quels moyens? Quelles intentions? Quelles perspectives? In: COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CONTRACEPTION VUE DU CÔTE DES FEMMES ORGANISÉ PAR LE MFPP – sous la présidence d’Yvette Roudy, Ministre des Droits de la Femme. 1982 (table ronde 6).

⁴⁹ SANTARCANGELO, Maria Cândida Vergueiro. *A situação da mulher*. São Paulo: Soma, 1980.

de maneira muito diferente, as possibilidades revolucionárias trazidas pelos novos contraceptivos.

Referências

BARBOSA, Regina Maria. *Mulher e contracepção: entre o técnico e o político*. 1989. 233p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Uerj.

BASSANEZI, Carla B. A revista *Cláudia* e a sexualidade. In: VIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. *Anais...* Vol. 2. São Paulo: Abep, 1992. p. 107-126.

_____. *Virando as páginas, revendo as mulheres: revistas femininas e relações homem-mulher, 1945-1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

BAULIEU, Étienne-Émile; HÉRITIER, Françoise & LERIDON, Henri. *Contraception: contrainte ou liberté*. Paris: Odile Jacob, 1999.

BELTRÃO, Pedro Calderan. *Demografia – ciência da população: análise e teoria*. Porto Alegre: Sulina, 1972.

BOURDIEU, Pierre & CHARTIER, Roger. A leitura: uma prática cultural. In: CHARTIER, Roger. *Práticas de leitura*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001. p. 231-253.

CHAPERON, Sylvie. *Les années Beauvoir (1945-1970)*. Paris: Fayard, 2000. p. 242.

COSTA, Ana Maria. Planejamento familiar no Brasil. *Bioética*, v. 4, n. 2, p. 209-215, Brasília, 1996.

FARIAS, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje*, p. 62-103, São Paulo, Vértice/Anpocs, 1989.

FLANDRIN, Jean-Louis. *O sexo e o Ocidente*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/Fnuap, 1993. p. 81-95.

GREER, Germaine. *Sexo e destino: a política da fertilidade humana*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Séries estatísticas retrospectivas*. Rio de Janeiro: IBGE, 1986.

JUNQUEIRA, Mary Anne. *Ao sul do Rio Grande – imaginando a América Latina em Seleções: oeste, wilderness e fronteira (1942-1970)*. Bragança Paulista: Edusf, 2000.

LOBO, Elisabeth Souza. *Emma Goldman*. São Paulo: Brasiliense, 1983. Coleção Encanto Radical.

MOUVEMENT FRANCAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL – MFPPF. Centre de Documentation. L'IPPF: qu'est-ce que c'est? Dossier d'information, avril, 2000.

_____. Qui nous informe? Avec quels moyens? Quelles intentions? Quelles perspectives? In: COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CONTRACEPTION VUE DU CÔTE DES FEMMES ORGANISÉ PAR LE MFPPF – sous la présidence d’Yvette Roudy, Ministre des Droits de la Femme. 1982 (table ronde 6).

MATTELART, Armand. *Géopolitique du contrôle des naissances*. Paris: Éditions Universitaires, 1967.

MCLAREN, Angus. *Historia de los anticonceptivos*. Madrid: Minerva, 1993.

MICHEL, Andrée & TEXIER, Geneviève. *La condition de la française d’aujourd’hui*. V. I – Mythes et réalités. Genève (Suisse): Gonthier, 1964.

MORE, Caroline. Les debuts du planning familial à Grenoble 1961-1967. Mémoire de Maîtrise. Université Grenoble II. UFR Sciences Humaines. Département Histoire, Septembre, 2000.

NEUWIRTH, Lucien. *Le dossier de la pilule*. Paris: Éditions de la Pensée Moderne, 1967.

PEDRO, Joana Maria (org.). *Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

PICQ, Françoise. *Libération des femmes: les années-mouvement*. Paris: Éditions du Seuil, 1993. p. 166.

RAAD, Lenita Jacira Farias. *Denunciando os males do comunismo: o anticomunismo na revista Seleções do Reader’s Digest (1950-1960)*. 2005. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC.

SANTARCANGELO, Maria Cândida Vergueiro. *A situação da mulher*. São Paulo: Soma, 1980.

SCOTT, Joan W. *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem*. Florianópolis: Mulheres, 2002.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.

VAUGHAN, Paul. *A pílula em julgamento*. Rio de Janeiro: Mundo, 1971.

Revistas e jornais citados

Isto É

Jornal *Brasil Mulher*

Jornal do Brasil

Jornal *Nós Mulheres*

Realidade

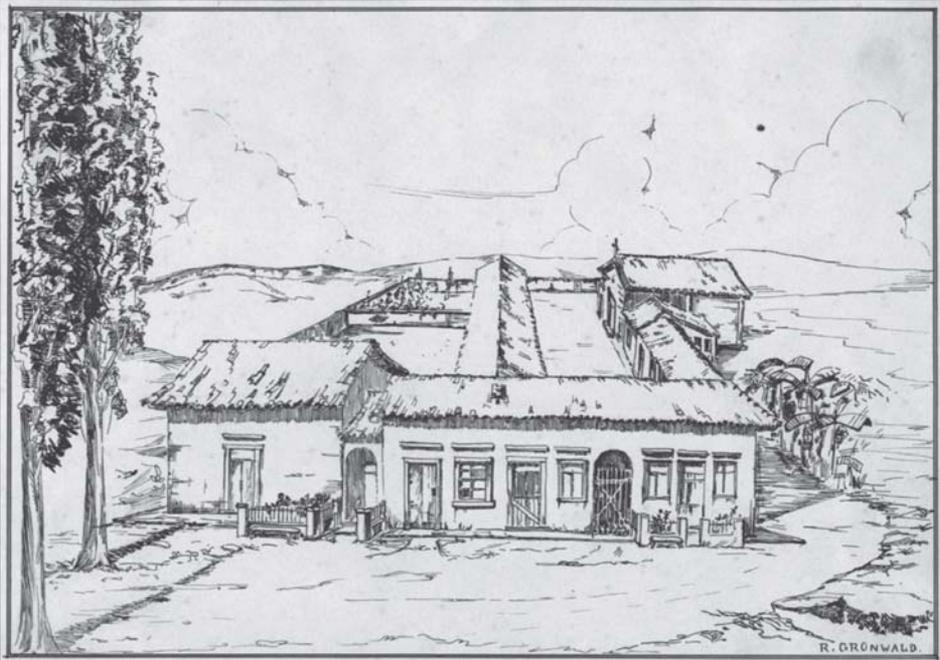
Revista *Claúdia*

Revista *Nova*

Seleções do Reader’s Digest

Veja

HISTÓRIAS DA SAÚDE PÚBLICA EM SÃO PAULO



Hospital de Lázaros de Guapira - S. Paulo

Fonte: Acervo do Grupo de Memória da Saúde do Instituto de Saúde

Emílio Ribas e os desafios para sanear São Paulo

Marta de Almeida

Estudar a história da Saúde Pública de São Paulo a partir da trajetória de seus articuladores possibilita avanços de investigação, mas também desafios no âmbito teórico-metodológico. Este texto apresenta algumas reflexões a partir de um trabalho já realizado a respeito da atuação do médico sanitarista Emílio Marcondes Ribas, enquanto diretor do Serviço Sanitário de São Paulo entre os anos 1898 e 1917 (ALMEIDA, 2003a).

O período abordado – final do século XIX e início do século XX – foi marcado por grandes transformações no Estado de São Paulo. A expansão cafeeira para o oeste paulista e, mais tarde, a entrada maciça de imigrantes de diversas partes da Europa, sobretudo italianos, marcaram profundamente a região. Aos poucos, a cidade de São Paulo ganhava outros contornos, outros sotaques e fisionomias. Neste contexto de mudanças, intervenções sanitárias e práticas médicas fizeram parte do processo de metamorfose da pequena vila em grande metrópole.

Este artigo objetiva contribuir para uma reavaliação do processo de inserção da microbiologia nas políticas públicas daquele período e destacar a posição ocupada pela higiene e pela Saúde Pública no universo sociopolítico de São Paulo republicano do início do século. Há uma preocupação em rever este momento da História do Brasil, mediante um estudo sobre projetos e concepções de Saúde Pública, produção de saberes e reorganização do espaço urbano com base nas concepções médicas daquele período. Para isto, optou-se pelo estudo do percurso profissional trilhado por Emílio Ribas enquanto uma trajetória constitutiva da própria história de São Paulo. Ou seja, parte-se da concepção de que o resultado das pesquisas sobre Emílio Ribas ora apresentado é também um estudo sobre a história mesma de São Paulo. Lá as elites intelectuais e as autoridades públicas buscaram construir uma imagem de modernidade pautada, entre outras realizações, na constituição de uma ampla rede laboratorial com vistas a concorrer e, até mesmo, superar a antiga Capital Federal naquilo que tinha a simbolizar o novo regime político – a República – e uma nova fase da vida nacional – a pátria paulista (BERTOLLI, 2005).

O início de uma carreira médica

Emílio Ribas optou pela Medicina como vários outros jovens do interior paulista que buscavam nas faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia novos horizontes profissionais. Geralmente, após os cinco anos do curso, estes jovens voltavam para atuar como médicos em suas cidades de origem ou em outras próximas da região. Muitos também se envolviam nas lutas políticas do final do Império e se articulavam com as novas tendências republicanas que tomavam forma e expressão em São Paulo, sobretudo a partir da fundação do Partido Republicano Paulista, em 1873.

Com Emílio Ribas não teria sido diferente, caso ele tivesse se mantido como clínico em Pindamonhangaba, cidade em que nasceu em 1862. Após ter cursado Medicina no Rio de Janeiro entre os anos de 1882 e 1887, retornou para seu município de origem como clínico e participou da fundação do Clube Republicano de Pindamonhangaba, em 1888, junto a amigos e correligionários, atuando como propagandista do novo regime político. Foi nesse período de sua vida, seguindo os moldes familiares da época, que o jovem Ribas, então médico formado, casou-se com Maria Carolina Bulcão, filha de tradicional família paulista. Com ela, mudou-se para Santa Rita do Passa Quatro e, logo depois, em 1889, conseguiu obter a concessão para exercer os serviços médicos na construção de uma estrada de ferro, a São Paulo-Rio Grande, residindo e clinicando em Tatuí. Em 1895, ocorreu sua aproximação com o Serviço Sanitário de São Paulo, órgão público recém-criado em 1891, pois fora nomeado inspetor sanitário em comissão. Tudo parecia bastante previsível em sua trajetória, com todas as dificuldades e benesses inerentes ao ofício de clinicar no interior, trabalhar comissionado pelo Estado e ser pai de cinco filhos pequenos.

No entanto, a indicação feita por um amigo conterrâneo para o cargo efetivo nos serviços de saúde de São Paulo, em 1896, mudaria sua trajetória. Antônio Bueno, professor da Faculdade de Direito São Francisco e secretário do Interior na época, sugeriu o nome de Emílio Ribas para o cargo efetivo de inspetor sanitário, função básica do Serviço Sanitário de São Paulo e que marcou o início de sua carreira como médico sanitarista nos órgãos públicos de saúde. As evidências mostram o quanto foram vitais as redes entre os diversos segmentos científicos, políticos e da imprensa para definir ou alterar completamente os caminhos tomados por Ribas em sua vida profissional, como se verá mais adiante.

Ribas enveredou por diversas cidades do interior paulistano entre os anos de 1896 a 1897, conforme as atribuições previstas para o cargo de inspetor sanitário, trabalhando em Rio Claro, Araraquara, Pirassununga, São Caetano, Jaú e Campinas. Nesta última, segundo registros da história mais conhecida sobre a Saúde Pública em São Paulo, sua atuação enquanto chefe da comissão sanitária foi marcante, principalmente com as medidas tomadas para debelar a febre amarela que grassava

na região. Segundo a maior parte dos estudos existentes sobre Ribas, os bons resultados obtidos com as campanhas fizeram com que ele fosse indicado para o cargo de diretor do Serviço Sanitário de São Paulo em abril de 1898 (SANTOS FILHO, 1996 e 1977).

No entanto, é preciso levar em conta que Emílio Ribas foi convidado pelo então presidente do Estado de São Paulo, Francisco de Assis Peixoto Gomide, o que demonstra um certo grau de relações cordiais estabelecidas entre Ribas e as autoridades governamentais.

O fato é que esta primeira atuação de Emílio Ribas nos serviços públicos de saúde delineou novos rumos para sua trajetória médica. Num momento gravemente marcado pela eclosão de epidemias, reformas urbanísticas, mudanças políticas e oscilações econômicas, a atuação sanitária em São Paulo não era tarefa fácil. Críticas não faltavam e, nos momentos mais agudos, tornavam-se ainda mais ferrenhas, desde os moradores de casas consideradas insalubres, passando pelos frequentadores de lugares tidos como suspeitos em alocarem focos epidêmicos, até proprietários de imóveis nas cidades ou de grandes propriedades rurais, pouco afeitos a cumprirem as normas higienizadoras postuladas pelo Serviço Sanitário.

Havia também fortes críticas no próprio meio médico paulista com relação às inovações laboratoriais que, naquele período, começavam a ser implementadas enquanto função do Serviço Sanitário. A referência aqui é feita à microbiologia que, embora já apresentasse no final dos anos 1890, do século XIX, um certo amadurecimento teórico e técnico, não foi um consenso entre os médicos, mesmo entre aqueles formados sob a égide pasteuriana. Muitos eram os conflitos, as divergências, as disputas, agravadas ainda mais pelo momento tumultuado das eclosões epidêmicas.

Emílio Ribas e a direção do Serviço Sanitário – 1898

Em 1898, quando Emílio Ribas assumiu o cargo de diretor, o Serviço Sanitário já se apresentava com repartições mais convencionais no que se refere aos princípios da higiene que nortearam os projetos modernizadores daquele período (ALVAREZ, 1999). O Serviço Sanitário de São Paulo, como já destacado, foi fundado em 1891 e substituiu a antiga Inspeção de Higiene do Estado, criada ainda no período imperial. Sobretudo nas últimas décadas do século XIX, foram criadas em diversos países repartições públicas ligadas ao saneamento das cidades e que se pautavam nos princípios clássicos da higiene. Em alguns casos, tais órgãos conciliavam as práticas higienistas com as inovações laboratoriais da microbiologia em termos de diagnósticos e profilaxias, caso do Serviço Sanitário de São Paulo. Assim, o Desinfectório Geral e o Hospital de Isolamento fizeram parte do Serviço Sanitário de São Paulo junto às instituições pautadas no que havia de mais inovador para a época em termos de

diagnósticos e profilaxias – o Instituto Bacteriológico, além do Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, do Laboratório Farmacêutico, do Instituto Vacinogênico e, mais tarde, do Instituto Soroterápico Butantan.

As mudanças de diretrizes científicas tomadas por Emílio Ribas, ao longo de sua trajetória, só podem ser entendidas à luz dos novos desafios enfrentados enquanto diretor do Serviço Sanitário, do intercâmbio científico que construiu, através de seus estudos, correspondências e do contato com os novos companheiros de profissão, Adolfo Lutz, Vitor Godinho, Vital Brazil, Bonilha de Toledo e Arnaldo Vieira de Carvalho, para citar apenas alguns deles. Assim, a aproximação e o afinamento que teve com as bases da microbiologia devem ser recuperadas numa perspectiva de entendimento não evolutiva da produção científica do autor, mas engendradas na historicidade do momento vivido por aqueles médicos que lutaram pela legitimação de sua atuação, estreitando relações pessoais e de trabalho entre si e mantendo vivo contato com os debates internacionais em torno da Saúde Pública.

Ribas e alguns dos desafios sanitários

A peste bubônica e a criação do Instituto Butantan

A eclosão da peste bubônica entre os anos de 1899 e 1900 na cidade portuária de Santos foi um enorme desafio para o recém-empossado diretor do Serviço Sanitário. Caso não fosse controlada, poderia se alastrar para outras cidades litorâneas, inclusive na Capital Federal, comprometendo nacionalmente a imagem do Estado de São Paulo e do próprio trabalho de chefia desenvolvido por Emílio Ribas naquele momento. Nesta ocasião, os laços de solidariedade médico-profissional se fizeram mais fortes entre Ribas, o então diretor do Instituto Bacteriológico, Adolfo Lutz e seu auxiliar, Vital Brazil. Ribas endossou o diagnóstico bacteriológico emitido por aquele Instituto, que confirmava a presença do bacilo da peste, diante da oposição sistemática de parte da imprensa paulista e de setores sociais que residiam ou mantinham interesses econômicos na cidade de Santos. As autoridades locais, preocupadas com a crescente situação de pânico, tentaram se contrapor ao parecer do Serviço Sanitário. Para tanto, solicitaram o exame de amostras ao médico francês e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Chapot Prévost, que também comprovou os resultados obtidos no Instituto Bacteriológico. O governo federal interveio e comissionou o jovem médico Oswaldo Cruz, naquele momento recém-chegado da França, para dar seu parecer. Ambos ratificaram o diagnóstico feito em São Paulo.

Tal situação favoreceu o fortalecimento de intercâmbios entre os médicos atuantes nas duas localidades e o atendimento à reivindicação feita ao governo paulista para que houvesse a criação de um instituto com vistas à produção de soro antipestoso na fazenda do Butantan. Emílio Ribas reforçou a solicitação feita anteriormente por Adolfo Lutz, em julho de 1899, para que fosse criado um instituto

soroterápico onde Vital Brazil pudesse prosseguir com proveito seus estudos sobre ofidismo – área de pesquisa naquela época pouco estudada, inclusive no exterior¹. O apoio da direção do Serviço Sanitário na figura do então Diretor Emílio Ribas foi decisivo para a concretização do projeto, pois houve a percepção do mesmo em conciliar os interesses que estavam em jogo, ou seja, a necessidade do soro gerada pela epidemia e a motivação profissional de um pesquisador para uma promissora área de pesquisa experimental e laboratorial².

Uma monografia sobre os mosquitos transmissores da febre amarela na hora certa

Quase em sincronia com o surto da peste em Santos, Emílio Ribas enfrentou nesta fase inicial de sua gestão administrativa o recrudescimento de outras doenças no interior de São Paulo, cujo diagnóstico predominante era o de febre amarela. Teorias surgiram em diversos pontos do mundo, buscando esclarecer as causas e a cura dessa doença que atingia principalmente os imigrantes europeus. Ribas estava de acordo com o que havia de mais atual quanto às explicações para a doença, através da leitura de trabalhos científicos publicados em periódicos internacionais e das correspondências que mantinha com as autoridades sanitárias norte-americanas. Ele acompanhava com especial atenção os resultados das pesquisas cubanas e estadunidenses, comparando-as com as experiências realizadas por Patrick Manson, em Londres, sobre a transmissão da malária pela picada do mosquito *Anopheles* infectado (ANTUNES, 1992: 33). Ribas tendia cada vez mais a relacionar a presença dos inconvenientes mosquitos com a transmissão da febre amarela. O Instituto Bacteriológico dedicou-se arduamente a esse tema, desenvolvendo pesquisas e testando algumas teorias que surgiam. Adolfo Lutz desenvolveu trabalhos acerca dos mosquitos nativos do Brasil que, mais tarde, se ampliaram. Algumas destas pesquisas serviram de respaldo científico para as publicações de Ribas nas quais defendeu a teoria dos mosquitos. Em janeiro de 1901, publicou uma monografia intitulada “O mosquito como agente da propagação da febre amarela”. Trabalho de 23 páginas, chama a atenção do leitor a atualização de Ribas com relação às pesquisas internacionais que se dedicavam ao estudo do papel dos mosquitos na veiculação de doenças, tais como as realizadas em 1900 na Itália sobre a relação do mosquito *Anopheles* na propagação da malária, posteriormente submetidos e “comprovados clínica e microscopicamente” em Londres (RIBAS, 1901: 3).

¹ Vital Brazil foi médico auxiliar do Instituto Bacteriológico e, além dos trabalhos bacteriológicos, ali desenvolveu suas primeiras pesquisas sobre ofidismo (ANTUNES, 1992: 31-32).

² No final de 1899, foi criado um novo laboratório nas imediações do Butantan, inicialmente anexo ao Instituto Bacteriológico. Em 1901, autônomo, foi transformado no Instituto Soroterápico Butantan, formando uma nova repartição do Serviço Sanitário, sob a direção de Vital Brazil.

Num segundo momento do seu texto, Ribas relatou brevemente as conclusões levantadas pela Comissão Norte-Americana em Cuba: refutação do **bacilo icteróide** de Sanarelli como causador da febre amarela e confirmação de que o mosquito servia de hospedeiro intermediário para o **parasita** da febre amarela. Posicionou-se favoravelmente aos trabalhos da Comissão e, portanto, assumiu de frente as batalhas científicas que se travaram nesse período com relação à causa e à profilaxia da febre amarela.

Após essas incursões mais teóricas a respeito de trabalhos que estavam sendo desenvolvidos em diversos centros de pesquisa, Ribas passou rapidamente para a descrição de diversos casos observados no Estado de São Paulo, numa busca pela exatidão de dados concretos que corroborariam a teoria dos mosquitos. Pautou-se, principalmente, nos relatórios dos inspetores sanitários que para diversas localidades eram designados. Nas cidades citadas – Sorocaba, Campinas, Tietê, Dois Córregos, São Carlos do Pinhal –, foi fator em comum a constatação de uma grande presença de mosquitos, embora a relação de causalidade tenha sido feita mais por Ribas do que pelos médicos relatores.

Emílio Ribas também se preocupou com a descrição dos hábitos e da morfologia dos mosquitos considerados propagadores da doença, citando, para isso, dados extraídos de uma nota manuscrita dos estudos de Lutz a respeito das espécies, uma vez que vinha se dedicando já há algum tempo aos estudos de entomologia nas dependências do Instituto Bacteriológico. A transcrição feita por Ribas das notas científicas de Lutz naquele documento só podem ser entendidas junto às observações clínicas e recomendações profiláticas, num momento em que as experiências realizadas em Cuba estavam em franca discussão. Ainda que Ribas não lidasse com as observações diretas sobre os insetos, o que se quer destacar aqui é a iniciativa que o diretor do Serviço Sanitário teve em publicar oficialmente uma monografia que defendia claramente a nova teoria dos mosquitos, posicionando-se perante a comunidade científica ao propor medidas profiláticas práticas e ao defender a extinção dos mosquitos no início de 1901. Tratava-se de mais uma estratégia de fortalecimento do Serviço Sanitário em suas diversas áreas de atuação – pesquisas laboratoriais, inclusive na área de entomologia, inspeção sanitária e profilaxia – com a anuência de seus participantes, sobretudo Lutz que, naquele momento, intercambiava seus trabalhos diretamente com Ribas, a ponto de lhe passar manuscritos sobre suas investigações. Assim, a hipótese de transmissão da febre amarela pelos mosquitos foi enfatizada por Ribas, alertando para a necessidade do extermínio de quaisquer espécies. Uma série de medidas específicas foi destacada no sentido de evitar o contato com os mosquitos, através do uso de cortinados, pós-inseticidas, telas etc. (RIBAS, 1901: 22-23).

O eminente médico terminou seu texto expressando admiração pela equipe dos cientistas que fizeram as experiências em Cuba, exaltando a coragem que tiveram em arriscar suas próprias vidas. Tanto assim que aguçou em si mesmo a

iniciativa de repetir, com algumas alterações, tais experiências em São Paulo, o que poderia levá-lo ao panteão dos “homens de ciência” que, pelo “espírito observador imparcial, chegam à verdade dos fatos”. (RIBAS, 1901: 23). Contudo, é necessário que se considerem outros fatores de natureza bastante diferenciada que motivaram Ribas e Lutz a se envolverem nesta perigosa atividade científica.

Ribas e Lutz juntos nas experiências sobre a febre amarela no Hospital de Isolamento

Apesar dos trabalhos efetivos realizados na direção do Serviço Sanitário, Emílio Ribas foi alvo de constantes cobranças e oposições, agravadas ainda mais por seu posicionamento favorável à teoria dos mosquitos para explicar a eclosão da febre amarela. Um dos oponentes mais fortes à referida teoria era o médico Artur Mendonça, antigo aliado do Serviço Sanitário, pois trabalhou como vice de Lutz no Instituto Bacteriológico até 1900, quando os desentendimentos em torno da teoria da transmissão da febre amarela aumentaram. Mendonça era defensor da teoria do “bacilo icteróide”, formulada por Giuseppe Sanarelli. A partir deste momento, publicou uma série de artigos sobre a febre amarela, criticando abertamente Adolfo Lutz, o que gerou uma troca de correspondência entre eles e outros, mais tarde publicada pelo próprio Mendonça em livro (MENDONÇA, 1903).

Diante das pressões de diversos setores, principalmente dos médicos clínicos, Ribas chegou a pedir demissão do cargo no início de 1900, pedido este negado pela intermediação do próprio Presidente do Estado, Fernando de Albuquerque³.

Acreditando ou não no voto de confiança depositado pelo governo, o fato é que Ribas continuou na função de diretor do Serviço Sanitário e envolveu-se ainda mais nas polêmicas em torno da febre amarela, não só pesquisando e escrevendo sobre o assunto, mas também se envolvendo na ideia de refazer na cidade de São Paulo as experiências realizadas em Havana sobre os mosquitos, juntamente com o diretor do Instituto Bacteriológico, Adolfo Lutz.

Os preparativos foram iniciados ainda no final de 1901, logo após Ribas conseguir autorização do Presidente do Estado, Francisco de Paula Rodrigues Alves, para efetuar as experiências utilizando pessoas, que seriam submetidas às picadas dos insetos infectados. Ribas mobilizou as equipes do Hospital de Isolamento e do Instituto Bacteriológico a fim de realizar o projeto, refazendo as experiências numa cidade livre dos focos epidêmicos – São Paulo – justamente para refutar o argumento contrário às experiências realizadas, então em voga, de

³ O presidente enviou ao então Secretário do Interior, Pereira de Queiróz, um ofício no qual declarava que, diante da absoluta confiança depositada pelo governo em Ribas, não poderia ser concedida a exoneração solicitada (ALMEIDA, 2003: 214).

que a cidade de Havana, contaminada pela febre amarela, poderia ter propiciado outras formas de transmissão/inoculação da doença naqueles voluntários que a desenvolveram. Houve a preocupação em utilizar mosquitos infectados com graus atenuados da doença para evitar resultados trágicos com os voluntários, pessoas comuns da sociedade, geralmente imigrantes e trabalhadores⁴.

Adolfo Lutz e outros médicos se envolveram no trabalho de “preparo” dos mosquitos, infectando-os em São Simão e buscando exemplares no Rio de Janeiro. As experiências foram realizadas no Hospital de Isolamento de São Paulo e divididas em duas etapas, cada uma com uma duração média de um mês: a primeira, ocorrida entre dezembro de 1902 a janeiro de 1903 e dividida em várias sessões. O próprio Ribas e Lutz deixaram-se picar pelos mosquitos, além de outras quatro pessoas⁵. A segunda fase de experiências foi realizada entre abril e maio de 2003. Nesta fase, apenas três imigrantes italianos participaram, sujeitando-se a ficar internados num quarto vedado do Hospital de Isolamento e a dormir com lençóis e roupas infectadas de sangue e vômitos de pacientes com febre amarela. Também foi providenciada uma estufa para que o recinto permanecesse constantemente caloroso, refutando a argumentação infeccionista de que a queda brusca da temperatura fosse capaz de destruir os “miasmas” da febre amarela.

Uma comissão formada por três médicos⁶ e escolhida por Ribas acompanhou integralmente todos os trabalhos e foi responsável por um relatório final sobre as observações efetuadas. Tal documento, amplamente divulgado, concluiu que a febre amarela não era contagiosa e que o único meio transmissivo era pela picada do mosquito, então denominado *Stegomyia fasciata*.

As experiências causaram grande impacto e foram relatadas no 5º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em junho de 1903, na cidade do Rio de Janeiro. Também foi apresentada uma memória escrita por Emílio Ribas, intitulada “Profilaxia da febre amarela”, na qual ele organizou uma série de relatórios e observações sobre a febre amarela, advindas de diversos funcionários e médicos das cidades do interior de São Paulo⁷. Os debates foram acalorados e decidiu-se, após muitas discussões e protestos, por uma reapresentação dos “trabalhos paulistas”,

⁴ Sobre a participação e repercussão de voluntários nas experiências realizadas em São Paulo, ver Almeida (2003b).

⁵ Tratava-se de Domingos Pereira Vaz, André Ramos, Oscar Moreira Marques e Januário Fiori, este último, italiano (ALMEIDA, 2003a: 230).

⁶ Os médicos eram os clínicos Silva Rodrigues, Adriano de Barros e Luiz Pereira Barreto, este último um dos mais conceituados médicos de São Paulo e pensador político da época, simpatizante das inovações bacteriológicas em alguns aspectos, mas discordante da teoria dos mosquitos, pois era adepto da teoria hídrica, ou seja, considerava as águas como fonte de infecção da febre amarela (ALMEIDA, 2003a: 123).

⁷ Este trabalho também foi publicado em setembro de 1903 em dois importantes periódicos médicos da época: o *Brazil-Médico* e a *Revista Médica de São Paulo* (ALMEIDA, 2003a: 124).

seguida de votação sobre as conclusões apresentadas de Emílio Ribas acerca da transmissão da febre amarela.

Na seção de reapresentação dos trabalhos, houve o reconhecimento de que a teoria da transmissão da febre amarela pelo *Stegomyia fasciata* foi fundamentada por experimentos científicos realizados em São Paulo. No entanto, foi feita a observação de que nenhum outro modo de transmissão estava demonstrado rigorosamente, o que gerou francos protestos dos “exclusivistas”. Ribas não esteve presente ao evento, mas acompanhou ansiosamente o desenrolar dos trabalhos no congresso, através dos contatos telegráficos mantidos com representantes que compareceram ao Congresso e leram suas monografias, Carlos Meyer e Arthur Ripper⁸.

Apesar do desfecho tenso, pode-se considerar os resultados do 5º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia uma vitória para o grupo sanitário paulista, pois, além das homenagens feitas pelo poder público, São Paulo foi a cidade escolhida para sediar o próximo evento, o que significava colocá-la na seara das cidades brasileiras em condições de organizar o congresso nacional dos médicos⁹.

A atuação sanitária de Ribas no interior de São Paulo: as pesquisas sobre o alastrim e a criação do Serviço de Profilaxia do Tracoma

O espírito participativo e observador de Ribas não se restringiu aos estudos sobre a febre amarela, embora sua atuação sobre esta enfermidade tenha lhe garantido reconhecimento nacional e internacional. Em 1909, por exemplo, Ribas chegou a ser convidado por Patrick Manson a apresentar um trabalho sobre o combate à febre amarela na Society of Tropical Medicine and Hygiene, de Londres¹⁰. No entanto, também fez parte de sua trajetória médico-científica a transversalidade, muito pautada nos novos desafios da situação sanitária que o Estado de São Paulo lhe apresentava ao longo dos anos. Ribas seguia os apelos emergenciais dos surtos epidêmicos e das problemáticas em cena, mas também elaborava novos conhecimentos a partir das pesquisas, organização de material e observações efetuadas, tecendo uma trama de difícil diferenciação das fronteiras entre a sua pessoa e a função assumida na direção do Serviço Sanitário.

⁸ Os relatórios sobre as experiências foram lidos pelo médico Carlos Meyer; já a memória de Emílio Ribas, intitulada “Profilaxia da febre amarela”, foi lida por Arthur Ripper (ALMEIDA, 2003: 247).

⁹ De fato, o 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia ocorreu em São Paulo, em 1907, o maior realizado em termos de participantes e número de trabalhos apresentados até então. Com exceção do 3º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, que ocorreu em Salvador, em 1890, os demais eventos ocorreram na cidade do Rio de Janeiro. Emílio Ribas foi o presidente da comissão organizadora, formada também por Vital Brazil e Vitor Godinho (ALMEIDA, 2004).

¹⁰ A comunicação feita por Emílio Ribas em Londres intitulava-se *The extinction of yellow fever in the State of São Paulo (Brazil), and in the city of Rio de Janeiro* e foi publicada na *Revista Médica de São Paulo*, em 15 de junho de 1909.

Pode-se observar a mão forte de Emílio Ribas nas reformas sanitárias ocorridas durante sua gestão. Em 1906, foram instituídas algumas alterações na organização sanitária do Estado sobre as atividades municipais de Saúde Pública sem haver revogação da Lei n. 432, que regia o Serviço desde 1896. O Estado de São Paulo foi dividido em distritos sanitários com sedes nas maiores cidades do Estado, sob a responsabilidade do inspetor sanitário estadual. Tais medidas estavam em consonância com a perspectiva administrativa de Ribas, que defendia uma maior centralização dos serviços públicos de saúde do Estado. Nesta mesma reforma, também foi criado o Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, diretamente subordinado ao Diretor-Geral do Serviço Sanitário e dirigido por um chefe da Comissão. Percebe-se a importância que o novo Serviço tinha na administração sanitária de Ribas, uma vez que o responsável receberia o mesmo percentual do diretor-geral e a notificação da doença passou a ser obrigatória (MASCARENHAS, 1949: 57-58). Segundo Ribas, o atendimento à reivindicação para criação do Serviço de Profilaxia e Tratamento do Tracoma¹¹ e a organização de inspetorias sanitárias no interior do Estado de São Paulo mostravam que a sua Diretoria atuava “não com medidas paliativas e incompletas, mas de forma decisiva, enérgica e científica, o Estado de São Paulo dava mais um exemplo ao mundo civilizado da sua maneira de ver o importante problema sanitário, colocando-se a par das nações mais adiantadas da Europa” (RIBAS, 1907: 230).

O Serviço rapidamente se expandiu, contando com 37 dispensários urbanos e 255 rurais, e respondendo também pelo tratamento da ancilostomíase. Um novo decreto, de 1908, extinguiu a Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, devido a problemas operacionais e falta de recursos financeiros. O tratamento da doença passou a ser de responsabilidade das casas de caridade locais, inviabilizando ainda mais a continuidade das ações contra a doença (TELAROLLI, 1996: 228). Em 1911, ocorreu outra reforma sanitária e, novamente, foi criada uma Comissão Provisória contra o Tracoma e outras Moléstias dos Olhos, mas, em 1914, foi dissolvida, havendo dispensa de todo o pessoal não efetivo (MASCARENHAS, 1949: 68). Pela terceira vez, em 1917, com a nova reforma do Serviço Sanitário, foi criado o Serviço contra o Tracoma e outras Moléstias dos Olhos. Foi a reforma que criou também um serviço de higiene rural que deveria acompanhar o estudo das condições epidemiológicas das zonas rurais sobre diversas doenças, inclusive o tracoma. Ambos os serviços estavam subordinados à Inspeção dos Serviços de Profilaxia Geral (MASCARENHAS, 1949: 74).

Certamente, estas idas e vindas sobre a política de combate ao tracoma desgastaram a própria direção do Serviço Sanitário, demonstrando haver entre as autoridades públicas e os foros científicos uma falta de consenso sobre as prioridades epidemiológicas a serem combatidas no Estado.

¹¹ É importante ressaltar que esta reivindicação feita por Ribas apareceu em seu relatório oficial referente ao ano de 1905 e encaminhado à Secretaria do Interior. Cf. Almeida (2003: 295).

Neste mesmo período, a eclosão de novas ondas de varíola no País entre os anos 1908-1912, após as enfáticas campanhas de vacinação, trouxe novos elementos para a contestação dos serviços públicos de saúde, inclusive em São Paulo. A preocupação era evidente com o aumento de casos nas estatísticas demográficas. Na reforma do Serviço Sanitário de São Paulo, ocorrida em 1911, a varíola passou para o primeiro lugar na lista das doenças de notificação compulsória e a febre amarela passou para o quinto lugar.

Ribas começou a investigar a hipótese de que havia uma outra doença, similar à varíola, importada da África ou da América do Sul, que se alastrara do interior do Brasil para São Paulo, sugerindo-lhe o próprio nome: *alastrim*. A aparência leitosa que as vesículas formadas apresentavam deu origem ao outro nome da enfermidade: *amaas* ou *milk-pox*.

Emílio Ribas viajou para diversas cidades localizadas entre a divisa do Estado de São Paulo e Minas Gerais – Avaré, Belo Monte de Piraju, Bom-Sucesso e Bebedouro, buscando identificar a origem dos ciclos epidêmicos semelhantes aos de varíola, porém com alguns sintomas bastante atenuados e com características diferenciadas. Tais observações lhe renderam um artigo publicado na *Revista Médica de São Paulo*, em setembro de 1910, ilustrado com várias fotografias tiradas nas localidades visitadas por ele (RIBAS, 1910).

A polêmica maior se deu com o então diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, Antonio Carini, defensor de que tais surtos eram, na verdade, de varíola. A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo sediou o debate entre os esculápios. Não se configurou um consenso, Ribas e Carini chegaram a apelar para pareceres de cientistas estrangeiros, mas a polêmica não se encerrou naquele momento¹². Em 1912, começaram a aumentar os casos da doença, culminando com um quadro epidêmico no segundo semestre, o que reforçaria a tese de que se tratava, de fato, da varíola. As críticas ao Serviço Sanitário aumentaram e a prefeitura era questionada pela falta de limpeza da cidade, o que favorecia o recrudescimento de doenças já tidas como do passado, caso da varíola e da febre tifoide. Ainda que medidas mais efetivas tenham sido tomadas por Ribas, controlando a doença, ao final da epidemia, Ribas pediu demissão de seu cargo. Ao lado dessas dificuldades, havia certo desapontamento de Ribas para com os rumos dados pela reforma sanitária de 1911 com relação ao saneamento rural¹³. Em seguida, foi nomeado pelo governo para participar de uma missão oficial de estudos sobre a lepra na Europa e nos Estados Unidos, como se verá a seguir.

¹² Sobre este debate e suas repercussões no meio médico paulista, ver Teixeira (2000).

¹³ Segundo Luiz Antonio Castro Santos, “Ribas continuou a pressionar por uma nova legislação que ampliasse a autoridade do Serviço Sanitário além dos limites impostos pela reforma de 1911. Só em 1917 a reorganização do sistema de saúde atendeu àquelas pressões: a reforma de 1917 diferia das

Projetos sanatoriais para a tuberculose e para a lepra em São Paulo

Tanto a tuberculose quanto a lepra foram assuntos que marcaram a trajetória de Emílio Ribas, através de projetos e estudos realizados no Brasil e no exterior. Desde o início de sua gestão, estes problemas fizeram parte da agenda sanitária. No caso da tuberculose, em especial, havia a preocupação, por parte de Ribas, com a criação da Liga Paulista contra a Tuberculose e sanatórios especiais, embora estes não se efetivassem. No entanto, foi em 1910 que ocorreu a retomada das discussões com projetos para instalação de um sanatório em Campos do Jordão, cidade de clima mais ameno e, na época, indicado ao tratamento de tísicos. Para o projeto, foi idealizada e construída com recursos públicos uma estrada de ferro ligando Campos do Jordão a Pindamonhangaba, cidade natal de Ribas. Também foram concedidos terrenos na região para a construção de sanatórios e de uma vila sanitária com o propósito de receber pessoas não acometidas por doenças infectocontagiosas, mas enfraquecidas por outras causas, como anemia e esgotamento nervoso, dentre outras (ALMEIDA, 2003: 268).

Cabe registrar ainda os trabalhos de Ribas a respeito da lepra a partir dos resultados de viagem que fez à Europa e aos Estados Unidos entre 1913 e 1915. Lá acompanhou os estudos sobre a doença em comissão oficial do governo. Inicialmente, Ribas era favorável à construção de uma colônia isolada, porém depois mudou sua concepção, muito pautado nas experiências da Noruega. A perspectiva era a de inovar a concepção de leprosário como um fator decisivo de combate à lepra, sua expectativa era a de minar com a imagem tétrica dos asilos existentes que possuíam aspecto sombrio de “hospitais da morte” e atuavam muito mais como foco de doenças e menos como lugar profilático. Ribas manteve acesa sua convicção na microbiologia, mesmo em se tratando de uma doença que requeria práticas consideradas tradicionais em termos de profilaxia, como o próprio isolamento. Assim, para o projeto do leprosário Santo Ângelo, localizado a quatro quilômetros da estação central, Ribas previa um “pavilhão científico”, equipado com laboratórios para o desenvolvimento de pesquisas sobre a lepra (ALMEIDA, 2003a: 195-196).

Outras participações de Ribas na configuração da área da Saúde Pública poderiam ser enumeradas. A intenção não foi a de fazer uma explanação exaustiva de suas realizações, mas de atentar para a diversidade de atuações no campo médico e científico, atrelada a um perfil do pesquisador não estritamente especiali-

regulamentações de 1911 em um ponto fundamental – em sua abordagem da saúde rural. Embora o diretor do Saneamento não fosse mais Ribas – que se aposentara em março de 1917 –, era ele o responsável pelo ambiente favorável à reforma que se estabeleceu entre a opinião pública e os legisladores. A meta mais almejada por Ribas – obter o controle do território coronelista – esteve próxima de ser alcançada com as regulamentações sanitárias contidas na Lei n. 1.596, de 29 de dezembro de 1917” (SANTOS, 1993: 375).

zado, mas sobretudo engajado nas problemáticas mais cruciais do momento vivido. O personagem aqui em destaque se dedicou a temas diferenciados na função de diretor do Serviço Sanitário, reequacionando-os em novas iniciativas e projetos sanitários para São Paulo de forma bastante diferenciada a cada situação. Ribas não foi um especialista, mas contribuiu de forma singular em múltiplos campos de investigação da Saúde Pública.

Avanços e desafios para se pensar as trajetórias médicas na história

Trazer à cena personagens da Medicina desconhecidos ou pouco citados, relacionando-o com a dinâmica mais geral da Saúde Pública nacional e internacional, é uma das principais contribuições que o estudo biográfico possibilita. No caso de Ribas, além da função pública do cargo administrativo, percebeu-se a intensidade de atividades desenvolvidas e a diversidade dos papéis assumidos enquanto médico clínico, pesquisador (trabalhos de campo e publicações) e administrador. Além disso, sua gestão à frente do Serviço Sanitário foi marcada pela convicção de que a microbiologia era a ciência mais efetiva na identificação e no combate aos males sanitários, contribuindo para a consolidação da mesma nos espaços laboratoriais.

Mas é preciso dizer algo a respeito dos desafios colocados na contemporaneidade para que haja uma produção de biografias mais arejadas, pois se sabe do forte peso da tradição de uma historiografia científica, principalmente médica, geralmente de cunho hagiográfico e gerando um grande descrédito com relação às biografias científicas¹⁴.

Um outro problema refere-se à dispersão do arcabouço documental a ser pesquisado sobre determinado cientista. Muitas vezes não há lógica da guarda dos documentos, há uma grande diversidade de fontes, boa parte em arquivos particulares, o que demanda outra forma de abordagem da pesquisa, intermediada inclusive por relações de confiança, com familiares ou pessoas próximas ao personagem estudado.

Um dos problemas mais graves para o historiador das ciências que se dedica à produção de biografias refere-se às armadilhas do anacronismo, inimigo comum a qualquer estudo em história. No caso específico do estudo sobre um personagem envolvido no processo de consolidação da microbiologia, ciência de ponta do período, é preciso trilhar outros caminhos que não exclusivamente o estudo dos avanços alcançados (controle das epidemias, desenvolvimento de técnicas de saneamento, soros, vacinas etc.). Tampouco seria o estudo das trajetórias isoladas daqueles que foram considerados os “pais da revolução pasteuriana no Brasil”.

¹⁴ Para uma discussão a respeito das biografias na História da Ciência e da Medicina, ver Richard, Terrall, Porter & Nye (*Isis*, 2006); Miqueo & Ballester (*Asclepio*, v. LVII-1, 2005: 3-187); Figueirôa (2001); Pickstone (1993); Taton (1987); e Hankins (1979).

Quando o pesquisador se envolve com alguma história de vida, é comum a tendência em hiperdimensionar o personagem estudado, há dificuldade em encontrar ou estabelecer redes e interações com outros personagens de maneira articulada, e não apenas como existências complementares à vida do biografado. Em algumas vezes se quer dar um “sentido” à vida do biografado (ou à vida do biógrafo), como se os acontecimentos de sua existência tivessem um encadeamento natural e coerente. Para que este ganhe significado efetivo enquanto ser social, é preciso abandonar de vez a exaltação vazia do indivíduo heroicizado e vê-lo inserido na trama social em que viveu e, certamente, se relacionou com outros agentes. Ou seja, intercalar a dupla condição da existência humana: a do indivíduo e a do cidadão¹⁵. Por fim, é preciso não descuidar do estilo da escrita biográfica, tornando agradável sua leitura sem perder de vista as áreas científicas consideradas, e buscar no concreto de uma vida a complexidade da produção do conhecimento, tarefa esta difícil, mas passível de realização.

Referências

ALMEIDA, Marta de. *Das Cordilheiras dos Andes à Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os congressos médicos latino-americanos e brasileiros (1888-1929)*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.

_____. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2003a.

_____. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: as experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUN, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis & GALVÃO SOBRINHO, Carlos Roberto (orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Unicamp, 2003b. p. 123-160.

ALVAREZ, Adriana. Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 6, n. 2, p. 293-314, Rio de Janeiro, julho/outubro, 1999.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. São Paulo – saúde e desenvolvimento (1870-1903): a instituição da rede estadual de saúde pública. In: ANTUNES, José Leopoldo Ferreira *et al.* (orgs.). *Instituto Adolfo Lutz. 100 anos do Laboratório de Saúde Pública*. São Paulo: Letras & Letras, 1992. p. 15-87.

¹⁵ Para uma discussão historiográfica sobre biografia, ver Borges (2005); Levillain (2003); Loriga (1998); e Le Goff (1995).

BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, Jaime L. & ROMERO SÁ, Magali (orgs.). *Adolfo Lutz – Obra completa*. Febre amarela, malária e protozoologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. V. 2, Livro 1.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Cultura institucional e história: o Instituto Butantan. *Cadernos de História da Ciência*, v. 1, n. 1, p. 145-166, São Paulo, Instituto Butantan, janeiro/junho, 2005.

BORGES, Vavy Pacheco. Grandezas e misérias da biografia. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). *Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 203-233.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, Marieta de Moraes & AMADO, Janaína (orgs.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. p. 183-191.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. A reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 36, n. 3, p. 361-391, Rio de Janeiro, 1993.

FIGUEIRÔA, Sílvia F de M. Para pensar as vidas de nossos cientistas tropicais. In: VIDEIRA, Antonio Augusto P. & HEIZER, Alda. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001. p. 235-246.

HANKINS, Thomas L. In defense of biography: the use of biography in the history of science. *History of science*, n. 17, p. 1-16, 1979.

LE GOFF, Jacques. Writing historical biography today. *Current Sociology*, v. 43, n. 2/3, p. 11-17, London, 1995.

LEVILLAIN, Philippe. Os protagonistas: da biografia. In: RÉMOND, René (org.). *Por uma história política*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p. 141-184.

LORIGA, Sabrina. A biografia como problema. In: RAVEL, Jacques (org.). *Jogos de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 225-249.

MASCARENHAS, Rodolfo. *Histórico administrativo dos serviços estaduais de Saúde Pública de São Paulo*. 1949. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: FSP/USP,

MENDONÇA, Artur. *Febre amarela*. São Paulo: Tipografia Salesiana, 1903.

MIQUEO, Consuelo & BALLESTER, Rosa (coords.). Dossier: biografías médicas, una reflexión historiográfica. *Asclepio*, vol. LVII-1, p. 3-187, Madrid, 2005.

PICKSTONE, John. The biographical and the analytical towards a historical model of science and practice in modern medicine. In: LOWY, Ilana (ed.) *Medicine and change: historical and sociological studies of medical innovation*. Paris: Les Editions Inserm/John Libbey Eurotext, 1993.

RIBAS, Emílio. *O mosquito como agente da propagação da febre amarela*. São Paulo: Serviço Sanitário, Tipografia do Diário Oficial, 1901.

_____. Relatório do Serviço Sanitário ao Secretário do Interior do Estado, Gustavo de Godoy, referente ao ano de 1906. *Revista Médica de São Paulo*, ano 10, n. 11, p. 213-237, São Paulo, 1907.

_____. Alastrim, *amaas* ou *milk-pox*. *Revista Médica de São Paulo*, ano 13, n. 17, p. 323-339, São Paulo, 1910.

RICHARD, Joan L.; TERRALL, Mary; PORTER, Theodore M. & NYE, Mary Jo. Focus: Biography in the History of Science. *Isis*, v. 97, n. 2, p. 302-329, Chicago, 2006.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da Medicina brasileira*. São Paulo: Edusp/Hucitec, 1977. V. 2.

_____. *A febre amarela em Campinas. 1889-1900*. Campinas: CMU/Unicamp, 1996.

TATON, René. Las biografías científicas y su importancia en la Historia de las Ciencias. In: LAFUENTE, Antonio & SALDAÑA, Juan José. *Historia de las Ciencias*. Madrid, CSIC, 1987, 73-85.

TEIXEIRA, Luiz Antônio. Alastrim, varíola é. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 7, n. 1, p. 47-72, Rio de Janeiro, junho, 2000.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp, 1996.

No caminho dos tropeiros: sanitarismo paulista e municipalidades na República Velha

André Mota

Com o surgimento da República, em 1889, e sua escolha pelo regime federalista, vê-se que tal opção era uma estratégia para acomodar as frações das elites regionais, ao mesmo tempo que se buscava equilibrar as disputas internas municipais¹. Decorre daí a importância de se observar como se manifestava localmente esse jogo de forças, identificando, no caso dos assuntos da saúde pública², particularidades desconhecidas para a compreensão da acomodação entre as elites, e entendendo em que medida o federalismo conseguia sobrepujar ou reforçar os interesses em pauta³. Afinal, no caso paulista, essas “cidades do interior” exerceram papel essencial no andamento de um projeto estadual de desenvolvimento, como também em forjar os mitos de origem e da fixação daquilo que Antonio Celso Ferreira chamou de epopeia paulista⁴, a partir de toda uma movimentação em torno do levantamento de dados estatísticos e arqueológicos, do enquadramento de bairros e ruas e da formulação de biografias das personalidades locais mais significativas.

Nesses municípios, o esforço e as lutas políticas em manterem sob seu domínio os encaminhamentos de uma política sanitária local mostravam que esse era um assunto candente, pois envolvia, inapelavelmente, os poderes públicos e os empresários locais interessados em reter, no âmbito municipal, serviços que pudessem ser privatizados, como os de varrição, recolhimento e destinação das águas e do lixo doméstico.

¹ DOLHNIKOFF, Miriam. Elites regionais e a construção do Estado nacional. In: JANCSÓ, István (org.). *Brasil: formação do Estado e da nação*. São Paulo: Fapesp/Hucitec/Unijuí, 2003. p. 431-468; e QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. *Cultura, sociedade rural, sociedade urbana no Brasil*. São Paulo: Edusp, 1978.

² Acompanhar em MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo: Edusp, 2005.

³ BACELLAR, Carlos de Almeida Prado & BRIOSCHI, Lucila Reis. *Na estrada do Anhanguera: uma visão regional da história paulista*. São Paulo: Humanitas/Ceru, 1999.

⁴ FERREIRA, Antonio Celso. Vida (e morte?) da epopeia paulista. In: FERREIRA, Antonio Celso; LUCA, Tania Regina de & IOKOI, Zilda Gricoli (orgs.). *Encontros com a História: percursos históricos e historiográficos de São Paulo*. São Paulo: Unesp/Fapesp/Anpuh/SP, 1999. p. 100.

⁵ Sobre a urbanização de Sorocaba no século XIX, ver BADDINI, Cássia Maria. *Sorocaba no Império: comércio de animais e desenvolvimento urbano*. São Paulo: Fapesp/Annablume, 2000.

Sorocaba, Itu e Itapetininga: a saúde do interior em pauta

Um caso exemplar dessas contendas aconteceu na cidade de Sorocaba⁵, em 1897, quando o jornal *O 15 de Novembro* noticiou um abaixo-assinado feito por um jornal operário opositor, *A Voz do Povo*, pedindo à Câmara Municipal a revogação da lei sobre a limpeza pública municipal que se tentava instituir na cidade⁶. Segundo o jornal, teria havido má-fé de *A Voz do Povo* e uma interpretação errônea da situação por parte dos signatários: “diz, por exemplo, que a contribuição eleva-se a 5, 8 e a 10\$, quando é certo que a maior das contribuições é apenas 4\$000 para os prédios, cujo valor locativo mensal for calculado ser mais de 50\$, sendo apenas de 2\$ a contribuição de outros prédios cujo valor locativo mensal for inferior àquela quantia.”⁷.

O abaixo-assinado se transformou, dias depois, numa representação formal dirigida à Câmara, em que os signatários, em tom de protesto, argumentavam que o valor da taxa era demasiadamente alto, podendo-se fazer tal serviço por um valor muito inferior. Falavam da exclusividade dada ao Sr. José Jacob Sewaybricker, o contratante responsável pela limpeza pública e, finalmente, questionavam a idoneidade dos funcionários que fariam o trabalho, invadindo a privacidade dos munícipes.

O 15 de Novembro, todavia, analisava essa matéria da seguinte maneira:

*Começa com uma falsidade: - “os abaixo assinados vêm respeitosa-mente, perante esta corporação, protestar contra as taxas que a Câmara, por lei, quer obrigar a população sorocabana a pagar à nascente Empresa de Limpeza Pública.” - Ora, segundo a lei em questão, nenhum habitante vai pagar contribuições à Empresa de Limpeza Pública; a Câmara, não tendo recursos dentro de sua receita, decretou as contribuições que devem ser recolhidas aos seus cofres e, por sua vez, pagará ao empresário a quantia de quarenta e sete contos, pelo serviço feito de acordo com o contrato lavrado*⁸.

Nesse impasse, que levou a um debate de grandes proporções dentro da Câmara, decretou-se a aprovação da lei que regularizava o funcionamento da mencionada empresa:

(...) deve ser inaugurado por toda a semana vindoura o serviço de limpeza pública, de acordo com a lei municipal ultimamente votada. O contratante do serviço, o cidadão José Jacob Sewaybricker, se acha de posse de todo o material necessário à iniciação do serviço, bem como estabeleceu a respectiva cocheira em uma chácara que alugou

⁶ *O 15 de Novembro*. Sorocaba, 07/01/1897, p. 1.

⁷ *O 15 de Novembro*. Sorocaba, 17/01/1897, p. 1.

⁸ *Idem*, p. 2.

*à rua São Paulo. A guerra desabrida que uma mínima parte de população promove contra a limpeza pública só tem um efeito tristemente célebre: a depressão dos nossos créditos de povo civilizado. Contudo, temos confiança que tal descrédito não será sancionado pela parte sã do povo sorocabano*⁹.

Essa tentativa de assegurar ao município o poder de controlar as ações sanitárias tinha, porém, limites visíveis¹⁰. Primeiramente, o Serviço de Limpeza Pública assumiu posturas que redundaram em respostas isoladas, com um projeto de varrição e remoção do lixo, apenas, das áreas centrais da cidade. Somava-se ao fato a ausência de um sistema de esgotos, de canalização de águas e, mesmo, de fiscalização das casas e dos cuidados exigidos nos quintais, como o uso da cal e da creolina¹¹.

E, finalmente, havia as epidemias, como a febre amarela, que avançava pelo Estado a ponto de atingir as cidades que alegavam ter o controle da saúde pública municipal. No caso de Sorocaba, a cidade foi invadida pela “amarela” num primeiro surto, ainda em 1897, e num aprofundamento epidêmico, em 1899, quando muitas pessoas morreram, esvaziando a cidade, deprimindo o comércio e ameaçando as indústrias. Em suas memórias, Antônio Francisco Gaspar lembrou:

*Meu pai, desejando escapar dela, com a família, despediu-se de seus amigos e fregueses pela imprensa, comunicando, também, que vendia o seu armazém e retirava-se para Portugal (Mertola), sua terra natal. Sorocaba foi flagelada. Todos sofreram. Centenas de sorocabanos morreram. O comércio fechou. A vida na cidade decaiu*¹².

Anos mais tarde, depois de intensa ação estadual no combate à “amarela” e com o vigoroso processo de industrialização têxtil, foi a tuberculose que colocou Sorocaba entre as cidades mais atingidas do território paulista¹³.

Diante de casos dessa magnitude, o debate sobre a quem confiar os destinos da saúde pública local assumia dois polos. Os municipalistas, “que se alinhavam com a defesa incondicional das prerrogativas municipais”, e os centralistas, que não viam “ofensa à autonomia municipal quando o Estado normatizava a higiene local, pois,

⁹ *O 15 de Novembro*, Sorocaba, 31/01/1897, p. 2.

¹⁰ Acompanhar em RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim... Inventário da Saúde Pública*. São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Edunesp, 1993.

¹¹ *Idem*, p. 1.

¹² GASPAR, Antônio Francisco. *Minhas memórias*: Sorocaba-São Vicente; Santos e vice-versa (1896-1909). Sorocaba: Cupolo Ltda., 1967. p. 13.

¹³ MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração dos serviços estaduais de tuberculose em São Paulo*. 1953. Tese para o provimento do cargo de Professor Catedrático. Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP. p. 173-174.

apesar de a lei prescrever a liberdade e autonomia dos municípios, estes eram subordinados às leis federais e estaduais¹⁴. Conforme se definiam garantias à força da centralização estadual, tentava-se alterar a legislação atinente às atribuições municipais e estaduais, retirando-se paulatinamente dos chefes locais o controle sobre a higiene e a organização espacial dos municípios. Essa visão administrativa e científica tinha na figura do Dr. Emílio Marcondes Ribas o condutor de toda a política sanitária, responsável por fazer de São Paulo um polo científico e sanitário no Brasil¹⁵.

Em Itu, centro dos debates republicanos paulistas¹⁶, os jornais *República*, representante dos poderes municipais e do PRP, e o opositor *A cidade de Ytú*, pertencente ao industrial Octaviano Ferreira, representando os aliados de Hermes da Fonseca, usavam abertamente pendências sanitárias da cidade como armas para as disputas políticas locais, deflagradas pela descentralização.

Em 1911, devido a questões envolvendo a eleição da nova Câmara dos Vereadores, em 15 de janeiro, o ataque do Sr. Octaviano Ferreira se deu, tocando nas sensibilidades que envolviam a administração atual, dentre elas a da Saúde Pública municipal. Em 1912, momento de eleição municipal para o cargo de prefeito, a situação sanitária era ponto central dos ataques oposicionistas, mas então conduzida diretamente às instâncias municipais dirigentes:

Itu não é, pode se dizer, a cidade mais saudável do mundo, porque o desleixo e a desídia dos poderes públicos em relação aos focos de higiene e os focos de miasmas que temos, sem que sejam tratados de removê-los, é uma constante. Passando a estação calmosa como a que tivemos este ano, sem que isso pipocasse de febres é caso de dar graças (...). Não terá visto nenhum desses poderes a água estagnada na frente do asilo de mendicidade de N. S. da Candelária, entre o córrego e a linha de ferro, nas imediações das ruas da cidade? O tanque séptico já deixou uma parte da cidade inabitável, agora temos outra, além disso, os pernilongos que vivem no séptico infestaram a cidade toda. A cidade é toda cercada por córregos e estes se acham de tal forma sujos, que nem dão escoamento para as águas. Como é sabido, os mosquitos e pernilongos são os transmissores das febres, portanto o “prefeito que todo o povo quer” devia cuidar um pouco melhor ou extinguir com esses focos¹⁷.

¹⁴ TELLAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de Saúde em São Paulo*. São Paulo: Edunesp, 1996. p. 201.

¹⁵ ALMEIDA, Marta. *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. 1998. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP, 1998.

¹⁶ Ver os capítulos 10 e 11 em COSTA, Emilia Viotti da. *Da Monarquia à República: momentos decisivos*. 7. ed. São Paulo: Edunesp, 1999. p. 385-490.

¹⁷ *A cidade de Ytú*, Itu, 15/03/1912, anno VIII, p. 1.

A resposta das autoridades municipais, que tentavam se manter no poder, veio imediatamente pelo jornal *República*, pois deviam rebater-se as críticas que eram feitas havia tempos e ganhavam espaço nas discussões sobre a organização da cidade:

*Com o vizo antigo de tudo falar mal, de tudo achar ruim, simplesmente porque não é a “brava gente” que superintende os destinos do município, o Sr. Octaviano Ferreira, o grande sugador do povo nos negócios da luz elétrica, esbraveja, grita, fala, esperneia, pintando quadros que sua imaginação doentia concebe e vai por aí afora a querer mostrar que é um defensor extremo dos nossos créditos (...) acha ele que a cidade está em abandono e as repartições municipais anarquizadas. E todo aquele palavrório retumbante puxado à substância teve origem num fato aliás comum em toda a parte onde há serviço de abastecimento de água. Unicamente porque nos dias se procedeu à limpeza da caixa d’água, vindo às torneiras água suja conseqüentemente daquele serviço, o homenzinho achou ocasião azada para meter o seu ferrão, entendendo que por isso tudo anda sujo e tudo anda fedendo*¹⁸.

Meses depois, o município se via ameaçado por uma epidemia de gripe, o que *A cidade de Ytú* denunciou, no dia 11 de setembro, como uma epidemia já instaurada, mas que o prefeito não revelava à população. Para o *República*:

*(...) houve, ninguém nega, há mais de quinze dias, um caso verificado dessa moléstia na cidade. Foram tomadas todas as medidas preventivas contra o seu alastramento e o resultado obtido foi de molde a tranquilizar toda a população, porquanto depois desse caso nenhum outro se registrou. Afirmamos isto categoricamente, para sossego do povo ituano e não para responder à Cidade de Ytú, porque temos mais o que fazer. Com os informes que nos foram ministrados e com a responsabilidade de nossa profissão, podemos afirmar que o estado sanitário de Itu é ótimo*¹⁹.

Vê-se que a disputa entre os grupos locais teve na saúde pública um elemento decisivo nos embates em torno do controle do poder político, potencializado pela experiência e pelas exigências do governo estadual.

Contudo, diante de um franco movimento oposicionista, o Estado recuou e lançou uma lei descentralizadora em 1911, fruto justamente dos atritos entre municípios e Estado, resumindo a presença e a ação do Serviço Sanitário Estadual em cidades consideradas estratégicas²⁰ e, para isso, manteve delegados de higiene

¹⁸ *República*, Itu, anno VII, 17/03/1912, p. 2.

¹⁹ _____, p. 3.

²⁰ Acompanhar em HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

em Santos, Campinas e mais quatro cidades do interior: Ribeirão Preto, Taubaté, Guaratinguetá e Itapetininga²¹. A presença desses representantes estaduais foi sentida nessas paragens, notadamente em Itapetininga, terra de Fernando Prestes e conhecida como a Atenas do Sul - por sua Escola Normal Peixoto Gomide e sua Faculdade de Farmácia e Odontologia.

Tão logo o jornal *Tribuna Popular*, surgido em 1923, franqueou espaço para as chamadas “queixas do povo”, emergiram as questões relativas à saúde pública da cidade e, junto com elas, a paralisia dos poderes municipais e de seu inspetor estadual. Polo regional do sudoeste paulista, Itapetininga era então a única cidade da região a ter alguma estrutura hospitalar e médicos residentes, dependendo os municípios circunvizinhos de seu atendimento, o que aumentava a demanda de ação médica e congestionava o pouco serviço hospitalar que havia. Para os moradores, essa realidade ia além desses serviços, envolvendo a própria estrutura urbana da cidade. Contra uma série de fatos, cobravam os poderes municipais e o representante estadual. Exemplarmente, em março de 1923, apareceu, ainda timidamente, a seguinte queixa:

*(...) há, segundo ouvimos, alguns casos de tifo na cidade, já tendo havido falecimentos causados por essa moléstia. Urge que os encarregados da saúde pública tratem de descobrir e remover a causa, a fim de evitar que o mal se propague, como tem sucedido em outros lugares*²².

Logo se seguiu a resposta do inspetor de higiene estadual, aparentemente por ele ter divisado a iminência de um surto epidêmico de febre tifoide, que demandava uma interdição imediata. Para isso, ele distribuiu impressos por toda a cidade com as seguintes recomendações:

*(...) conselhos para se evitar essa terrível enfermidade: (individuais) – vacinar-se contra a febre tifoide (esta vacinação é feita “gratuitamente” pelos médicos de higiene); tomar água fervida (evitar moscas, removendo todo o lixo, estrume e demais imundícies); não comer alimentos crus ou que estiverem expostos às moscas ou em contato com mãos sujas; desinfetar com solução forte de creolisol a obra e urina dos doentes; trocar diariamente a roupa destes e de suas camas, roupa esta que deverá ser cuidadosamente fervida; desinfetar a boca dos doentes; isolar o doente, se possível, numa casa ou num quarto bem arejado e bem asseado*²³.

²¹ TELLAROLLI JÚNIOR, Rodolpho. *Op. cit.*, p. 231.

²² *Tribuna Popular*, Itapetininga, anno I, 04/03/1923, p. 2.

²³ _____, 07/03/1923, p. 2.

Essa situação levou a uma discussão entre a Inspetoria, a Câmara e a *Tribuna Popular*, esta acusada de plantar informações sem provas, disseminando medo e ameaça entre os municípios. O jornal reconheceu que algumas notícias poderiam não ter a profundidade da denúncia, todavia:

*(...) a higiene tem de resolver um problema de indiscutível urgência e de medidas irrecorríveis – a saúde pública. A higiene não tem tempo que perder. Casos suspeitos de moléstia têm aparecido - disse-o a imprensa. O boato não se desmentiu. Sinal de que não é falso. Que o seja. O que não pode continuar é esse estado de coisas*²⁴.

As consequências da divulgação destas doenças foram sentidas meses depois, quando os residentes das regiões vizinhas começaram a adiar suas viagens à cidade, com medo da contaminação. O inspetor de higiene mandou notícia de que a tal meningite cerebrospinal não tinha sido identificada e que outras doenças não ameaçavam a saúde da cidade. Sobre o caso da meningite, foi lacônico: “parece que nem se trate dessa enfermidade (...) nós, pelos menos, estamos convencidos da não existência do mal na cidade.”²⁵.

A presença do inspetor numa cidade da importância política e cultural que Itapetininga possuía naquele período revelava que as ações estaduais, mesmo tendo um espaço político municipal adequado à sua intervenção, nem sempre correspondiam aos pressupostos técnico-científicos²⁶ de salubridade das leis sanitárias. Tais impedimentos eram sentidos pela população, que denunciava esses deslizes e afirmava que até a chamada “ignorância do interiorano” devia ser relativizada quando o assunto era salubridade:

*(...) o nosso Jeca, que não é tão bronco quanto imagina Monteiro Lobato, já observou algumas “belezas” da nossa cidade e, entusiasmado com a alta do algodão, anda de viola em punho, pelos bairros, a cantar: “Tapitininga, Tapitininga. Cidade de meus incanto. Tem sujera por todos lado e furmiga por todos canto”*²⁷.

Considerações finais

Em 1909, num balanço sobre a atuação do Serviço Sanitário no Estado, Emílio Ribas deixava claro o poder que dizia exercer sobre os municípios e sua

²⁴ *Tribuna Popular*, Itapetininga, anno I, 08/04/1923, p. 1.

²⁵ _____, 13/09/1923, p. 1.

²⁶ Acompanhar em SILVA, Márcia R. Barros da. *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891-1933*. 2003. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.

²⁷ *Tribuna Popular*, Itapetininga, anno I, 13/06/1923, p. 1.

missão civilizatória nessas paragens. Para ele, desde os primeiros anos do republicanismo, houve um movimento no sentido de se centralizarem as medidas profiláticas contra as epidemias e endemias locais, justamente para tirar o interior de seu estado doente diante do progresso paulista que se anunciava:

São Paulo teve, pois, que enfrentar a desolação epidêmica que, reinando em toda a parte, exigia para sua extirpação grandes sacrifícios pecuniários do Estado, muito descortino e discrição dos homens do governo, e muito amor à causa pública dos seus servidores em geral (...) as localidades flageladas eram atendidas pelos necessários socorros do governo; por toda a parte a vida ia renascendo²⁸.

As palavras proferidas, mesmo querendo exaltar os esforços sanitários estaduais, não tiveram a mesma leitura em cidades como as escolhidas aqui na “rota do tropeirismo”. Isso porque as forças políticas locais e seus habitantes discutiam sobre a saúde pública - diferentemente do que preconizavam as críticas do Dr. Ribas à ignorância que reinaria no interior -, usando essa temática como estratégia de poder para equacionar ou acirrar os dilemas locais, promovendo ações ou aprofundando condições insalubres nos espaços da cidade.

Na verdade, para o governo estadual, percebe-se que esse “domínio do discurso” médico-científico municipal colocava a centralização pretendida num patamar de complexidade, já que o que se criticava eram assuntos atinentes ao próprio discurso divulgado por uma ideologia urbana e pelo Serviço Sanitário, e as autoridades municipais num plano mais específico. Dessa forma, o pensamento higienista e de saúde pública ocorriam dentro de um contexto local, dando à canalização das águas, à remoção do lixo e aos surtos epidêmicos traduções que escapavam àquilo que se pretendia impor pela interferência estadual.

Assim, quer em nível estadual, quer em nível municipal, pontos localizados receberam intervenções sanitárias, outros nunca as registraram; muitos tiveram uma ação urgente e, depois, também foram abandonados em seus dilemas cotidianos. Era um projeto paulista que viabilizou de fato o desenvolvimento econômico, mas não traduziu esses ganhos em melhorias para a grande maioria da população, abandonada às doenças, aos surtos epidêmicos e a problemas de saneamento básico de toda ordem, muitos perdurando até os dias atuais. Enfim, havia alterações que, sem um olhar mais atento, mesmo no âmbito das “coisas da saúde”, passavam despercebidas pela lente ilusionista da **paulistanidade**.

²⁸ RIBAS, Emílio. A higiene no Estado de S. Paulo (Comunicação apresentada no Quarto Congresso Médico Latino-Americano). *Revista Medica de S. Paulo*, n. 14, p. 1, São Paulo, 1909.

A Fundação Rockefeller e o campo biomédico em São Paulo – ensino superior e pesquisa científica: uma abordagem histórica (1916-1954)

Maria Gabriela S. M. C. Marinho

1. Introdução: algumas questões preliminares em torno do objeto de análise

A presença norte-americana nas instituições brasileiras de ensino e pesquisa, por meio de financiamentos, modelos institucionais, pesquisadores ou consultores, tem sido um tema insuficientemente analisado pela historiografia produzida no País. Uma abordagem rigorosa permite verificar que essa presença tem sido não só efetiva desde o final do século XIX, como, em alguns casos, chegou a ser regulada externamente por instituições sediadas nos Estados Unidos.

No campo biomédico, um marco significativo pode ser localizado em 1915, quando desembarcou em São Paulo a primeira Comissão de Estudos da Fundação Rockefeller (FR). A comissão chegou ao Brasil depois de uma longa viagem pela América Latina, incluindo Equador, Peru, Colômbia e Venezuela, cujo objetivo fora identificar áreas para atuação no continente, especialmente nos setores de Saúde Pública e ensino médico. Para as instituições selecionadas, a FR dispunha-se a liberar grandes somas, desde que os estatutos fossem ajustados à sua concepção de excelência científica, cujo cerne associava a limitação do número de alunos (*numerus clausus*) à implantação do tempo integral para o ensino e a pesquisa nas disciplinas pré-clínicas, acrescida da construção do hospital de clínicas.

No ano seguinte, 1916, foram assinados os primeiros acordos para a transformação da recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSP) numa escola de excelência nos moldes propostos pela Fundação Rockefeller, com o objetivo de transformar-se em uma instituição-modelo para a América Latina. Dessa presença inicial na Faculdade de Medicina derivaram duas vertentes de atuação. De um lado, no campo da Higiene, a criação sucessiva da Cadeira de Higiene (1916), transformada em Departamento de Higiene (1917) e, posteriormente, em Instituto de Higiene (1918), resultou, finalmente, em 1946, na implantação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública.

Na segunda vertente, o objetivo final: transformar a escola em uma Rockefeller's School, o que foi alcançado em 1925, a exemplo de congêneres espalhadas em diversos locais do mundo, estruturadas segundo o modelo da Johns Hopkins University. O padrão de ensino que se implantou a partir de então, de caráter elitista, acesso restrito e marcadamente conservador, possibilitou à FMCS, posteriormente denominada Faculdade de Medicina de São Paulo (FMSP), ser reconhecida pela Associação Médica Norte-Americana, em 1951, como figurando entre as melhores escolas médicas do mundo.

Nos anos subsequentes, a FR continuou presente em um conjunto diversificado de setores na área biomédica, destinando recursos significativos para um escopo variado de ações institucionais que cobriram desde o financiamento de atividades de ensino e pesquisa na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1952) até o apoio à introdução da Medicina Nuclear no Brasil, com o financiamento do Laboratório de Isótopos na Faculdade de Medicina de São Paulo. No mesmo período, a Fundação Rockefeller patrocinou a pesquisa desenvolvida na Escola Paulista de Medicina (EPM), atual Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Criada em 1933, a origem da instituição tem sido atribuída a vetores que se confundem em suas motivações: uma dissidência de professores da Faculdade de Medicina de São Paulo que, entre outras razões, reagiram aos limites e restrições impostas pelo modelo da Fundação, em especial ao *numerus clausus*, estrangulando o ingresso a, no máximo, 50 alunos/ano, em face de uma demanda crescente e socialmente explosiva.

Apesar do impacto e das profundas implicações decorrentes do conjunto de ações empreendidas em São Paulo pela Fundação Rockefeller, em particular nas instituições de ensino e de pesquisa na área biomédica, sobretudo na primeira metade do século XX, ainda são poucas as análises voltadas para este objeto, razão pela qual a presente comunicação pretende abordar a questão sob dois prismas. De um lado, pela breve apresentação de dados descritivos que assegurem a compreensão dos objetivos gerais de sua constituição e atuação a partir dos Estados Unidos e a conjuntura de estreitamento das relações econômicas daquele país com a América Latina e o Brasil, contexto no qual se efetivou sua aproximação entre 1916 e 1931.

De outro, pela articulação destas informações em torno do argumento que se reputa como central: a compreensão da Fundação Rockefeller como uma poderosa agência modeladora que, por meio de parcerias locais, foi capaz de introduzir e alterar práticas e procedimentos até então consagrados na Medicina e no ensino médico do País. Sua atuação, nesse campo, promoveu um forte deslocamento da tradição francesa vigente no Brasil, assentada na clínica e no diagnóstico baseado em sintomas, centrada, em grande medida, na competência profissional e nas relações mais individualizadas entre médico-paciente, para o modelo norte-americano, fundamentado em procedimentos laboratoriais, mediado

por uma infraestrutura sofisticada de equipamentos e análises clínicas de base quantitativa e, sobretudo, mais efetivamente intervencionista.

Outra dimensão relevante para a análise refere-se à sua condição de parceira, muitas vezes hegemônica, na formulação de políticas públicas, sobretudo nos campos da Saúde Pública e da pesquisa científica, propiciando a implantação e o desenvolvimento de campos como a Genética e a Biologia Molecular. A liberação persistente e vultosa de recursos que, junto com outras grandes fundações, a FR destinou para campo da pesquisa resultou na denominação dessas ações como filantropia científica, ou seja, a destinação de recursos privados para áreas de interesse público. A indagação sobre até que ponto a destinação destes recursos por agências privadas tem interferido na agenda e nos procedimentos do que se pesquisa é uma questão que continua em pauta para os pesquisadores da filantropia em larga escala.

Por outro lado, através do Instituto de Higiene, a Fundação Rockefeller foi responsável, também, pela introdução de um conjunto de normas de conduta, práticas higiênicas e procedimentos sanitários visando à regulação de atividades sociais e individuais, baseada na crença de que a enfermidade era causadora da pobreza. Desse modo, pregava a higienização das coletividades e a educação sanitária como forma de combater a miséria das massas urbanas e, por extensão, o radicalismo e o ativismo político decorrentes das grandes aglomerações. O caráter de “ação civilizatória” é um dos traços distintivos da filantropia em larga escala, particularmente acentuado em relação à atuação da Fundação Rockefeller, cujos *trustees* incorporavam ao trabalho filantrópico o sentido de “missão”, característica que tem sido atribuída tanto às origens da própria instituição quanto aos traços puritanos da cultura norte-americana.

2. A Fundação Rockefeller: constituição e atuação em escala internacional

A Fundação Rockefeller constituiu-se como uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas, e teve, ao longo de sua trajetória, uma atuação marcante não só nos Estados Unidos, como em diferentes países de todos os continentes. Juntas, a Fundação Rockefeller e a Carnegie Corporation são consideradas como as principais fontes de recursos que financiaram o deslocamento do centro de produção científica da Europa para os Estados Unidos no período entreguerras. Criada nos Estados Unidos em 1913, teve por objetivo reunir e centralizar as ações filantrópicas da família Rockefeller, que vinham sendo praticadas de forma sistemática e em escala crescente desde o final do século XIX, e passou a atuar em setores-chave da vida pública, em escala nacional e internacional, financiando atividades em Saúde Pública, Educação, ensino médico, Psiquiatria e Ciências

Naturais – especialmente nos campos da Genética, Endocrinologia, Fisiologia e estudos quantitativos em Biologia, além de Física e Química aplicadas. Nas Ciências Sociais, promoveu estudos em Antropologia e em áreas envolvendo relações do trabalho, previdência social, relações internacionais, economia, política e administração pública, além das artes, cultura, meios de comunicação, informação e difusão, arquivos e acervos históricos, e aprendizagem intensiva de inglês em países estrangeiros.

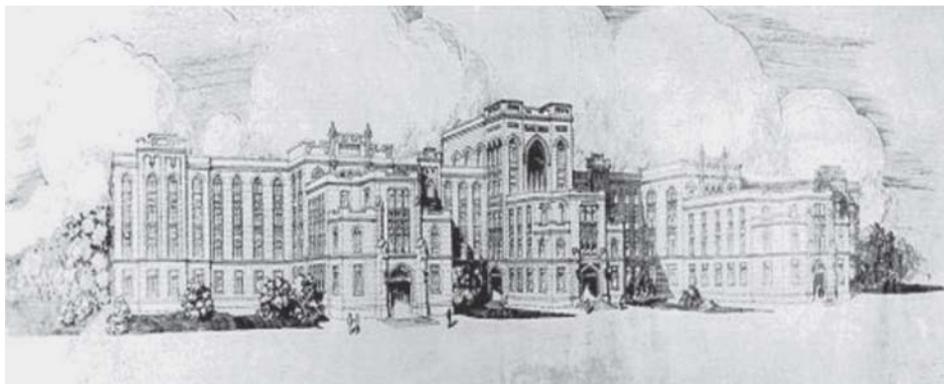
Enquanto instituição filantrópica, organizou-se como sociedade civil, sem fins lucrativos, sendo, porém, caudatária de uma das maiores fortunas pessoais do mundo, em todos os tempos, acumulada no período de oligopolização da economia norte-americana, a partir da segunda metade do século XIX. Ainda hoje se estendem por todo o planeta os negócios e interesses comerciais dos herdeiros do magnata John Dawson Rockefeller, que ficou conhecido como o “rei do petróleo”, através de organizações transnacionais, como a Standard Oil e o National City Bank.

Esse amplo rol de atividades desdobrou-se em ações diferenciadas por vários continentes, possibilitando uma atuação em escala planetária. Sua presença em países da Europa, da América Latina, do Oriente Médio e do Sudeste Asiático passou a ser muitas vezes associada à expansão dos interesses econômicos dos Estados Unidos por todo o planeta. No caso do Brasil, o estabelecimento da Fundação Rockefeller coincidiu também com o ingresso de capitais norte-americanos no País e, de resto, em toda a América Latina. Victor Valla assinalou que essa entrada se deu, principalmente, a partir de 1904, numa crescente substituição dos interesses ingleses no País, apesar de as relações comerciais entre Brasil e Estados Unidos países datarem de bem antes. Na esfera política, essa aproximação também se efetivou no mesmo período. Em 1905, Brasil e Estados Unidos instalaram respectivamente as suas embaixadas, sendo a embaixada de Washington a primeira representação diplomática brasileira no exterior.

3. A criação da Faculdade de Medicina e os acordos com a Fundação Rockefeller

O primeiro instrumento legal criando uma escola de Medicina em São Paulo foi estabelecido com o Decreto n. 19, de 24 de novembro de 1891, sancionado pelo então presidente do Estado, Américo Brasiliense, instituindo a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo. Sua criação tem sido interpretada como decorrente do plano de organização geral do ensino superior que, a partir de 1891, e em menos de dois anos, propôs a criação de oito escolas de nível superior em São Paulo.

A proposição desse amplo projeto de intervenção pode ser analisada no contexto da descentralização republicana ocorrida no final do século XIX, que teve São Paulo como um de seus principais focos. A consolidação do Estado



Obras de *Augusto Esteves*. Acervo do Museu Histórico da Faculdade de Medicina (FMUSP)

como polo dinâmico da economia em decorrência da expansão cafeeira tem sido considerada um dos fatores decisivos nesse processo, por sua vez interpretado como uma reação ao descompasso então existente entre a importância econômica de São Paulo e sua débil representação política. Tais projetos buscavam oferecer uma resposta à exigência de formação de quadros para gerir uma organização social e econômica cada vez mais complexa e que se traduzia, por sua vez, na crescente urbanização da cidade de São Paulo. Contudo, a exemplo de outras tentativas fracassadas de se estabelecerem escolas médicas, ocorridas em 1803/1804, 1823 e 1878, o decreto de 1891 não resultou na criação de fato da Academia de Medicina. A efetivação só ocorreu 21 anos mais tarde, em 1912.

Em 1913, instituiu-se o novo regulamento da escola, através do qual Arnaldo Vieira de Carvalho foi nomeado para sua direção. Figura proeminente da elite local, Arnaldo já acumulava os cargos de diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia, desde 1894, e do Instituto Vacinogênico desde sua criação, em 1892, além de ter sido o primeiro diretor da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, quando de sua criação, em 1905. No Vacinogênico, Arnaldo Vieira de Carvalho ajudara a reformular as práticas de Saúde Pública no Estado com a introdução da vacinação e revacinação obrigatórias, além da instalação de postos de saúde com essa finalidade na capital e no interior. Dotado de um perfil inteiramente adequado aos padrões elitistas da FR, Vieira de Carvalho foi responsável pela condução dos acordos até 1920, quando faleceu, aos 58 anos, vítima de septicemia.

Os acordos iniciais, assinados em 1916, previam a instalação da Cadeira de Higiene, logo transformada em Departamento e, sucessivamente, em 1918, em Instituto de Higiene, para o qual foram designados dois professores norte-americanos: Samuel Taylor Darling (1918-1920) e Wilson Smillie (1920-1922), cujas despesas de traslado e manutenção foram custeadas pelas duas instituições.

No mesmo período, bolsistas brasileiros seguiram para a Johns Hopkins University, dentre os quais, os paulistas Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira. Nos anos subsequentes, foram estabelecidos novos acordos para a criação do Instituto de Anatomopatologia para os quais vieram dois outros pesquisadores: o canadense Oskar Klotz (1921-1923) e o norte-americano Richard Archibald Lambert (1923-1925).

Em suas diferentes trajetórias, monitoraram o processo de adequação institucional da escola através de reformas que foram se sobrepondo à estrutura acadêmica anterior, promovendo a intermediação, os ajustes, e ajudando a conduzir as negociações empreendidas pelas duas instituições. Klotz e Lambert, em especial, estiveram diretamente envolvidos na implementação das decisões da Fundação Rockefeller no processo de reorganização da estrutura acadêmica e de pesquisa da Faculdade de Medicina, uma vez que Darling e Smillie, designados especificamente para o Instituto de Higiene, concentraram ali suas atividades. Eles agiram como intermediários entre as duas instituições, embora estivessem, pelos acordos assinados a partir de 1920, formalmente subordinados à direção da escola.

4. Considerações finais

O estreitamento das relações entre as duas instituições permitiu a ampliação dos acordos que resultaram na destinação, entre 1925 e 1931, de cerca de US\$ 1 milhão para a Faculdade de Medicina, um volume significativo de recursos, principalmente quando se toma em comparação a participação da Fundação Rockefeller nas campanhas de Saúde Pública no Brasil. Entre 1916 e 1940, a FR destinou cerca de US\$ 4 milhões para o combate da febre amarela em todo o País, a principal endemia combatida pela agência em sua atuação campanhista e que esteve, no Brasil, a cargo dos representantes locais da Comissão Sanitária Internacional, cujo escritório foi instalado no Rio de Janeiro.

Finalmente, e embora muito ainda esteja por ser feito, uma análise criteriosa dos estudos já realizados e da documentação atualmente disponível no País permite afirmar que as ações da Fundação Rockefeller no Brasil podem ser classificadas em duas vertentes. De um lado, sua atuação em São Paulo esteve claramente marcada pelas intervenções em instituições de ensino e pesquisa, com ênfase bastante acentuada no campo biomédico. De outro, suas intervenções em campanhas de Saúde Pública estiveram disseminadas por diferentes regiões do País e foram centralizadas pelo escritório do Rio de Janeiro, a partir do qual ganharam mais visibilidade, seja pela escala, seja pelo caráter público desta atuação.

Referências

- ARNOVE, Robert (ed.) *et al.* *Philanthropy and cultural imperialism: the foundation at home and abroad.* Bloomington: Indiana University Press, 1982.
- CAMPOS, Cristina de. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925–1945).* São Carlos: Rima, 2002.
- CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de & FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República.* Bragança Paulista: CDAPH/Edusf, 2003. 204p.
- Cueto, Marcos (ed.) *et al.* *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America (Philanthropic and nonprofit studies).* Bloomington: Indiana University Press, 1994. 192p.
- FARIA, Lina Rodrigues de. *Ciência, ensino e administração em Saúde: a Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo.* 2003. 233p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Ciências Humanas e Saúde/ Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Uerj.
- FERNANDES, Ana Maria. *A construção da ciência no Brasil e a SBPC.* Brasília: UnB/CNPq/Anpocs, 1990.
- FOSDICK, Raymond B. *La Fundación Rockefeller.* México: Grijalbo, 1957.
- KOHLER, Robert E. “Science, foundations, and american universities in the 1920s”. *Osiris*, v. 3, p. 135-164, 2nd series, Philadelphia, University of Pennsylvania, 1987.
- MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952).* Campinas/Bragança Paulista: Autores Associados/Edusf/Fapesp, 2001.
- _____. *Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo: 1916-1931.* Prefácio por Hebe Maria Cristina Vessuri. Bragança Paulista: CDAPH/Edusf, 2003. 142p.
- MILLER JUNIOR, Harry. *Harry Miller Jr.: depoimento, 1977.* Rio de Janeiro: FGV/CPDOC, 1991. (História Oral)
- MONTENEGRO, Benedicto. *Os meus noventa anos: 07.07.1978.* São Paulo: edição do Autor, 1978.
- PESSOA, Nicodemus. *Unicamp: perfil da mais discutida universidade brasileira do momento.* In: *Jornal da Tarde*, São Paulo: 14 de setembro de 1977, p. 6-7.
- RIBEIRO, Darcy. *Confissões.* São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas/São Paulo: Mercado de Letras/Fapesp, 2003.

SILVA, Márcia Regina Barros da. *Construindo uma instituição: Escola Paulista de Medicina, 1933-1950*. 1998. Dissertação (Mestrado em História Social) – Departamento de História. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.

VALE, José Ribeiro do. José Ribeiro do Vale: depoimento, 1977. Rio de Janeiro: FGV/ CPDOC, 1985. (História Oral)

VAZ, Zeferino. Carta [“Meu caro Bob Watson (...)”] de Brasília, em 13 de abril de 1964, para Robert Briggs Watson. Campinas: Arquivo Siarq/Unicamp/Zeferino Vaz, 1964a.

_____. Carta [“Recebi sua carta (...)”] de Brasília, em 17 de novembro de 1964, para Harry M. Miller. Campinas: Arquivo Siarq/Unicamp/Zeferino Vaz, 1964a.

_____. [Entrevista]. *O Estado de S. Paulo*. São Paulo: 19 de março de 1978. p. 38.

_____. Zeferino Vaz: depoimento, 1977. Rio de Janeiro: FGV/CPDOC, 1985. (História Oral)

Os primeiros tempos do Ensino da Saúde Pública em São Paulo na Memória de Contemporâneos

Lina Faria e Luiz Antonio de Castro-Santos

Introdução

A partir de fontes escritas e testemunhos orais, o presente trabalho discute um caso bem-sucedido da união de recursos governamentais e internacionais, que a História da Saúde preserva como um de seus momentos mais altos: a história institucional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. A Faculdade de Saúde Pública teve seu início em 1918, como uma cadeira de Higiene subordinada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, com recursos humanos e financeiros concedidos pelo *International Health Board*, da Fundação Rockefeller. Sua evolução não se deu sem atropelos, sem contramarchas, sem lutas institucionais – particularmente entre setores da política estadual de Saúde; entre próceres do Partido Republicano Paulista; entre membros do Serviço Sanitário.

Assim, este breve esboço de sua trajetória institucional deverá ser lido apenas pelo que sugere, pois deixará, necessariamente, de explicitar ou captar um longo e intrincado processo. Na sequência, então, encontram-se listados seus marcos principais: em 1924, a cadeira de Higiene foi transformada em Instituto de Higiene de São Paulo, deixando de funcionar como uma seção da Faculdade de Medicina e constituindo-se em instituição distinta e independente, ligada à Secretaria de Justiça e Negócios Interiores. Em 1931, passou a ser reconhecida oficialmente como Escola de Higiene e Saúde Pública, vinculada à Secretaria de Educação e Saúde. Em 1945, tornou-se um órgão universitário, sob a denominação de Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Em 1969, passou a denominar-se, sucintamente, Faculdade de Saúde Pública¹.

Por meio de entrevistas realizadas com atuais e antigos membros da Faculdade², procurou-se aqui discutir alguns elementos do processo de institucionalização da

¹ Ver Editorial – 1925-1975 – Cinquentenário da Faculdade de Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 9, n. 2, São Paulo, 1975. Ver, ainda, Mascarenhas (1949 e 1959); Candeias (1984); Vasconcellos (1995); Faria (1999, 2001 e 2005) e Campos (2002).

² Foram entrevistadas educadoras sanitárias, ex-diretores e a diretoria à época, com tarefas ou responsabilidades institucionais distintas, decorrentes de diferentes inserções profissionais ou acadêmicas. As entrevistas citadas neste trabalho representam uma pequena parcela do material colhido em pesquisa na Faculdade de Saúde Pública da USP, durante os anos de 2004 e 2005.

“especialização em Saúde Pública” naquele Estado, desde os tempos de médicos que, no primeiro quartel do século XX, vieram a ser conhecidos como “sanitaristas sociais” – expressão empregada por Rodolfo dos Santos Mascarenhas, um ardoroso defensor do modelo que denominava “sanitarismo social”. Três nomes que logo vêm à baila são os de Geraldo Horácio de Paula Souza³, Francisco Borges Vieira⁴ e Samuel Pessoa⁵. Esses médicos ligaram-se à história dos primeiros cursos para formação de profissionais na área de Saúde no Brasil, que constituíam as bases do projeto instaurador da Faculdade de Saúde Pública⁶.

Pretendeu-se, aqui, recuperar os elos da história da instituição paulista, com ênfase nos aspectos científicos, na formação acadêmica e em seus momentos fundadores. Por sua vez, a recuperação desses elos demanda a menção ao papel da Fundação Rockefeller na constituição do campo de Saúde Pública no Estado e

³ - Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951) diplomou-se em 1913, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Iniciou sua carreira em 1914 como assistente da cadeira de Química Médica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Quatro anos depois, partiu para os Estados Unidos onde, na Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, recebeu o diploma de Doutor em Higiene e Saúde Pública. Em 1920, foi indicado auxiliar de Samuel Taylor Darling – primeiro diretor do Instituto de Higiene de São Paulo – na cadeira de Higiene daquela Faculdade. Em 1922, tornou-se professor catedrático desta matéria, assumindo, neste mesmo ano, a direção do Instituto de Higiene (1922-1951) e do Serviço Sanitário estadual (1922-1927). Ver Campos (2002) e Faria (2002).

⁴ - Francisco Borges Vieira (1893-1950) “colou grau” pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1917. Foi convidado para ser “preparador” da cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de São Paulo por Paula Souza, que acabara de ser nomeado professor substituto daquela disciplina. Entre 1918 e 1920, recebeu da Fundação Rockefeller uma bolsa de estudos em Saúde Pública na *School of Hygiene and Public Health*, da Universidade Johns Hopkins. Em 1921, tornou-se assistente da cadeira de Higiene, ainda trabalhando com Paula Souza, e chefe do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Higiene. Entre meados de 1927 e 1928, assumiu interinamente a direção do Instituto de Higiene. Entre 1935 e 1937, foi Diretor do Serviço Sanitário. Ver Melo (1954) e Lacaz (1963). Ver, ainda, “Instituto de Higiene, Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo” [no original], *Annual Report January 1st – December 31st, 1922*. RAC, Series 305L, R.G. 1.1, Box 19, Folder 154, e *Correio Paulistano*, 16/08/1929, p. 9.

⁵ Samuel Barnsley Pessoa (1898-1976) tornou-se auxiliar acadêmico do Instituto de Higiene de São Paulo em 1920. Em 1922, graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de São Paulo. Neste mesmo ano, recebeu uma bolsa da Fundação Rockefeller para estudos na área de Higiene Rural, como pesquisador comissionado no Instituto de Higiene. Em 1923, trabalhou como inspetor sanitário e médico-chefe do Posto Experimental da Inspetoria de Profilaxia Geral do Serviço Sanitário de São Paulo. Em 1924, tornou-se assistente do Instituto de Higiene e assistente interino de Higiene da Faculdade de Medicina. Ver Pessoa (1978) e Paiva (2004).

⁶ No Rio de Janeiro, este processo esteve atado às trajetórias pessoais e profissionais de Carlos Chagas, Afrânio Peixoto, João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle. Brotando do núcleo inicial composto por figuras de expressão no meio médico, a exemplo dos nomes mencionados acima, no Rio de Janeiro, e por sanitaristas como Geraldo Horácio de Paula Souza, Francisco Borges Vieira e Samuel Pessoa, em São Paulo, formou-se uma geração de sanitaristas e uma nova proposta de saneamento – “higienista-educacional” –, que veio a ter peso importante na política da Saúde no País. Ver Castro Santos & Faria (2006).

no País, de modo geral. No Brasil, a partir de 1918, a influência da Rockefeller no processo de institucionalização da especialização em Saúde Pública foi marcante⁷. Em São Paulo, particularmente, a entidade norte-americana foi uma importante aliada das propostas de reorganização do campo sanitário estadual. Cooperou por meio da concessão de bolsas de estudos não apenas em centros estrangeiros, mas também em São Paulo (Samuel Pessoa beneficiou-se justamente desse tipo local de amparo ao ensino e à pesquisa). Concedeu auxílio financeiro para manutenção de um corpo docente, nacional e estrangeiro, e para a instalação de laboratórios especializados no ensino da Higiene (CASTRO SANTOS & FARIA, 2003). Uma dotação financeira importante destinou-se ao então Instituto de Higiene de São Paulo, ainda na década de 1920, para a construção de um novo prédio, independente das instalações da Faculdade de Medicina e aparelhado para a pesquisa e o ensino da ciência sanitária⁸. Um Centro de Saúde Modelo representou o elemento central do novo projeto, para treinamento de alunos⁹. Eram os passos institucionais que poderiam garantir, na época, um lugar legítimo – de profissionais de primeira linha – à geração dos primeiros sanitaristas e educadoras sanitárias¹⁰ de São Paulo.

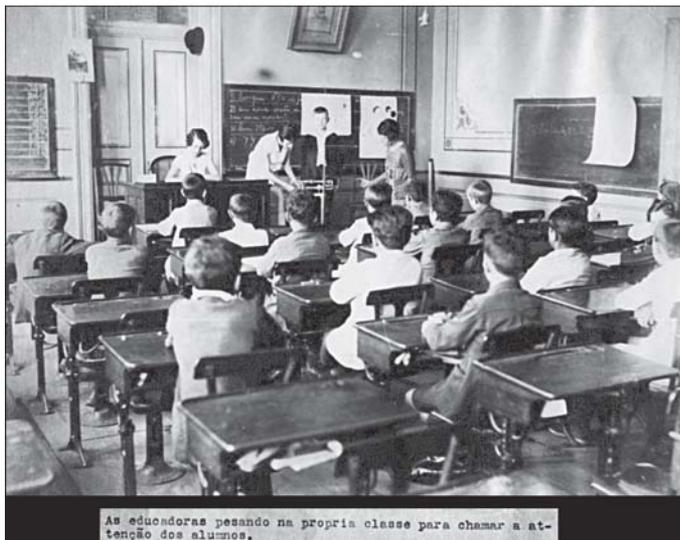
O maior legado da Fundação Rockefeller em São Paulo foi a parceria entre jovens profissionais brasileiros e norte-americanos, voltados para a construção de um programa acadêmico de excelência que visava, em particular, à institucionalização do ensino da higiene em uma Escola de Saúde Pública modelo e a formação de uma geração de médicos, educadoras e enfermeiras sanitaristas na capital. O que ficou, então, para docentes e alunos, desses anos de intensa atividade

⁷ A atual Faculdade de Saúde Pública da USP foi a segunda instituição no mundo a receber auxílio da Rockefeller, tendo sido precedida apenas pela Universidade Johns Hopkins, criada em 1916, com recursos da Fundação.

⁸ Em 1925, o Conselho Diretor da Fundação Rockefeller aprovou a quantia de 5,3 mil contos de réis para a construção dos institutos de Anatomia, Fisiologia, Química, Patologia e Higiene. Deste total, 1,5 mil foram direcionados para a construção do novo prédio do Instituto de Higiene, que, ao contrário dos outros institutos, seria uma unidade autônoma da Faculdade de Medicina de São Paulo. Ver: São Paulo negotiations – Higiene/ R.A. Lambert to R.M. Pearce July 14, 1925. *Rockefeller Archive Center (RAC)*, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 153, 07/08/1925. Ver, ainda, carta de Pedro Dias ao diretor do IHB George E. Vincent. RAC, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152/153, 11/09/1925. Ver também Candeias (1984).

⁹ Unidade integral e ampla de ações sanitárias. Era uma proposta de intervenção baseada, entre outros elementos, na educação sanitária e na formação de profissionais na área da Saúde Pública. Ver Cortez (1926: 119-121); Paula Souza & Borges Vieira (1944); Castro Santos & Faria (2002).

¹⁰ Em 1925, Paula Souza organizou no Instituto de Higiene o curso de Educação Sanitária, destinado a transformar professoras primárias em agentes comunitárias. As “mensageiras da higiene” – termo usado por Paula Souza – eram incumbidas de ensinar a população brasileira o “evangelho da higiene”, cumprindo a missão para a qual foram convocadas: educação e formação cívica dos indivíduos. Ver discurso de Maria Antonieta de Castro, na cerimônia de entrega de diplomas à primeira turma de educadoras sanitárias. Ver *Correio Paulistano*, 9 de dezembro de 1927. Ver também, Candeias (1984) e Rocha (2003).



Educadoras sanitárias

Fonte: Arquivo Paula Souza, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

no antigo Instituto de Higiene? De que modo esses anos se projetaram no imaginário coletivo e nos processos de institucionalização? De que forma se cristalizaram na produção de símbolos, na criação de balizas para a atuação acadêmica e para a conduta ético-profissional?

A investigação por meio de testemunhos é oportuna para se entender o sentido que os membros de uma instituição dão às suas práticas, às suas trajetórias profissionais, aos acontecimentos que puderam vivenciar. O tratamento dos depoimentos ou relatos orais não é tarefa simples. O desafio que se coloca, sempre, para o pesquisador, é não tomar um enunciado pelo que expressa à primeira vista, em seu “valor de face” – “at face value”, dizem os epistemólogos. Neste sentido, dar voz aos que têm sido silenciados não pode significar o silêncio do pesquisador, daquele que colhe um depoimento e o insere num contexto de interpretação. Agnes Heller lembrou que o problema em reconstruir os eventos do modo como “efetivamente aconteceram” está relacionado com a possibilidade ou impossibilidade de fornecerem ou produzirem dois ou mais relatos igualmente verdadeiros. Se, por um lado, saber “como alguma coisa realmente aconteceu é algo que só pode ser conhecido através de relatos daqueles que viveram nessas eras” (HELLER, 1993: 164), Heller pondera que, mesmo nesses casos, fica-se diante de reconstruções e avaliações. Os depoimentos que reconstituem uma época, nesse sentido, se não explicitam o que “realmente” sucedeu, constituem-se, ainda assim, em recurso fundamental de pesquisa histórica. É esse o recurso, com suas conhecidas limitações, que temos nas mãos.

“Higiene – uma ciência social”

Os entrevistados selecionados, de quem sempre esperamos que narrem os fatos e suas experiências como “efetivamente” ocorreram, pertencem, em sua quase totalidade, a gerações mais jovens do que o grupo de Paula Souza. Ainda que não tenham sido depoimentos de contemporâneos, as informações e avaliações constituem uma importante contribuição para o estudo do modelo pedagógico adotado por Paula Souza e pela Fundação Rockefeller ao organizarem, em 1928¹¹, ainda no antigo Instituto de Higiene, o Curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública. É importante frisar que este curso foi um desdobramento de outras tentativas pioneiras de formar profissionais no campo. Em 1921, Wilson George Smillie e Samuel Taylor Darling – jovens pesquisadores norte-americanos, enviados ao Brasil pela Fundação Rockefeller, com o objetivo de organizar a cadeira de higiene na Faculdade de Medicina e Cirurgia¹² – montaram o Curso de Especialização em Higiene e Saneamento¹³. Ao manterem a disciplina de Higiene, obrigatória para os alunos de Medicina, a criação de um curso de especialização significava uma nova porta de entrada – desta feita, para diplomados – para o campo da Saúde na capital. Esta iniciativa, ainda que de curta duração, foi a semente do Curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública, estruturado anos depois por Paula Souza, e que funcionaria por muitas décadas, até início dos anos de 1990, na Faculdade de Saúde Pública da USP.

¹¹ O Edital do Curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública foi aprovado em 1928. Ver RAC, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152/153, 1928. O Decreto Estadual n. 7.048, de abril de 1935, formalizou suas atividades. Ver Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. Atos do Poder Legislativo, Imprensa Nacional, 1937. O Decreto n. 10.090, de 4 de abril de 1939, estabeleceu, em seu artigo 1º, que, para a admissão aos cargos de médico sanitarista e educador sanitário, fazia-se necessária a apresentação de diploma ou certificado de conclusão do curso de especialização feito pela Escola de Higiene e Saúde Pública (Instituto de Higiene), ou em curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Medicina, da Universidade do Brasil. Ver Castro Santos & Faria (2000 e 2006). Em 1941, o Decreto Federal n. 7.198 reconheceu oficialmente o curso. Ver Coleção de Leis e Decretos do Estado de São Paulo. Atos do Poder Legislativo, Imprensa Nacional, 1937. Ver, ainda carta de Fred L. Soper sobre as comemorações da Semana da Saúde em São Paulo e a abertura do curso de Saúde Pública para médicos no Instituto de Higiene. RAC, Series 305, R.G. 1.1, Box 20, Folder 159, 15/10/1928.

¹² Após as gestões de Darling e Smillie, Paula Souza assumiu a direção da instituição, em 1922.

¹³ O curso teve duração de três meses, dirigido a 12 médicos, e contou com a participação de médicos norte-americanos e brasileiros. Foram os seguintes os profissionais brasileiros e seus respectivos temas: Belisário Penna: profilaxia da ancilostomíase e construção de latrinas; Emílio Ribas: profilaxia da febre tifoide; Geraldo Horácio de Paula Souza; sistemas de abastecimento de água e de esgotos para pequenas povoações, fazendas e habitações; Francisco Borges Vieira: diagramas, gráficos e dados sanitários; Francisco de Sales Gomes Jr.: profilaxia da malária; Mário Pernambuco: organização do tratamento intensivo; José Pereira Gomes: profilaxia do tracoma; Adolfo Carlos Lindenberg: profilaxia da lepra, da leishmaniose e doenças venéreas.

Quando o curso foi inaugurado, “após decreto que lhe conferiu reconhecimento de diplomas para todo o território da República”¹⁴, vários profissionais participaram, entre médicos, engenheiros e educadores sanitários¹⁵⁷. O objetivo era fornecer ao Serviço Sanitário paulista pessoal especializado para o desempenho de cargos técnicos desta instituição. Sobre o formato do curso, testemunhava um de seus antigos docentes, Professor Aristides Almeida Rocha¹⁶:

O Curso inicialmente era destinado apenas a médicos, enfermeiras e educadoras [sanitárias]. Em 1949, passou a ser oferecido também para engenheiros [...]. Esse curso era na verdade uma pós-graduação lato sensu. Quando houve a reforma de 1969, que criou toda esta estrutura de mestrado e doutorado, como se conhece hoje, com créditos, quem havia feito o Curso de Saúde Pública aproveitou as disciplinas, porque contavam como crédito [...]. A gente recebia engenheiros da América do Sul, da América Central e de países de língua portuguesa da África.

Um dos aspectos mais interessantes do curso, ainda segundo Almeida Rocha, era o “estágio de campo multiprofissional” – equipes de médicos, engenheiros, enfermeiras e educadoras sanitárias que desenvolviam trabalhos nos centros de saúde e postos de higiene em áreas interioranas. Como cabia ao Instituto de Higiene, por decreto de 1931, elaborar a Carta Sanitária do Estado, Almeida Rocha julgava que o curso e o estágio de campo eram um laboratório ou uma preparação para “uma verdadeira carta sanitária”.

O curso, “essencialmente prático”, compreendia, dentre outras atividades, pesquisa laboratorial, métodos de conservação de vacinas, trabalhos de campo ou inspeções¹⁷, educação sanitária e propaganda em áreas rurais. Os alunos estudavam *in loco* as condições sanitárias de um bairro da cidade de São Paulo. Eram administrados conhecimentos teóricos à medida que os diferentes temas e

¹⁴ Ver Arquivo FSP/USP. Caixa “Coleção Paula Souza”. Originais não publicados, 1928, p. 1.

¹⁵ No curso, com duração de um ano letivo, eram ministradas aulas de Parasitologia; Bacteriologia; Imunologia; Epidemiologia; Higiene Infantil e Mental; Nutrição; Administração em Saúde Pública; Atendimento Pré-Natal e Engenharia Sanitária. Edital do curso em RAC, Series 305, R.G. 1.1, Box 18, Folder 152/153, 1928.

¹⁶ Aristides Almeida Rocha, diretor entre os anos de 2002 e 2006, é biólogo. Concluiu o mestrado e o doutorado na antiga Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, atual Instituto de Biociências. Lecionou durante 30 anos no Curso de Especialização em Higiene e Saúde Pública. Entrevista concedida a Lina Faria na Faculdade de Saúde Pública da USP, em 27 de abril de 2005.

¹⁷ A inspeção possibilitava um mapeamento da situação sanitária local e, ao mesmo tempo, fornecia ao Instituto de Higiene dados sobre abastecimento de água, sistemas de tratamento dos esgotos, métodos de tratamento do lixo, estatísticas vitais, condições sanitárias das fábricas e habitações coletivas, higiene das escolas, mercados, matadouros e portos (CAMPOS, 2002).

problemas fossem suscitados pela experiência prática. Por outro lado, as próprias aulas práticas estimulavam o conhecimento das técnicas de diagnóstico, incluindo a identificação de parasitos, suas diversas fases etc.¹⁸.

Ainda sobre o formato do curso, o Professor Péricles Alves Nogueira¹⁹ lembrou que os alunos “passavam por quase todas as disciplinas: Epidemiologia, Estatística, Bioestatística, Administração Hospitalar, Saneamento Básico, Engenharia Sanitária. Havia uma formação básica de sanitarista durante os primeiros meses para todos os profissionais. No segundo semestre era mais especializado. [...]. O Curso tinha uma parte de formação básica, global”.

A preocupação com o conhecimento da realidade social, com as condições sanitárias das populações carentes de serviços ambulatoriais e a relação com estas comunidades foi uma característica importante desta proposta de Saúde Pública. O curso oferecido pelo instituto, “de interesse sanitário e finalidade cultural e educativa”, trazia em seu programa assuntos de higiene e medicina social. A proposta exigia a formação de um novo profissional de Saúde, que a Educadora Sanitária Marília Belluomini²⁰ definia em entrevista:

É o médico sanitarista que se interessa por todas as doenças. Não adianta dizer que é médico sanitarista, mas que só faz ginecologia. Quando vai trabalhar num centro de saúde, ele tem que ver o doente como um todo.

Paula Souza considerava inaceitável o médico “pouco versado” em assuntos sanitários, em virtude da complexidade das questões de higiene e Saúde Pública. Segundo ele, “nem a melhor faculdade de Medicina seria capaz de assegurar uma formação adequada para o exercício das funções sanitárias”²¹. O Instituto de Higiene de São Paulo foi o local escolhido como um lugar de treinamento. Lá, Paula Souza criou condições para a realização do trabalho dos novos profissionais. Citando, a propósito, uma referência mundial na administração sanitária, C. E. A. Winslow, professor da Faculdade de Medicina de Yale, dizia que “nem só aos

¹⁸ Ver Arquivo FSP/USP. Caixa “Coleção Paula Souza”. “Higiene”, originais de trabalhos não publicados, 1928.

¹⁹ Péricles Alves Nogueira, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, formou-se pela Faculdade de Medicina de Botucatu, fez pós-graduação em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da USP, em 1974, e especializou-se em tuberculose. Entrevista concedida a Lina Faria na Faculdade de Saúde Pública da USP, em 14 de julho de 2004.

²⁰ Marília Belluomini fez o curso de Educadora Sanitária no antigo Instituto de Higiene, em 1957. Trabalhou com Raphael de Paula Souza, fisiologista dos mais respeitados no Brasil, no Instituto de Saúde e Serviço Social da Faculdade de Saúde Pública – FSP. Entrevista concedida a Lina Faria na Faculdade de Saúde Pública da USP, em 22 de junho de 2004.

²¹ Ver Arquivo FSP/USP. Caixa “Coleção Paula Souza”. s/t, originais de trabalhos não publicados, 1928, p. 2.

médicos deveria ser aberta a carreira sanitária” porque seria melhor “preferir o homem que conhece saúde pública e não conhece a medicina, ao que, conhecendo a medicina, não conhece saúde pública”²².

O curso definiu o modelo de ação no campo higienista-educacional no Estado de São Paulo, na primeira metade do século XX, e consubstanciou-se numa das expressões da nova política de Saúde Pública, que entendia os problemas de higiene como resultantes, em boa medida, da falta de educação sanitária. Neste sentido, a possibilidade de eliminação de graves problemas sanitários se daria através da ação educativa, da adoção, pela população, de medidas preventivas de cuidado com o corpo e o meio ambiente e de medidas profiláticas de controle das doenças infecciosas. Não se tratava de ignorar o que hoje se denominaria, com certa sem-cerimônia na discussão de modelos causais, de “determinantes sociais da doença”. A especialização em Saúde Pública contemplava a visão global da doença. As medidas sanitárias resultariam de uma estratégia que, no dizer de Rodolfo dos Santos Mascarenhas, se efetivava por meio de **ampla rede de ações**: “a da higiene total, global, da higiene que não vê atividades especializadas, individualistas, mas sim a sociedade em geral” (MASCARENHAS, 1963: 53).

Ainda que a Rockefeller tenha reduzido suas atividades na Faculdade de Saúde Pública, em 1933²³, e reorientado suas dotações para a Faculdade de Medicina, o programa do curso de especialização seguiu os moldes propostos pela Fundação²⁴. Adotou-se o regime de dedicação integral à pesquisa e ao ensino, inaugurando uma nova forma de atuar no campo pedagógico da saúde²⁵. Em trabalho sobre a organização sanitária do Estado de São Paulo, Paula Souza & Borges Vieira chamaram a atenção para a importância da “obrigatoriedade do

²² Ver Arquivo FSP/USP. Caixa “Coleção Paula Souza”. s/t, originais de trabalhos não publicados, 1928, p. 3.

²³ Um estudioso da International Health Board, John Farley, afirmou que a Fundação retirou-se de São Paulo em 1933, mas, na verdade, apenas o apoio à Faculdade de Saúde Pública foi interrompido (ver MARINHO, 2001). O autor incorreu em outro equívoco ao sugerir que os planos da Rockefeller para a Faculdade de Saúde Pública “desmoronaram” (*sic*): “plans for a São Paulo School of Hygiene collapsed” (FARLEY, 1993: 96).

²⁴ Ainda que privilegiasse um olhar sobre os “vetores”, deve-se salientar que a Rockefeller não descartava a complementaridade entre Saúde Pública e Ciência Social. Para seus sanitaristas, o conhecimento da coletividade era tão essencial para o trabalho da Saúde Pública, como o conhecimento da Medicina, da Epidemiologia e do Saneamento. Foi nesse diapasão que a Faculdade de Saúde Pública da USP se tornou o primeiro instituto de ensino no campo da Saúde a criar, em 1945, uma disciplina de Ciências Sociais, sob a denominação de “Problemas de Sociologia Aplicada à Higiene” (MASCARENHAS, 1962). Ressalte-se que, anos mais tarde, já na década de 1960, a Escola Nacional de Saúde Pública, em Manguinhos, instituiu um Departamento de Ciências Sociais entre seus vários setores acadêmicos (SILVA, 2004).

²⁵ Ver Report on the Course in Hygiene and Public Health. RAC, Series 305, R.G. 1.1, Box 23, Folder 137, 14/12/1926.

regime de tempo integral para aqueles cargos que integram a carreira sanitária”. Para eles, “é condição *sine qua non* dessa mesma carreira” (PAULA SOUZA & BORGES VIEIRA, 1944: 39).

Esse “arranjo institucional” constituiu o cerne, ou a balizas programáticas do modelo higienista-educacional difundido no País pela Fundação Rockefeller (MARINHO, 2001) e que se alicerçou, tomando rumos próprios e independentes, ao longo de uma tradição brasileira e latino-americana fortalecida por outras influências internacionais. Mas antes que tais rumos se alicerçassem, estavam plantadas as sementes de um modelo que até hoje se revela nas propostas da “saúde para todos” e da Saúde Coletiva, de modo geral Um simples indicador dos avanços conseguidos em pouco tempo: já na década de 1940, o antigo Instituto de Higiene de São Paulo havia diplomado 466 educadoras sanitárias, fornecera diplomas de sanitaristas a 49 médicos e certificados de conclusão de curso de emergência ou intensivos a outros 49 médicos²⁶.

A consolidação de uma tradição: memória e desmemória

A história da especialização em Saúde Pública no Brasil incorpora instituições e atores forjados desde as primeiras décadas do século XX em São Paulo. Os primeiros passos do ensino da Saúde foram dados por sanitaristas e pesquisadores de sólida formação humanista, como Geraldo Horácio de Paula Souza, Francisco Borges Vieira e Samuel Pessoa. Este grupo de profissionais inaugurou uma nova forma de trabalhar a saúde, que propunha a difusão de uma consciência sanitária junto à população, buscava superar um projeto de caráter autoritário, dos tempos de Oswaldo Cruz, e explorava as interfaces entre a higiene e as questões sociais.

O modelo de educação sanitária que vimos discutindo definiu um campo de influência no Estado de São Paulo e, mais tarde, em todo o País. Com efeito, no final dos anos de 1940 o Instituto de Higiene (como se disse, embrião da atual Faculdade de Saúde Pública da USP) projetou-se como um centro de excelência no cenário nacional, desempenhando um papel importante no desenvolvimento das políticas de Saúde Pública e na sedimentação de carreiras e tradições científicas.

Para os antigos e atuais membros da Faculdade de Saúde Pública, a gestão de Paula Souza foi fundamental para o reconhecimento da instituição como um centro de formação profissional e da própria influência sobre a formação de um campo científico na Saúde Pública, não só em São Paulo, mas em outros Estados brasileiros. Nas palavras de Ruy Laurenti, “a Faculdade [...] era uma instituição

²⁶ Ver Arquivo FSP/USP. Caixa “Coleção Paula Souza”. Originais de trabalhos não publicados, 1942, p. 6.

ímpar, uma instituição de grande prestígio nacional e internacional. [...] A gente reverenciava o Paula Souza”²⁷.

Em 1963, em discurso entusiasmado, homenageando Geraldo Horácio de Paula Souza, a Educadora Sanitária Maria de Lourdes Fairbanks de Sá – à época Presidente da Associação de Educadores Sanitários de São Paulo – enfatizou a importância da instituição e de seu ilustre diretor. Suas palavras sobre Paula Souza e sobre os cursos ministrados desde os anos de 1920, transcritas a seguir, têm o tom da exaltação próprio dos atores imbuídos do “chamado” da vocação.

*O Instituto de Higiene foi o princípio, o meio e o fim, a razão de sua existência. Animado, por seu espírito dinâmico, a novas metas foi se propondo: cursos outros foram surgindo, mais especializados, novas técnicas, avançando sempre e sempre, rumo a objetivos mais arrojados. [...] O Instituto de Higiene projetava-se como um centro de formação de pessoal de saúde pública, não só no Brasil, mas também, no cenário mundial. Sanitaristas e técnicos de renome inflamados com o mesmo ardor erguiam, ao seu lado, a estrutura definitiva de um grande centro científico*²⁸.

Que este breve ensaio não se apresente aos leitores como um relato de uma história sem contradições, sem conflitos, sem campos minados por lutas institucionais, que envolviam atores e seus modelos pedagógicos, administradores politicamente entusiastas e frios gestores (para usarmos a expressão corrente nos dias de hoje, referidos à burocracia pública da saúde).²⁹ Nossos entrevistados estavam longe de compor cenários ufanistas. No entanto, o que trazemos aqui, pela memória dos entrevistados, é o avesso da desmemória dos gestores institucionais e militantes da saúde. Nos dias de hoje, os historiadores da saúde dificilmente conseguem revelar aos protagonistas da saúde coletiva as raízes mais fecundas de uma história que mal se iniciou. Nem tudo começou em Alma Ata – este é o primeiro ponto que nossos relatos anunciam. As raízes da história sanitária do Brasil são anteriores. Por certo não há raízes que escapem a alguma deterioração ou à má formação. Nossa história da saúde está plena de equívocos, conflitos mal resolvidos e propostas jamais concretizadas, particularmente no tocante à distância entre intenção e gesto – se tivermos em mente as lutas e idéias de nossos sanitaristas e intelectuais de um

²⁷ Formado pela Faculdade de Medicina da USP. Foi diretor da Faculdade de Saúde Pública entre os anos de 1985 e 1989, pertencendo aos quadros de seu Departamento de Epidemiologia. Entrevista concedida a Lina Faria na Faculdade de Saúde Pública da USP, em 04 de maio de 2004, São Paulo.

²⁸ -Discurso da educadora Maria de Lourdes Fairbanks de Sá. *Arquivo da Faculdade de Higiene*, v. 17, n. I, p. 27-28, São Paulo, julho, 1963.

²⁹ Essas questões são retomadas, de modo a contemplar sua complexidade, num ensaio mais longo de nossa autoria, escrito quase simultaneamente ao presente trabalho. Ver o capítulo “A cooperação internacional e a enfermagem em saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo”, em Castro Santos e Faria (2010).

passado quase remoto, como aqui expusemos em ponto menor e, por outro lado, os resultados incertos de tantas lutas e utopias, para a plena expansão e humanização da estrutura sanitária brasileira. Não obstante, houve conquistas e avanços, em geral desconhecidos por nossos gestores e educadores que formam (e pelas razões aqui expostas, em certa medida também deformam) os recursos humanos para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Referências

CAMPOS, Cristina de. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945)*. São Carlos: RiMa, 2002.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1918/1954). *Revista de Saúde Pública*, v. 18, n. especial, p. 2-60, São Paulo, 1984.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de & FARIA, Lina Rodrigues de. 61 Broadway, New York City: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932 – parte 1. *Série Estudos em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Uerj, n. 207, dezembro, 2000. 44p.

_____. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, n. 40-41, p. 137-181, São Carlos, janeiro/julho, 2002.

_____. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: Edusf, 2003.

_____. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, n. 2, p. 291-324, Rio de Janeiro, 2006.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de & FARIA, Lina. *Saúde & História*. São Paulo, Editora Hucitec, 2010.

CORTEZ, Adamastor. *Centros de saúde de São Paulo*. 1926. Tese (Doutorado em Medicina). São Paulo: Faculdade de Medicina de São Paulo.

FARIA, Lina O Instituto de Higiene: contribuição à história da ciência e da administração em saúde em São Paulo. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, IMS, v. IX, n. 1, p. 175-208, Rio de Janeiro, janeiro/junho, 1999.

_____. Scientific traditions in Brazil: the history of the Instituto de Higiene in São Paulo. *Rockefeller Archive Center Research Reports Online*, Rockefeller University, n. 1, p. 1-5, Tarrytown, New York, April, 2001.

_____. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. IX, n. 3, p. 561-590, Rio de Janeiro, setembro/dezembro, 2002.

_____. A Casa de Geraldo Horácio de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. XII, n. 3, p. 1.011-1.024, Rio de Janeiro, setembro/dezembro, 2005..

FARLEY, John. To degree or not to degree: The International Health Division and the Toronto School of Nursing. In: STAPLETON, Darwin H. & WELCH, Cathryne A. (orgs.). *American nursing in the Twentieth Century*. Perspectives and case studies. New York: Rockefeller Archive Center, North Tarrytown, 1993.

HELLER, Agnes. *Uma teoria da História*. Tradução de Dílson Bento Ferreira Lima. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.

LACAZ, Carlos da Silva. *Vultos da Medicina brasileira*. São Paulo: Helicon, 1963.

MARINHO, Maria Gabriela da Silva M. da Cunha. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas/Bragança Paulista: Autores Associados/Edusf/Fapesp, 2001.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. *Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo*. 1949. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

_____. Contribuição ao estudo da história do ensino de educação sanitária na Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública*, USP, v. 13, n. 1, p. 243-262, São Paulo, 1959.

_____. As Ciências Sociais nas escolas de Saúde Pública. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública*, USP, v. 15/16, p. 1-16, São Paulo, 1962.

_____. “Paula Souza, o sanitarista social”. Conferência realizada por Rodolfo dos Santos Mascarenhas na Associação Paulista de Medicina, em 1951, e transcrita dos *Anais de Enfermagem*, v. 4 n. 3, p. 231-240, julho, 1951. *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública*, USP, v. 17, p. 51-58, São Paulo, 1963.

MELO, Luís Correia de. *Dicionário de autores paulistas*. São Paulo: Comissão do IV Centenário da Cidade de São Paulo, 1954.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. *A utopia burocrática: um estudo histórico-comparativo das políticas públicas de saúde, Rio de Janeiro e São Paulo (1930/1960)*. 2004. 247p. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Uerj.

PAULA SOUZA, Geraldo Horácio de & BORGES VIEIRA, Francisco. Centros de saúde. “Eixo” da organização sanitária. *Boletim do Instituto de Higiene*, n. 59, p. 1-65, São Paulo, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1944.

PESSOA, Samuel. *Ensaio médico-sociais*. Organização e prefácio de José Ruben Ferreira Alcântara Bonfim e David Capistrano da Costa Filho. 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978. Coleção Saúde em Debate.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas/São Paulo: Mercado das Letras/Fapesp, 2003.

SILVA, Luiz Fernando R. Ferreira da. Os primeiros tempos: Edmar Terra Blois e Sávio Antunes. In: LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O. & SANTOS, Paulo R. Elian dos (orgs.). *Uma escola para a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

VASCONCELLOS, Maria da Penha C. (coord.). *Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

Ciência, medo e morte na *Influenza* de 1918

Liane Maria Bertucci

Pelo menos desde setembro de 1918, informações publicadas pelos jornais da cidade de São Paulo sobre uma nova epidemia, que chamavam de *influenza* espanhola ou gripe espanhola¹, eram cada vez mais intensas e assustadoras. Em poucas semanas, especialmente a partir dos primeiros dias de outubro, notícias de diferentes países anunciavam uma verdadeira pandemia. Os Estados Unidos teriam sido o provável local de origem da doença, em campos de treinamento militar, e de lá a gripe espanhola teria se espalhado, atingindo até os moradores dos confins da Ásia e da Oceania. A difusão da enfermidade certamente foi facilitada pelo movimento de tropas que iam lutar em solo europeu – apenas no Pacífico, em algumas ilhas totalmente isoladas, os habitantes não ficaram gripados (CROSBY JR., 1976).

Milhares de mortos, uma quantidade imensa de enfermos. A Primeira Guerra Mundial, de 1914-1918, matou cerca de 8 milhões de pessoas, enquanto a gripe espanhola foi fatal para mais de 20 milhões de seres humanos em todo o mundo. Pelo menos 600 milhões de pessoas teriam sofrido com a *influenza* espanhola (ECHEVERRI DÁVILA, 1993; OLDSTONE, 1998).

Os primeiros brasileiros que adoeceram e morreram de gripe espanhola faziam parte da Missão Médica Brasileira, que seguia para a Europa com o propósito de ajudar no socorro aos aliados em guerra, e do grupo de soldados dos navios do Brasil que também seguiam para frente de batalha. Aportaram em Dacar, no Senegal (os soldados pararam primeiro em Freetown, Serra Leoa), onde grassava a moléstia. Muitos adoeceram, vários morreram. As primeiras vítimas da gripe espanhola em solo nacional estariam ligadas à passagem, pelo País, do navio Demerara, que aportou na primeira quinzena de setembro em diversas localidades do litoral, inclusive no Rio de Janeiro (GAMA, 1982; MONCORVO FILHO, 1924).

Em São Paulo, que então contava com aproximadamente 528 mil habitantes, o primeiro caso oficialmente registrado de gripe espanhola deu entrada no Hospital de

¹ A principal hipótese para a denominação “gripe espanhola” é que a Espanha, país neutro durante a guerra de 1918, não censurava as notícias sobre a gripe epidêmica, daí a dedução equivocada de que a enfermidade havia se originado e matava mais naquele país. Cf.: Beveridge (1977); Echeverri Dávila (1993); Murard & Zylberman (1996); Oldstone (1998).

Isolamento da cidade no dia 13 de outubro (MEYER & TEIXEIRA, 1920: 4). Os casos multiplicaram-se rapidamente, e o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, sob a chefia do Doutor Arthur Neiva, redigiu um “Comunicado” à população, que determinava:

Não pode haver profilaxia eficaz, regional ou local, para a influenza, toda ela deve ser “individual. Para evitar a influenza, todo indivíduo deve fugir das aglomerações, principalmente à noite; (...). As inalações de vaselina mentolada, os gargarejos com água e sal, com água iodada, com ácido cítrico, tanino e infusões de plantas contendo tanino, como folhas de goiabeira e outras, são aconselháveis. Como preventivo, internamente, pode-se usar qualquer sal de quinino nas doses de 0,25 a 0,50 centigramas por dia (...). Todo doente de gripe, aos primeiros sintomas, deve procurar o leito, pois o repouso auxilia a cura e diminui não só as probabilidades de complicações, como de contágio. Os doentes não devem ser visitados, pois a moléstia se transmite de indivíduo para indivíduo, por contágio direto (O Estado de S. Paulo, 16/10/1918, p. 5).

A partir das considerações do “Comunicado”, o atendimento organizado pelas autoridades médicas para tratar os enfermos repetia o que já era feito no Rio de Janeiro, baseando-se principalmente nos postos de socorro, criados pelo Serviço Sanitário, ou por particulares que tinham o aval das autoridades médico-sanitárias (como os da Liga Nacionalista e os da Cruz Vermelha Brasileira)². Distribuídos pela cidade, os postos contavam com médicos de plantão que atendiam aos gripados e seus familiares e aos chamados para visitas domiciliares aos enfermos mais graves. Além disso, farmácias foram autorizadas a distribuir remédios aos carentes (medicamentos também foram doados nos postos) e alguns hospitais e enfermarias foram organizados para receber gripados desamparados. A cooperação de voluntários foi solicitada e prontamente atendida.

Cruz Vermelha Brasileira

— — — — — **SOCORRO ALIMENTAR** — — — — —
RUA DIREITA N. 34

A epidemia de gripe castiga horrorosamente a população pobre de S. Paulo.
Muitas fabricas estão fechadas e os operarios sem emprego!
Muitas familias têm os seus chefes doentes, nada ganhando para o sustento das mesmas!

HA FOME!!

A Cruz Vermelha Brasileira organizou seu serviço de Socorro alimentar e distribue gratuitamente generos alimenticios ás familias pobres, contra vales que são dados aos pobres pelos medicos da Cruz Vermelha Brasileira e por autoridades, por occasião das visitas feitas ás casas dos doentes e depois de verificado no lugar a situação dos necessitados.

Este serviço está aparelhado a fornecer 2.000 rações diariamente!

Para ampliar este serviço a Cruz Vermelha Brasileira precisa com urgencia de:

250 saccas de arroz beneficiado; 150 saccas de farinha de trigo; 500 saccas de feijão; 1.000 kilos de bolachas communs; 50 saccas de farinha de mandioca; 1.000 kilos de macarrão ou massa; 2.000 kilos de sal; 200 saccas de batatas; 100 saccas de açúcar. Ovos, gallinhas, leite em quantidades illimitadas.

A Cruz Vermelha Brasileira apella para a generosidade dos Srs. **NEGOCIANTES** e **AGRICULTORES** e pede sempre novos donativos.

Dai! Dai aos pobres por intermedio da Cruz!

Publicação em jornal da época

Fonte: *Jornal do Commercio*, 15/11/ 1918, p. 2

² Neste trabalho, ciência, médico/medicina, ações sanitárias, referem-se à alopatia.

Listas de doações, cada vez mais diversificadas, começaram a aparecer nos jornais (*O Estado de S. Paulo*, 20 e 21/10/1918, p. 6 e 4).

Em poucos dias, o número de doentes cresceu de forma assustadora, e o ritmo da cidade foi mudando. São Paulo praticamente parou. Trancadas em suas casas, seguindo os conselhos médicos, as pessoas procuravam diminuir a probabilidade de contato/contágio. As visitas, reduzidas e rápidas, eram aos postos de socorro, às farmácias ou em busca de alimentos: a casa surgia como um reduto que precisava ser preservado, quer para manter a gripe espanhola afastada dos membros da família, quer como espaço adequado para um tratamento eficiente dos que adoeciam³.

Definida pela maioria dos médicos, brasileiros e estrangeiros, como gripe – doença microbiana, endêmica e mundial, sem tratamento específico e, geralmente, sem gravidade –, a *influenza* espanhola mereceria maiores cuidados por sua virulência excepcional. A gripe de 1918 suscitou diferentes opiniões quanto a possíveis tratamentos (todos paliativos, como em toda gripe) e intensificou um debate que existia anteriormente sobre qual seria o agente causador da enfermidade – a grande polêmica entre os pesquisadores era se a gripe (espanhola ou não) era causada pelo bacilo de Pfeiffer ou por um vírus filtrável.

No Brasil, entre os pesquisadores que se debruçaram sobre a questão durante a epidemia de gripe espanhola, estavam os doutores Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca, do Instituto Oswaldo Cruz, que, depois de outros estudos realizados em Manguinhos⁴, defenderam a hipótese de ser a gripe causada por um vírus filtrável, isto é, por um agente patogênico que sobreviveria apenas no interior de células vivas, como as do sangue e as existentes no escarro dos enfermos, e não por bacilo (que teria “vida independente”), como o de Pfeiffer. Substâncias contendo o vírus poderiam então ser obtidas de sangue e escarro devidamente filtrados, havendo a possibilidade de servirem para estudos e testes variados (CUNHA; MAGALHÃES & FONSECA, 1918: 174-191).

A ideia de ser a gripe uma enfermidade causada por um vírus filtrável era compartilhada por vários estudiosos na mesma época: na França, Nicolle, Lebailly e Violle; na Alemanha, Selter; e no Japão, Yamunuchi (FONSECA FILHO, 1973: 39;

³ O que não significa que os moradores de São Paulo seguissem sempre as prescrições do Serviço Sanitário. As visitas a parentes e amigos doentes era a principal transgressão do paulistano (Cf.: *A Gazeta*, 17 e 19/10/1918, p. 1). Eram as relações culturais vencendo as normas médicas.

⁴ Os três médicos realizaram pesquisas depois de estudos bacteriológicos comandados pelo Doutor Carlos Chagas e continuados pelos doutores Astrogildo Machado e Costa Cruz, que detectaram, na garganta dos gripados e em hemocultura, a presença frequente de um tipo de diplococo (reunião de duas bactérias de forma arredondada), que, durante um tempo, se pensou ser o agente causador da gripe. Inoculações em animais de laboratório foram, entretanto, negativas. Vacinas com aquele diplococo foram testadas, bem como com o bacilo de Pfeiffer, com resultado também negativo.

FONTENELLE, 1923: 427-428). Henrique Baurepaire de Aragão, também do Instituto Oswaldo Cruz, foi outro pesquisador brasileiro que trabalhou sobre a hipótese da gripe ser causada por um vírus e, no Instituto Butantan, como relatou o Doutor Oscar Rodrigues Alves, secretário do Interior do Estado de São Paulo: “algumas tentativas [sem sucesso] foram feitas de aproveitamento do vírus da gripe, admitindo-se ele filtrável.” (ARAGÃO, 1919: 448; SÃO PAULO, 1919: 149). O experimento, se não demonstrava o sucesso da tese, indicava a existência de diversos pesquisadores no País, como em várias partes do mundo, que, em meio ao socorro às vítimas da *influenza* espanhola, procuravam entender a origem e o processo da gripe, elucidando e testando as idéias até então sustentadas sobre a enfermidade⁵.

Assim, no decorrer dos experimentos e debates que marcaram os meses da epidemia de 1918, os três doutores ligados ao Instituto Oswaldo Cruz realizaram uma série de pesquisas, utilizando inclusive seres humanos, mas principalmente macacos e cobaias, e obtiveram as seguintes conclusões:

A gripe é uma infecção produzida por vírus filtrável.

O vírus da gripe existe no sangue, pelo menos em certas fases da moléstia.

O vírus da gripe existe no escarro dos doentes.

O sangue e o escarro dos gripados continuam geralmente virulentos após filtração em vela; os casos de perda de virulência correm por conta da capacidade de retenção das velas já conhecida para outros germens filtráveis (...).

Os filtrados virulentos [de escarro], aquecidos ou fenicados [ou seja, tratados com ácido fênico], parecem dotados de poder curativo para os casos da moléstia.

A auto-hemoterapia [isto é, a reintrodução no gripado de uma parcela de seu próprio sangue] é um tratamento muitas vezes eficaz parecendo seu êxito depender da existência do vírus no sangue.

Uma primeira inoculação de filtrado de escarro imunizou um macaco que não mais reagiu à segunda inoculação feita dentro de certo prazo (...) (CUNHA, MAGALHÃES & FONSECA, 1918: 191).

Apesar de entusiasmados, os médicos afirmavam: “não devemos retirar conclusões do pequeno número de casos, seis apenas, em que pudemos empregar a vacinoterapia por filtrado de escarro (...)”. Quanto à auto-hemoterapia, realizada em 49 gripados os doutores também eram cuidadosos: “dado o acúmulo enorme

⁵ Entre outros: Brown & Orcutt (1918: 659-663); McIntosh & Aberd (1918: 695-696); Harris, Manch & Lond (1918: 877).

de trabalho durante esta fase aguda da epidemia não nos foi possível reunir dados numéricos acerca dos resultados da auto-hemoterapia. (...)” (CUNHA, MAGALHÃES & FONSECA, 1918: 180-182).

Desta forma, em novembro, entre esperançosos e, principalmente, reticentes, os médicos/pesquisadores, assim como vários de seus colegas em semanas anteriores, apenas insistiam em afirmar que a epidemia de 1918 era de gripe; conclusão baseada em observações feitas sobre a doença ao longo dos anos, em períodos epidêmicos ou não, em diversas partes do mundo. A enfermidade teria assim um ciclo individual, de quatro a seis dias, e um ciclo epidêmico que duraria seis semanas. Era a “marcha natural da moléstia”, como, pelo menos desde outubro, os jornais muitas vezes repetiram (*A Platéia*, 22/10/1918, p. 6).

Foi neste compasso de espera – o do período da doença – que os paulistanos, desde os primeiros casos de *influenza* espanhola na cidade, viveram e tiveram como maior preocupação tentar não adoecer; para isso, aparentemente, nada mais eficiente do que seguir os cuidados individuais expressos no “Comunicado” do Serviço Sanitário. O meio de prevenir grandes epidemias de gripe e a fórmula que realizaria a cura rápida da enfermidade dependeriam do futuro das pesquisas científicas que apenas começavam, era o que vários médicos e alguns leigos afirmavam. Assim, só restava esperar e seguir os conselhos dos doutores em Medicina para minimizar os efeitos da “espanhola”⁶. Mas em São Paulo o número de doentes aumentou a partir da segunda metade de outubro e as pessoas, impotentes diante da propagação da gripe epidêmica, perguntavam: por quê?

Se, durante séculos, a alguns grupos religiosos ou não, como judeus e leprosos, foi imputada a culpa por catástrofes epidêmicas – muitas vezes entendida como um castigo divino⁷ –, no século XX, quando a ciência parecia ter para tudo explicação e solução, a população pobre, operária, ocupou em muitos aspectos o lugar antes reservado àqueles grupos. Livres da responsabilidade primeira pela existência da “peste”, aqueles que eram genericamente chamados de “pobres”, com sua situação de penúria, seus hábitos não recomendáveis e pouca instrução, poderiam concorrer para proliferação da gripe espanhola, pois viviam amontoados em cortiços, sem higiene e alimentação adequadas. Afirmava artigo do jornal *O Estado de S. Paulo*: “o bairro do Brás, [...] por ser o mais populoso e habitado pelos operários, é o que está mais sujeito a propagação do mal” (*O Estado de S. Paulo*, 17/10/1918, p. 5).

Durante a epidemia, os “pobres”, segundo muitas pessoas, precisavam de instrução, entretanto careciam, e muito, de médicos, remédios e, como ficou explícito

⁶ Nesse processo, vários paulistanos recorreram também a outras “artes de curar”, científicas, como a homeopatia, ou não. Cf.: Bertucci (2004: 176-246).

⁷ Conferir, dentre outros: Delumeau (1990) e Duby (1998).

em pouco tempo, de comida, pois os gêneros alimentícios de primeira necessidade ficaram com preços abusivos, além de escassos. Diminuíam o número dos que colhiam, transportavam e vendiam alimentos – a gripe espanhola não poupava muitas pessoas, mas, como ficava evidente, a epidemia não tinha nada de “democrática”, apesar de os enfermos e, pouco depois os mortos, se espalharem por toda a cidade. Os pobres eram os que mais adoeciam e morriam (Cf.: BERTOLLI FILHO, 2003: 89-95).

Foi no dia 22 de outubro que os periódicos de São Paulo noticiaram com destaque: segundo o Serviço Sanitário, no dia anterior, a gripe espanhola havia feito sua primeira vítima fatal na cidade, um homem (*A Gazeta*, 22/10/1918, p. 1). Nas semanas seguintes, o número de mortos (além do de enfermos) aumentou de forma apavorante. Os frequentes apelos publicados nos jornais, que até então pediam que a população tivesse calma e confiança no Serviço Sanitário, ganharam novo significado. Manter a tranquilidade traduziria uma necessidade justamente porque a situação era preocupante, e não o contrário.

Dia 25 de outubro eram oficialmente 2.241 os enfermos, menos da metade dos doentes de cinco dias depois: 4.887 (MEYER & TEIXEIRA, 1920: 48). Críticas à organização de socorro aos gripados e às ações para tentar barrar e acabar com a epidemia começaram a pontuar na imprensa. Dia 28, em entrevista concedida ao jornal *O Estado de S. Paulo*, Arthur Neiva afirmava a necessidade, cada vez mais premente, de as coletividades e corporações de São Paulo, sem perda de tempo, organizarem ações de socorro para os seus membros ou o povo em geral, pois o Serviço Sanitário não poderia atender às múltiplas e crescentes obrigações que a situação estava exigindo. Segundo Neiva, era preciso “repartir pelo maior número possível de entidades os encargos da luta, cujos reveses hão de recair sobre toda a população urbana” (*O Estado de S. Paulo*, 28/10/1918, p. 3). O órgão de Saúde do Estado e seu chefe pareciam esgotados diante das proporções da doença, delegando, de forma sombria, tarefas para uma população já sobrecarregada.

Entretanto, 48 horas depois, o Serviço Sanitário (e, indiretamente seu diretor, Arthur Neiva) fazia nova declaração. De forma fulminante, invertendo as expectativas que poderiam considerar aquele órgão falido, novo apelo foi emitido, não de socorro, mas de confiança em uma nova estratégia médico-científica de combate à epidemia: a hospitalização dos gripados. A internação hospitalar que, pontualmente, existia desde os primeiros dias da epidemia, foi apresentada como a possibilidade mais eficiente para tratar e barrar a *influenza* espanhola nas circunstâncias vividas pela cidade naquele momento, com imenso número de enfermos.

Mais que atestado de falência da ciência médica e das providências implementadas e gerenciadas pelo Serviço Sanitário até então, os hospitais provisórios, como passaram a ser denominados, possibilitaram uma rearticulação

do discurso e da prática dos médicos em um momento crítico⁸. Habilmente tecida – sem desqualificar o que era efetuado para o combate epidêmico –, a justificativa para a transformação operada sinalizava os culpados pela situação de calamidade e apontava para a solução hospitalar: faltavam pessoas aptas para auxiliar, através dos postos de socorro, o tratamento de enfermos e aumentava a quantidade de gripados, em muitos casos devido à imprudência das próprias pessoas que, em suas casas, não seguiam corretamente as prescrições dos doutores. Assim, aquilo que seria a declaração final de um fracasso resultou na reformulação das ações médico-sanitárias diante das proporções da doença e de sua impossibilidade de cura. Dia 30 de outubro, o Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho era anunciado por Arthur Neiva como coordenador dos hospitais provisórios. Até o final do período epidêmico, seriam 39 hospitais para gripados em funcionamento (*O Estado de S. Paulo*, 01/11/1918, p. 5; MEYER & TEIXEIRA, 1920: 6-7).



TENENTE OCTAVIO GOMES DO PASSO
(FALLECIDO EM DAKAR)

Fileto Pereira e familia mandam rezar, no proximo sabbado, ás 9 horas, na egreja do Sagrado Coração de Maria, uma missa por alma do inditoso tenente Octavio Gomes do Passo, membro da missão medica brasileira, em viagem para a França, victimado por traçoeria epidemia no porto de Dakar. Para este acto de religião e caridade convidam a todos os seus amigos e parentes.

Obituário de vítima da gripe espanhola
Fonte: *O Estado de S. Paulo*, 28/09/1918, p. 10

Na imprensa, os elogios foram explícitos. Temia-se apenas que a “velha e arraigada prevenção do povo inulto contra hospitais” pudesse prejudicar a medida. Para tentar superar o problema, os jornais aconselhavam o uso de cartazes em cada bairro, informando onde ficava o hospital mais próximo, e a criação de um grupo de visitantes que fizesse a propaganda da hospitalização (*O Estado de S. Paulo*, 01 e 07/11/1918, p. 3 e 4). Até o jornal *O Combate*, que não poupava críticas a Neiva e aos serviços de saúde, afirmou:

O remédio, repetimos, está na hospitalização dos enfermos de formas mais graves e dos que se achem sem recursos pela generalização da moléstia. Essa medida precisa ser tomada compulsoriamente em certos casos e aconselhada geralmente à população [...]. (*O Combate*, 01/11/1918, p. 3).

Ao falar sobre os médicos adoecidos, a escassez de remédios – inclusive pela falta de quem os manipulasse – e a sobrecarga das pessoas que atendiam aos enfermos nos postos e nas casas, Arthur Neiva deixava entrever a quem preferencialmente se destinavam os hospitais: a população pobre, para muitos o temido foco de propagação da doença. Seriam dois os telefones colocados à disposição dos paulistanos para os pedidos de remoção até um hospital: cidade

⁸ Sobre a ideia de falência do Serviço Sanitário, conferir Bertolli Filho (2003: 163-175).

790 e cidade 2009. Quem precisaria deste serviço? Principalmente os pobres, que não teriam carro ou condições de pagar um meio de transporte. A Light & Power anunciava colaborar com o esforço para hospitalização, destinando dois bondes “para os indigentes”. O transporte circularia de graça pela cidade, conduzindo até os hospitais aqueles que precisassem de internação.

O número de gripados era assombroso, foram 7.786 casos novos e 172 mortos por *influenza* espanhola só no dia 4 de novembro (MEYER & TEIXEIRA, 1920, p. 48 e 51). Três dias antes, o jornal *O Estado de S. Paulo*, havia publicado na primeira página um apelo à população:

É da maior conveniência para os enfermos a sua ida para um dos hospitais montados pelo governo ou por particulares. Nesses hospitais, arejados, limpos, claros, há todo o conforto – boas camas, boa roupa, remédios, médicos e enfermeiros para acudir ao doente a tempo e hora. Todos os pobres que tenham um doente em sua casa, se tiverem amor ao mesmo e à sua família, devem tratar sem a menor demora de remover esse doente para o hospital mais próximo. (...) (O Estado de S. Paulo, 01/11/1918, p. 1).

Em poucas horas, os apelos na imprensa se intensificaram. O jornal *O Combate* era contundente: “Convença-se o povo de que nos hospitais os enfermos serão mais bem tratados do que em casa, porque lá não lhes faltarão médicos, enfermeiros, remédios e alimentos, sem falar no asseio e na abundância de ar e de luz que não pode haver nos lares pobres” (*O Combate*, 04/11/1918, p. 1).

Um mesmo discurso – o médico-científico – sobre a hospitalização embasava tanto as ações do Serviço Sanitário quanto artigos e frases dos jornais, até mesmo daqueles, como *O Combate*, que sistematicamente criticavam Arthur Neiva e o órgão de saúde sob sua direção.

Passados 15 dias da publicação pela imprensa do “Comunicado” do Serviço Sanitário, as recomendações que insistiam nos cuidados individuais para debelar a gripe espanhola haviam sido substituídas pelo aviso da conveniência de internação hospitalar, especialmente para os mais pobres. Novas mudanças nos serviços de atendimento aos gripados ainda seriam anunciadas e pouco efetivadas⁹, pois o número de vítimas da gripe espanhola começou a diminuir a partir da segunda semana de novembro – no final do mês, o período epidêmico estava praticamente terminado¹⁰.

⁹ As transformações realizadas em novembro pouco acrescentavam ao que já era feito, mas dividiram o poder do Serviço Sanitário e de seu diretor com mais três homens: os doutores Arnaldo Vieira de Carvalho, que continuaria supervisionando os hospitais provisórios; Frederico Vergueiro Steidel, presidente da Liga Nacionalista, que passaria a controlar os postos de socorro – exceto os sob a responsabilidade do Serviço Sanitário e os da Cruz Vermelha Brasileira –, e Dom Duarte Leopoldo e Silva, arcebispo de São Paulo, que seria o encarregado da assistência domiciliar. Cf.: Bertucci (2004: 304-306).

¹⁰ A epidemia de gripe espanhola, segundo dados do Serviço Sanitário, matou 5.331 paulistanos, mais ou menos 1% dos moradores de São Paulo, sem computar as complicações fatais. Aproximadamente 116.777 pessoas adoeceram (MEYER & TEIXEIRA, 1920: 48-49, 53).

Qual a causa? Poucos arriscariam alguma resposta conclusiva, além do assinalado ciclo epidêmico de todas as gripes: as seis semanas estavam chegando ao fim.

Durante o período da gripe espanhola, meteórico e desestruturador, entre práticas pouco eficazes, muitos enfermos e mortos, o apelo à hospitalização no pior momento da epidemia colaborou, decisivamente, para a credibilidade das ações médico-governamentais que estavam sendo implementadas em São Paulo. E mais: com os hospitais provisórios, o saber da ciência médica, mesmo impotente para realizar a cura da *influenza* espanhola, foi reapresentado à população como aquele que poderia contornar aquela terrível ameaça à saúde e à vida das pessoas – através do tratamento fornecido dentro dos nosocômios¹¹.

Referências

ALVES, Oscar Rodrigues. *Relatorio apresentado ao Exmo. Snr. Dr. Altino Arantes, presidente do Estado de São Paulo pelo Secretario do Interior*. Anno 1918. São Paulo: Instituto Sorotherapico, 1919. p. 149.

ARAGÃO, Henrique de B. de. "A propposito da gripe. *Brazil-Médico*, ano 32, n. 45, p. 353-356, Rio de Janeiro, novembro, 1918..

BEVERIDGE, William I. B. *Influenza: the last great plague*. Londres: Heinemann, 1977.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas: Unicamp, 2004.

BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria. Gripe espanhola, da casa ao hospital. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 165-181.

BROWN, James Howard & ORCUTT, Marion L. A rapid differential method for the isolation of bacillus influenzae. *The Journal of Experimental Medicine*, v. 28, p. 659-663, New York, The Rockefeller Institute for Medical Research, 1918.

CROSBY JR., Alfred W. *Epidemic and peace, 1918*. Wesport: Greenwood, 1976.

CUNHA, Aristides Marques; MAGALHÃES, Octavio de & FONSECA, Olympio da. Estudos experimentais sobre a *influenza* pandêmica. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*. tomo X, fascículo II, p. 174-191, Rio de Janeiro, Manguinhos, ano 1918.

¹¹ O tema da hospitalização na gripe espanhola também foi abordado em BERTUCCI-MARTINS, Liane Maria. Gripe espanhola, da casa ao hospital. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & CARVALHO, Diana Maul de (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 165-181.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

DUBY, Georges. *Ano 1000, ano 2000: na pista dos nossos medos*. São Paulo: Unesp, 1998.

ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz. *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

FONSECA FILHO, Olympio da. A pandemia de gripe de 1918 e as primeiras demonstrações da filtrabilidade do respectivo vírus. *Brasiliensia Documenta*, s/n, tomo II (Oswaldo Cruz. A escola de Manguinhos), p. 37-39, São Paulo, 1973.. *Monumenta Historica*.

FONTENELLE, José Paranhos. *Compendio de hygiene elementar*. Rio de Janeiro: Leite Ribeiro, 1923.

GAMA, Arthur Oscar S. da. *A marinha brasileira na Primeira Guerra Mundial*. Rio de Janeiro: Capemi, 1982.

HARRIS, D. T.; MANCH, C. B. & LOND, B. S. Some observations on the recent influenza epidemic. *The Lancet*, v. 192, n. 4.974, p. 877, London, December, 28, 1918,.

McINTOSH, James . The incidence of bacillus influenzae (Pfeiffer) in the present influenza epidemic. *The Lancet*, v. CXCIV, v. I for 1918, p. 695-696, London, November, 23, 1918.

MEYER, Carlos Luiz & TEIXEIRA, Joaquim Rabello. *A gripe epidemica no Brazil e especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat, 1920.

MONCORVO FILHO, Carlos Arthur. *O pandemônio de 1918: subsídio histórico da epidemia de gripe que em 1918 assolou o território do Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança do Brasil, 1924.

MURARD, Lion & ZYLBERMAN, Patrick. *L'hygiène dans la République : la santé publique en France, ou l'utopie contrariée (1870-1918)*. Paris: Fayard, 1996.

OLDSTONE, Michael B. A. *Viruses, plagues, and history*. New York: Oxford University Press, 1998.

Periódicos da cidade de São Paulo

A Gazeta

A Platéia

Jornal do Commercio

O Combate

O Estado de S. Paulo

**PRÁTICA MÉDICA:
RUPTURAS E
CONTINUIDADES**



Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal a práxis na colônia

Benair Alcaraz Fernandes Ribeiro

Durante o período da colonização do Brasil, não havia escolas de formação de determinados profissionais, em especial aqueles que necessitavam de uma preparação de nível universitário. A deficiência desses profissionais foi suprida com a vinda dos que obtinham a condição de doutores ou licenciados nas universidades europeias. A frota de Cabral trouxe consigo o primeiro médico a pisar na futura Colônia brasileira: João Farras, o Mestre João, bacharel em Artes e em Medicina, cirurgião de D. Manuel, físico e astrônomo e Gaspar da Gama, o primeiro intérprete linguístico¹.

Secularmente, os profissionais de saúde – médicos, cirurgiões e boticários – de origem judaica tiveram a preferência e a proteção dos reis e dos fidalgos que se socorriam de seus préstimos, pela sua conhecida capacidade profissional. Dos médicos e boticários exigia-se elevado nível cultural, e estas eram profissões usualmente exercidas pelos judeus em Portugal com muito prestígio.

Mesmo com a conversão forçada dos judeus ao cristianismo, em 1497, por determinação de D. Manuel I, a prática da Medicina e da Farmácia continuou sendo exercida pelos descendentes dos judeus, mesmo porque não havia, entre os antigos cristãos, número suficiente desses profissionais preparados e que atendessem às necessidades do Reino. Entretanto, a atuação desses profissionais começou a sofrer ataques de uma legislação discriminatória e antissemita que lentamente foi se estabelecendo em Portugal a partir do reinado de João III (iniciado em 1521), acentuando-se com a instalação do Tribunal do Santo Ofício da Inquisição, em 1536.

¹ GALVANI, Walter. *Nau Capitânia – Pedro Álvares Cabral: como e com quem começamos*. Rio de Janeiro: Record, 2000. p. 105-115. Estes dois personagens, quando se integraram à esquadra de Cabral, já estavam convertidos, sendo, portanto, cristãos-novos. Gaspar da Índia, como era conhecido, um judeu aventureiro, nascido na Europa Oriental que chegara à China e à Índia onde conhecera Vasco da Gama integrando-se a sua esquadra. Na volta a Portugal, teve que se converter, aceitando o batismo e adotando o sobrenome Gama de seu protetor (Vasco da Gama). Na esquadra de Cabral, era conhecido como “o língua” pela sua facilidade em expressar-se em vários idiomas, função de crucial importância no momento do contato com populações desconhecidas. Mestre João, físico-mor do Reino, tinha por função cuidar dos doentes da frota e orientar a esquadra com seus conhecimentos de astronomia.

Um grande número de médicos de origem judaica e comprovado conhecimento científico começou a se afastar do Reino em função das perseguições. Lembre-se o caso do brilhante intelectual, médico e botânico Garcia D'Orta, autor do primeiro livro de registro das plantas do Oriente – *Colóquio dos simples e drogas da Índia*. D'Orta acompanhou o vice-rei da Índia, Martim Afonso de Souza, fixando-se em Goa, em 1534, e de lá não mais saindo até sua morte, em 1568.

Garcia D'Orta escreveu em Goa o principal tratado de Botânica e Farmácia a partir de princípios científicos, comunicando ao mundo da época os resultados de observações diretas do real sobre a flora medicinal, informações fundamentais para a formação dos médicos e boticários. Escrito em português, e não em latim, como eram na época todos os tratados do gênero, conhecidos como **farmacopeias**, não teve a repercussão merecida, vindo a atingi-la somente quando de sua tradução para o latim, em 1567, pelo botânico francês Charles de L'Écluse².

Em Goa, presenciou o primeiro auto de fé queimar seu amigo Jerônimo Dias, também médico e judeu. Anos mais tarde, foram os seus próprios restos mortais queimados também pela Inquisição e sua obra proibida em Portugal e colônias.

A descoberta das terras americanas e o contato dos portugueses com o Oriente, no que diz respeito à ciência médica, representou uma verdadeira revolução desses conhecimentos pela descoberta e por estudos sobre plantas, ervas e minerais desconhecidos no mundo europeu³. Esses conhecimentos, aliados ao legado dos autores gregos e latinos, formavam, no período em que se iniciou a colonização, o embasamento da formação dos médicos, cirurgiões e boticários.

Os médicos

A educação formal dos médicos, também denominados físicos, iniciou-se em Portugal, no mosteiro de Santa Cruz, em Coimbra, no século XII. Entre o século XIII e meados do século XVI, o ensino universitário de Medicina esteve ora em Coimbra, ora em Lisboa, até fixar-se, definitivamente, na conhecida Universidade de Coimbra, durante o reinado de D. João III, em 1537.

² MURAKAWA, Clotilde de Almeida Azevedo. *Garcia D'Orta, suas plantas e drogas da Índia*: um estudo do repertório lexical. Conferência realizada na Faculdade de Ciências e Letras – Unesp – Araraquara. Texto fornecido pela autora. Garcia D'Orta é considerado um dos maiores representantes do Renascimento português. De descendência judaico-espanhola, nasceu em Castelo de Vide, no Alto Alentejo, em fins do século XV. Estudou Medicina em Salamanca e Alcalá de Henares, convivendo com grandes estudiosos de seu tempo. Foi professor de Filosofia Natural e Filosofia Moral na Universidade de Lisboa. Recusando-se a converter-se ao cristianismo, refugiou-se em Goa, sob a proteção de Martim Afonso de Souza.

³ CARNEIRO, Henrique Soares. *Afrodístacos e alucinógenos nos herbários modernos* – História moral da Botânica e da Farmácia (XVI ao XVIII). 1997. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.

Nos primeiros tempos, os religiosos prevaleciam na universidade portuguesa, tanto no corpo discente como docente enquanto detentores da cultura e saberes médicos. A partir do século XV, na quase totalidade, os profissionais eram leigos e judeus atuando de maneira extremamente significativa, tanto no Reino como nas inúmeras colônias. Muitos dos profissionais de Saúde foram formados nas universidades espanholas: Valladolid e Salamanca, bastante prestigiadas, que atraíam para seu curso de Medicina estudantes de várias partes da Europa.

O ensino da Medicina em Portugal era considerado de vanguarda até o início do século XVI. Daí para frente, os cursos universitários, em especial o de Coimbra, pararam no tempo. Criou-se, por ação do fanatismo religioso, toda a sorte de barreiras para tudo quanto significasse revolução científica, chegando Portugal no século XVIII a ser considerado o *Reino da estupidez*, título da obra crítica e irônica de autoria do médico nascido no Brasil e formado em Coimbra, Francisco de Mello Franco.

O ensino médico dividia-se em duas disciplinas básicas. Os professores, os “lentes”, assim eram chamados porque apenas liam os textos clássicos – Dioscórides, Plínio e Galeno. O conteúdo destas leituras se constituía na principal aula do período da manhã, considerada a mais importante. À tarde – ou “vésperas” –, estudavam-se os ensinamentos de Hipócrates. Posteriormente, foi incluída uma terceira aula, entre nove e dez horas da manhã, em que se dava atenção aos autores árabes: Avicena, Rhazes e Averróis.

O aluno passava inicialmente por um curso básico de Gramática e Lógica, para depois passar aos estudos médicos, que duravam três anos, findos os quais se obtinha o título de bacharel em Artes e Medicina. Com mais um ano de estudos, adquiria-se o título de “Licenciado”. A maioria dos médicos que vieram para exercer a profissão no Brasil era licenciada. O grau de doutor só era recebido depois de defesas de “conclusões magnas” com cinco anos de estudo.

O ensino era oral e teórico, baseado nas leituras de Hipócrates, Galeno e sábios árabes. Embora se tivesse tentado introduzir uma cadeira de Anatomia, em Coimbra, a ação da Inquisição barrou-lhe a permanência. Enquanto isso, em outras regiões da Europa, os avanços da Medicina e do conhecimento dos novos tratados sobre ervas e plantas medicinais se expandiam, graças, em grande parte, à divulgação da obra do judeu Garcia D’Orta (proibido em Portugal). Assim como se dava cada vez mais importância aos estudos de Anatomia e às experiências químicas pregadas por Paracelso, que melhoravam sensivelmente as condições de cura no resto da Europa, a Universidade de Coimbra permanecia galênica, ressonando sobre antiquados textos medievais, desconhecendo o tratado de Garcia D’Orta.

Impedidos de alargar seus horizontes culturais, sentindo-se ameaçados pela chamas das fogueiras inquisitoriais, muitos deixaram Portugal, visando a ter contato com realidades mais adequadas ao seu espírito aberto, de forma que passaram a

buscar conhecimentos nas faculdades de Montpellier e Edimburgo. Aqueles que já estavam formados por Coimbra, como foi o caso do médico cristão-novo Antônio Nunes Ribeiro Sanches, iam se aperfeiçoar em Leyde, na Holanda. Jacob de Castro Sarmiento, natural de Bragança, foi para Londres, onde era considerado um grande médico, publicando obras de grande valor científico.

Os cirurgiões

Eles formavam uma categoria de profissionais considerados inferiores aos médicos. Estes julgavam as atividades dos cirurgiões indignas, pois se tratava, na verdade, de um ofício de características manuais, geralmente praticado por pessoas de classes sociais inferiores. Para o exercício de tal função, não havia necessidade de se cursar nenhum tipo de escola. Era uma atividade desvinculada do ensino da Medicina. Os médicos consideravam-se detentores da cultura científica, erudita. Os cirurgiões realizavam seus trabalhos de forma empírica. O aprendizado da profissão se fazia junto aos hospitais ou a outro cirurgião que já tivesse licença para atuar, ou seja, que já tivesse sido examinado pelos mestres de suas confrarias. Suas atribuições se resumiam às seguintes ações: realizar amputações, redução de luxações e tratamento de fraturas; sangrar, colocar ventosas e sanguessugas; aplicar clisteres; extrair balas; e arrancar dentes.

Uma parte desses cirurgiões ainda se dedicava a fazer barba e cortar cabelo, vivendo em disputas com os que se consideravam apenas cirurgiões. Somente no final do século XVII, tanto em Portugal como na Colônia, a documentação das câmaras municipais, que davam as licenças para a prática das profissões, começou a mostrar uma nítida separação entre cirurgiões e barbeiros.

Em Lisboa, o melhor centro de formação dos cirurgiões foi o Hospital Real de Todos os Santos, localizado na Praça do Rossio. Em 1559, um alvará tornou obrigatório, para aqueles que quisessem a carta de licença, uma permanência de frequência nas enfermarias pelo espaço de dois anos. Os alunos praticavam como enfermeiros e ajudantes dos mestres.

O avanço das técnicas cirúrgicas em Portugal foi, durante longo tempo, barrado pela proibição de dissecação de cadáveres e das lições de Anatomia. O máximo que as autoridades da Igreja permitiam era o estudo através de desenhos, vindos de outras regiões da Europa, trazidos por viajantes, ou o estudo anatômico feito em animais mortos, em especial os carneiros.

Somente após a Reforma Pombalina no ensino e a criação da Junta do Protomedicato, em fins do século XVIII, é que as práticas cirúrgicas iriam evoluir no Reino e na Colônia. Começaram a chegar, também nesse período, cirurgiões portugueses formados em Montpellier e em outras cidades europeias

Os boticários

A profissão de boticário tinha característica familiar em toda a Europa. A profissão era passada de pai para filho, de tio para sobrinho, formando-se verdadeiras dinastias de boticários. Esta, também, era uma atividade usual dos judeus em toda a Europa e o mesmo ocorria em Portugal. Não havia cursos específicos para a formação de boticários. Desde a Renascença, essas “dinastias” de boticários produziram numerosas e admiráveis personalidades⁴. Eram, normalmente, progressistas e dotados de criativa vitalidade, formando uma importante facção da vida cultural em suas cidades. Geralmente se ligavam às academias literárias, produzindo poesias. O exemplo mais conhecido dessa ligação aparece na confraria dos boticários de Florença, em que atuava Dante Alighieri.

Somente na França, o ensino de práticas farmacêuticas estava ligado ao curso de Medicina desde o início do século XV, em especial, em Montpellier. Com a evolução da Medicina, principalmente depois da divulgação das concepções de Paracelso, para quem o processo de funcionamento do corpo seguia processos químicos, é que os tratamentos evoluíram para fórmulas e elixires que requeriam do boticário um especial talento e conhecimento. Com a chegada à Europa das novas drogas provenientes da América e do Oriente, era cada vez mais complexo o trabalho dos boticários. Um professor árabe de Farmácia afirmou que, “no século XVII os laboratórios das boticas se transformaram em centros de pesquisa química”⁵.



Botica do século XVII

Fonte: Laboratório de alquimia e farmácia
Gravura de Philipp Galle, c.1580
David. Welfand. *Pharmacy, na Illustrated History*; New York: Helfand, 1990, p. 47
e Google imagens.

⁴ KREMERS, Edward & URDANG, George. *A History of Pharmacy*. Philadelphia: J. B. Hippincott Company, 1976. p. 68.

⁵ SAID, Hakim Mohammed. *Pharmacy and Medicin Truh' the Ages*. Karachi: Hamdard Foundation Pakistan, 1980. p. 166.

Era necessário que o boticário conhecesse muito bem latim e soubesse ler **inteligentemente** as fórmulas e as prescrições dos médicos.

Os conhecimentos de Medicina eram passados pelos médicos aos boticários para que pudessem seguir as fórmulas das medicações prescritas. Para tanto, era necessário um grande conhecimento sobre drogas e ervas medicinais, além de bom senso na preparação dos “elixires”. Os boticários aplicavam também as sangrias e sanguessugas, pois se acreditava, ainda, que o sangue poderia estar contaminado, o que provocaria as doenças. A solução era fazer com que o doente expelisse a maior parte do sangue para livrá-lo da doença. Essa prática permaneceria em uso por todo o século XVIII.

As boticas geralmente se instalavam nas ruas principais das cidades e vilas. O boticário residia normalmente nos fundos ou na parte superior da casa. Na sala da frente, ficavam as drogas, expostas à venda e organizadas em prateleiras de madeiras ou, mesmo, em grandes armários, ricamente decorados, em que podiam ser vistos boiões e potes etiquetados, contendo unguentos e pomadas, frascos e jarros – de vidro ou estanho – com xaropes e outras soluções, caixinhas de madeira decoradas com pílulas, balcões, mesinhas e bancos para o público. Os potes e frascos eram geralmente de porcelana ou faiança, finamente decorados. Em outra sala, escondida do público, ficava o “laboratório” – a sala de manipulação – que, conforme as posses do boticário, era uma verdadeira babel de móveis e utensílios: mesa, potes, frascos cheios dos “simples” medicinais, copos graduados para as poções, cálices, funis, facas, bastões de louça, almofarizes, destiladores, medidas etc.



Officina Pharmaceutica - Uma farmácia do início do séc. XVII. Gravura de Gaspar Isaac, da obra de Jean Renoir - *Institutionum Pharmaceuticarum*, Paris, 1608 in Martins da Silva - *O Almofariz e a Farmácia*. Edição: Ordem dos Farmacêuticos de Lisboa. Lisboa, 1998, p. 68.

Evidentemente, na Colônia, as boticas eram bem mais simples e, às vezes, consistiam apenas numa caixa contendo medicamentos – caixa de botica – que o boticário levava consigo para atender ao doente.

Muitas vezes, por falta absoluta de médicos habilitados na Colônia, o boticário lhe fazia as vezes ou, então, as pessoas dele se socorriam por serem muito mais baratos os tratamentos feitos na botica do que os efetuados com os médicos licenciados.

Entre os séculos XV e XVII, ainda se desconheciam as causas da maior parte das doenças e, conseqüentemente, as formas mais adequadas de tratamento. A Medicina erudita esteve, até pelo menos meados do século XVIII, vinculada aos saberes empíricos e a fórmulas de tratamento de doenças realizadas por leigos – curandeiros, feiticeiros. Ciência e magia andavam lado a lado. Os físicos eruditos buscavam dar explicações sofisticadas com argumentos teórico-científicos, quando empregavam certos procedimentos ou medicamentos exóticos, provenientes da cultura popular.



Botica portátil usada pelos boticários quando atendiam doentes em suas casas pelo sertão. Fotografia de Emanuel Santos de Almeida, in: Tesouros do Museu da Farmácia. Catálogo de Exposição. Lisboa: Associação Nacional das Farmácias. Edições Inapa S.A.S/d.

Botica portátil usada pelos boticários quando precisavam atender os doentes em casa

Apenas para ilustrar, essa ligação com as superstições da cultura popular, encontraram-se, na documentação, prescrições médicas do século XVIII de dois médicos cristãos-novos, um de Goa, em 1720, Afonso da Costa, e outro do Brasil, em 1735, Luís Gomes Ferreira, sobre tratamento de calvície. O primeiro recomendava: “(...) o sebo de um homem faz nascer cabelo nos lugares calvos untando com ele vinte ou trinta dias. Advirta-se, porém, que este sebo deve ser dos rins de algum homem que tenha morrido esquartejado”. O segundo

recomendava para a mesma doença: “(...) é experiência certíssima que, rapada a cabeça à navalha, quatro ou cinco vezes, e untá-la com sebo de um homem esquartejado, ou com o seu óleo por tempo de um mês faz nascer cabelo”.⁶. Destaque-se que a prescrição é praticamente a mesma e é muito importante o detalhe de a gordura ou o sebo ser de um homem esquartejado. Prescrições passadas em regiões tão distantes e em épocas diferentes levam a concluir que estes médicos realmente acreditavam em expedientes tão pouco científicos.

Num largo espaço de tempo, a Medicina pertencera aos religiosos. Quando a laicização dos estudos médicos atingiu a Universidade de Coimbra, grande número de estudiosos era judeu. A Igreja não conseguia suportar essa concorrência e divulgava antigas crenças existentes em outras partes da Europa de diabolização das práticas médicas, cirúrgicas ou farmacêuticas exercidas pelos judeus.

A Igreja entendia que a doença era castigo de Deus e a cura só a Deus pertencia, agindo através de seus emissários, os religiosos. A concorrência feita pelos médicos e boticários judeus, que viam o poder de cura como um dom divino e uma obrigação, aos quais deviam corresponder com todas as suas forças e seu empenho, pela busca da amplitude do conhecimento que levasse à cura, provocou uma verdadeira diabolização do judeu e da Medicina. A competência e o sucesso do médico ou do boticário judeu eram atribuídos a poderes demoníacos.

Dizia-se que os médicos judeus envenenavam seus pacientes quando, porventura, não obtinham êxito na cura. Essa difamação contra os judeus partia do clero para as camadas menos esclarecidas da população. Os segmentos mais elevados e cultos, o próprio rei e nobres procuravam sempre ter ao seu lado um médico judeu pelo reconhecimento de sua capacidade profissional.

A situação em Portugal chegou a tal ponto que, em 1525, as Cortes reunidas em Torres Novas pediram ao rei que fossem estimulados os estudos de Medicina entre os cristãos-velhos e proibidas as profissões de médico e boticário aos cristãos-novos⁷.

A Medicina judaica, por ser eficiente, era considerada mágica, chegando-se a empregar o termo “quintar” aos médicos judeus para denegri-los, significando que, a cada cinco doentes, o médico deveria matar um.

Na prática, tanto médicos como boticários judeus ou cristãos-novos, no Reino e na Colônia, mesmo tendo formação científica, pelas condições locais, em

⁶ CARNEIRO, Henrique Soares. *Op. cit.*, p. 39 e *passim*.

⁷ Ver: Novinsky, Anita. Reflexões sobre o antissemitismo (Portugal, século XVI-XX). In: CONGRESSO INTERNACIONAL – PORTUGAL NO SÉCULO XVIII, DE D. JOÃO V À REVOLUÇÃO FRANCESA. *Anais...* Lisboa: Universitária Editora, 1991, p. 451 e 461; CARNEIRO, Maria Luíza Tucci. *Preconceito racial – Portugal e Brasil-Colônia*. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 43-149.

especial nas colônias, em que se mesclavam os saberes populares, o uso de práticas de curandeiros ou de origem indígena, acabavam por tomar medidas não muito científicas, como exemplificado antes.

A maioria dos médicos, cirurgiões e boticários que vieram para a Colônia era de origem judaica, em geral pobres, desdobrando-se pela Colônia afora, em condições absolutamente desfavoráveis, com pouquíssimos recursos, mudando de região para região na busca dos doentes.

Já na Primeira Visitação do Santo Ofício, em 1591, à Colônia, encontrou-se um grande número de médicos e boticários denunciados por judaísmo e práticas mágicas, como foi o caso de Mestre Afonso, cirurgião del Rei, que veio para a Colônia com o Governador Mem de Sá. Durante a Primeira Visitação, ele foi denunciado, acusado de não ser bom cristão porque, às ocultas, açoitava o Crucifixo e fazia outras descortesias contra os Santos. Foram ainda denunciados à Inquisição o Mestre José Simão, que chegou à Bahia em 1591; João Tomas de Castro, cristão-novo, médico nascido no Rio de Janeiro, acusado de judaísmo e condenado à fogueira; os boticários Antônio da Paz Guterrez, morador do Rio de Janeiro, denunciado na Segunda Visitação, em 1619, relaxado à justiça secular; Rodrigues Álvares, morador na Bahia, queimado vivo como judeu convicto, confitente e impenitente, em 1709; João Henriques, morador nas Minas de Paracatu, condenado à fogueira em 1748⁸.

Nesses momentos de visitação, o terror era tal que os próprios pacientes, atendidos e curados pelos médicos ou boticários, se apressavam em procurar a Mesa de denuncias para acusar seus benfeitores de pactos feitos com feiticeiros e demônios. Inúmeros foram os médicos e boticários presos e condenados pela Inquisi o sob as mais diversas alega es. Quando eram descendentes de judeus, a pecha de cristão-novo os levava certamente   condena o e ao relaxamento   justiça secular ou, em outras palavras,   fogueira.

Os profissionais de saúde tinham nos centos de estudos ibéricos uma forma o teórica razoável, mas a atua o nas colônias esteve condicionada as agruras do Novo mundo. A práxis enfrentava as dificuldades próprias das carências e dos descuidos da administra o pública. Esses profissionais embrenhavam-se pelo sertão, muitas vezes acompanhando viajantes estrangeiros e aventureiros, entrando em contato com os indígenas com os quais aprendiam os tratamentos e conhecimentos de plantas curativas. Mesclavam os conhecimentos teóricos com as práticas medicinais dos da terra, conseguindo levar aos mais distantes pontos da Colônia alguma forma de alívio para os diversos males que atacavam a popula o. Do que traziam como conhecimentos teóricos pouco aproveitavam,

⁸ IAN/TT – Instituto dos Arquivos Nacionais/Torre do Tombo – Inquisi o de Lisboa, Processos n. 999 e n. 8.378, respectivamente.

pois as condições de completo descaso das autoridades e ausências de hospitais impediam uma atuação científica.

Referências

- CARNEIRO, Henrique Soares. *Afrodisíacos e alucinógenos nos herbários modernos: a história moral da Botânica e da Farmácia (século XVI ao XVIII)*. 1997. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.
- CARNEIRO, Maria Luiza Tucci. *Preconceito racial – Portugal e Brasil-Colônia*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- EDLER, Flávio Coelho. *Boticas & farmácias – uma história ilustrada da Farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- GALVANI, Walter. *Nau Capitânia – Pedro Álvares Cabral: como e com quem começamos*. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- GÓMEZ CAAMAÑO, José Luís. *Páginas de Historia de la Farmacia*. Barcelona: Sociedad Nestlé Aepa, 1982.
- KREMERS, Edward & URDANG, George. *A History of Pharmacy*. Philadelphia: J. B. Hippincott Company, 1976.
- MARGOTTA, Roberto. *História ilustrada da Medicina*. Tradução de Marcos Leal. Barueri: Manole, 1998.
- MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Natureza em boiões – Medicinas e boticário no Brasil setecentista*. São Paulo: Unicamp, 1999.
- NOVINSKY, Anita. Reflexões sobre o antissemitismo (Portugal, século XVI-XX). In: CONGRESSO INTERNACIONAL – PORTUGAL NO SÉCULO XVII, DE D. JOÃO À REVOLUÇÃO FRANCESA. *Anais...* Lisboa: Sociedade Portuguesa de Estudos do Século XVIII – Universitária Editora, 1991.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. *Ciência e maravilhoso no cotidiano: discursos e práticas médicas no Brasil setecentista*. 1995. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.
- SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da Medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991.

Um médico do sertão: frei Canuto Amann

Norma Marinovic Doro

Introdução

Na produção historiográfica contemporânea, o historiador tem a possibilidade de investigar, sob vários olhares, o objeto de sua pesquisa, uma vez que o conhecimento histórico está em constante transformação. Lidando com a dimensão do passado, o pesquisador está distante dele e, como afirmou Certau, “não que esse mundo antigo e passado se mexa! Esse mundo não se mexe mais. Nós é que mexemos nele”¹.

Assim, a pesquisa histórica, nas últimas décadas, tem enveredado por diversos domínios², abrindo novos campos de investigação, sendo um deles a História da Saúde e das Doenças. Esse aspecto da vida humana está intimamente relacionado com a história do corpo, que envolve gênero, sexualidade, instituições médicas públicas ou privadas, enfim, toda uma elaboração social e cultural.

Esse novo campo de estudos foi possível devido à contribuição de outras ciências. Como o historiador, hoje, realiza investigações interdisciplinares, ele se utiliza da Antropologia Cultural, que busca entender o significado do simbólico; da Sociologia, que analisa as práticas médicas de cura e controle sobre o corpo, como também sua individuação: “De fato, o corpo quando encarna o homem é a marca do indivíduo, a fronteira, o limite que, de alguma forma, o distingue dos outros. Na medida em que se ampliam os laços sociais e a teia simbólica provedora de significações e valores, o corpo é o traço mais visível do ator.”³. Também, a Demografia Histórica⁴ constitui uma dimensão importante para a História da Saúde. Seus estudos populacionais sobre controle de natalidade, fecundidade, nascimento e mortalidade podem revelar como esses dados interferem nas questões referentes à

¹ DOSSE, François. *História e Ciências Sociais*. Bauru: Edusc, 2004. p. 197.

² PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter (org.). *A escrita da História*. São Paulo: Unesp, 1992. p. 291-386.

³ LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 10.

⁴ BURGUIÈRE, André. A demografia. In: LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre (orgs.). *História: novas abordagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. p. 59-83.

saúde e à doença. Portanto, a História da Saúde é um campo de investigação voltado para o conhecimento das realidades individuais ou coletivas e de como uma sociedade, através dos séculos, criou mecanismos para lidar com a vida e a morte.

No presente texto, pretende-se analisar aspectos da trajetória de vida do frei franciscano Canuto Amann, que chegou ao Brasil em 1937, vindo da Alemanha, para se dedicar à evangelização dos habitantes do Estado do Mato Grosso. O enfoque aqui escolhido privilegiará sua atuação na área da Saúde, visto que ele foi considerado um “médico do sertão”, em decorrência dos conhecimentos científicos e populares que possuía e que aplicava na cura de várias enfermidades numa época em que, no centro-oeste brasileiro, os meios de transportes, de comunicação e de atendimento médico eram bastante precários. Através de fragmentos de sua vida, pretende-se entender realidades mais amplas da sociedade matogrossense desse período.

Estudos mostram que os franciscanos se fizeram presentes na esquadra de Cabral, como também nas expedições dos espanhóis que penetraram o território brasileiro⁵. Entretanto, um trabalho sistemático de evangelização teve início, em 1584, quando foi criada a Custódia de Santo Antônio do Brasil. O primeiro convento foi o de Olinda, em Pernambuco, fundado em 1585⁶. Todavia, tanto no Mato Grosso como no Mato Grosso do Sul, sua ação foi pouco investigada. Apesar de essa ordem religiosa ter a prática de redigir crônicas sobre suas missões nos lugares mais longínquos em que seus integrantes trabalharam, como também o de registrar no livro do tombo a vida cotidiana das paróquias, muitas dessas fontes se perderam devido à imensidão do espaço do centro-oeste brasileiro no qual atuaram, além da precariedade de muitos povoados, vilas e cidades em que viveram. Por essa razão, cabe ao pesquisador, pacientemente, recolher os documentos que sobraram, tanto os escritos como os da cultura material (escolas, igrejas, conventos, hospitais), espalhados pelos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, para compreender melhor a complexidade da sociedade brasileira e sua mentalidade.

A utopia franciscana

São Francisco de Assis e o franciscanismo são temas bastante investigados pela historiografia europeia, uma vez que essa ordem religiosa surgida na Itália, durante a Idade Média, marcou profundamente a cultura do ocidente cristão⁷.

Os franciscanos, desde sua origem, são viajantes que se põem a caminho para evangelizar, tendo como principal modelo seu fundador, que deixou o conforto da

⁵ KNOB, Frei Pedro (OFM). *A missão franciscana de Mato Grosso*. Campo Grande/São Paulo: Custódia Franciscana das Sete Alegrias de Nossa Senhora/Loyola, 1988. p. 13-22.

⁶ HOORNAERT, Eduardo (org.). *História da Igreja no Brasil*. Tomo II-1. Petrópolis/São Paulo: Vozes/Paulinas, 1992. p. 215.

⁷ LE GOFF, Jacques. *São Francisco de Assis*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

família e peregrinou por vários lugares, cuidando dos marginalizados, pobres e doentes. São Francisco realizou prolongadas viagens e andou por várias regiões da Itália. Quando pretendia evangelizar a Síria, chegou até a cidade de Zadar, na Dalmácia, e pregou no Egito. Por ocasião de sua viagem para o Marrocos, adoeceu na Espanha. Na Idade Média, “os franciscanos passavam tanto tempo na estrada que precisavam de refúgios, ao longo dos diversos caminhos, nos quais pudessem encontrar renovação espiritual⁸”. Nessa ordem religiosa, “o teólogo, o filósofo, o médico, o erudito não se concebe como um intelectual de escritório, um pensador encerrado pelos muros dos mosteiros⁹”. Ele é, portanto, um homem da ação, pois, na vida pública, seu fundador, pretendia inaugurar um mundo novo, onde o importante era a fraternidade, a humildade e a alegria. Francisco dizia que a alegria perfeita para um frade:

[...] não consistia em saber todas as línguas e todas as ciências e todas as coisas escritas, mas em falar a língua dos anjos, saber o curso dos astros e as virtudes das ervas, conhecer todos os tesouros da terra, todas as virtudes dos peixes, de todos os animais e dos homens, das pedras, das raízes e das águas. Essa alegria era de ordem divina. Era uma experiência transcendente, um sinal da graça de Deus. Ela nasce do Evangelho e da pobreza. O demônio nada pode fazer contra a alegria¹⁰.

São Francisco, em muitos dos seus escritos, deixou clara a espiritualidade cristã da qual era portador. Na síntese de seu pensamento, hoje conhecido como Oração de São Francisco, ele afirmou o seu desejo: “onde houver ódio que eu leve o amor, onde houver tristeza que eu leve a alegria, onde houver trevas que eu leve a luz”.

Portanto, sua utopia é como uma proposta de uma realidade alternativa. Para alcançar esses objetivos, ele propunha uma integração entre homem e natureza. Para ele, tudo falava da Criação, de um ser superior: o sol, a lua, os animais, as flores. Nessa inteiração, os franciscanos buscavam cuidar da alma, mas sem esquecer o corpo. Nas suas atividades missionárias, construam tanto igrejas e escolas quanto hospitais e farmácias. A mais antiga farmácia da Europa, preservada até hoje, é um museu localizado na cidade de Dubrovnik, no litoral da Dalmácia, atual Croácia. Pertenceu, na Idade Média, ao mosteiro dos Irmãos Menores de São Francisco, fundada em 1317¹¹. Durante séculos, ela atendeu aos mais elevados princípios da Medicina na época.

⁸ FRACKE, Linda Bird. *Na estrada com São Francisco*. Rio de Janeiro: Record, 2008. p. 161.

⁹ BÓRMIDA, Jerônimo. Legado franciscano na América Latina. In: MOREIRA, Alberto da Silva (org.). *São Francisco e as fontes franciscanas*. Bragança Paulista: Edusf, 2007. p. 129.

¹⁰ LE GOFF, Jacques. *Op. cit.*, p. 217-230.

¹¹ KRATOFIL, Mirko. Natural and medical sciences In: MILANOVIC, Katarina. *Dubrovnik*. Zagreb: Turistkomerc, 1981. p. 131-133.

A proposta de São Francisco de viver uma nova espiritualidade não provinha só dos textos bíblicos ou dos ensinamentos da Igreja. Ela brotava da natureza e do próprio ser humano. Frei Tomás de Celano, que foi companheiro e discípulo de São Francisco, escreveu sobre esse novo modelo de vida que surgiu na Idade Média e que valorizava – e ainda o faz – a simplicidade, a sabedoria, a pobreza, a humanidade, a obediência e a caridade¹².

Esse novo modelo de espiritualidade já foi notado pelos contemporâneos de Francisco. Em fontes da época, encontrou-se, a respeito destes, que “todos aqueles que os viam sentiam grande admiração, porque seus costumes e sua vida os tornavam bem diferentes de todos os outros mortais e faziam deles, por assim dizer, homens das florestas¹³”.

O reflexo dessa utopia impulsionou, através dos séculos, homens e mulheres a ingressarem nessa ordem religiosa, desempenhando um papel decisivo na renovação da Igreja.

Frei Canuto Amann – e sua ação no Mato Grosso

As fontes históricas comprovam que os franciscanos estiveram no Mato Grosso na época colonial. Os primeiros chegaram ao atual Mato Grosso do Sul, vindos de Assunção, no Paraguai. Com a exploração aurífera, em 1718, e as monções, eles saíram das regiões litorâneas do domínio português¹⁴.

No século XX, dois grupos de franciscanos europeus chegaram para evangelizar o Mato Grosso. Nas primeiras décadas, foram os franciscanos da França que se instalaram em Cuiabá, Cáceres, Poconé e Chapada dos Guimarães¹⁵.

Em 1936, a Província Franciscana de Santa Isabel da Turíngia, na Alemanha, em sua expansão missionária, resolveu enviar seus frades para trabalhar no Brasil. Os primeiros que deixaram a Turíngia, em 29 de junho de 1937, fixaram-se em Mato Grosso¹⁶.

Frei Canuto Amann chegou ao Brasil em 1938. Nascido em 1903, na região da Floresta Negra, ao sul da Alemanha, antes de entrar para a ordem franciscana estudou Ciências Naturais na Universidade de Tubinge, na Alemanha. Terminando seus estudos universitários, aos 28 anos, entrou para a Ordem de São Francisco

¹² FASSINI, Dorvalino Francisco (Org.). *Fontes franciscanas*. Santo André: Mensageiro de Santo Antônio, 2005. p. 185 a 285.

¹³ LE GOFF, Jaques. *Op. cit.*, p. 192.

¹⁴ KNOB, Frei Pedro (OFM). *Op. cit.*, p. 13-33.

¹⁵ *Idem*, p. 30.

¹⁶ *Ibid, idem*, p. 45-55.

onde, durante nove anos, realizou estudos filosóficos e teológicos. Recebeu o sacramento da Ordem em 1937 e, no ano seguinte, viajou para o Brasil.

No Mato Grosso, ele atuou como pároco ou cooperador em Aparecida do Taboado, Aripuanã, Chapada dos Guimarães, Coxim, Fátima de São Lourenço, Paranaíba, Porto Murtinho, Rio Brillhante e Santo Antonio de Leverger. Sua vida missionária teve várias dimensões, mas foi na sua dedicação aos doentes que ele mais se destacou.

Como se pode observar, nos seus dados biográficos, ele era uma pessoa que realizou estudos acadêmicos. Não se sabe se na própria universidade ou por interesse próprio, aprendeu princípios da cura através da homeopatia, ciência que surgiu no século XVIII por intermédio dos estudos do médico alemão Samuel Hahnemann.

No trabalho missionário Frei Canuto, como seus companheiros, enfrentou inúmeras dificuldades no novo meio. Saíram todos de uma cidade alemã, que era um grande centro religioso, para se fixarem numa região pouco habitada, com uma natureza exuberante e com grandes espaços vazios.

As paróquias eram distantes e de extensão vastíssima chegando algumas a mais de 20.000 km². A densidade populacional era de uma pessoa por km², o que dava uma média de 10 a 20 mil fiéis por paróquia. 50% (sic) da população morava na zona rural, no sertão, e até 20 km ou mais da sede da paróquia¹⁷.

Segundo o Frei Teodardo Leitz:

O norte era mais religioso que o sul. É que no norte houve, desde os tempos das Entradas e Bandeiras, assistência religiosa, principalmente durante o Império, pois os párocos eram pagos pelo governo mesmo quando trabalhavam em vilas e povoações bem pobres. Formou-se assim, no Mato Grosso, certa tradição religiosa sobre a qual os missionários franciscanos podiam continuar a edificar. O sul, porém, até o fim do século passado, com exceção de poucas cidadezinhas, era sertão bruto, habitado por índios selvagens¹⁸.

Nessa imensidão de terras com tantos obstáculos, Frei Mateus Hoepers, quando, em 1943, fez uma visita canônica ao Mato Grosso, anotou no seu relatório, enviado a Turíngia, que a maioria dos frades era jovem, e fez o seguinte comentário:

¹⁷ KNOB, Frei Pedro (OFM). *Op. cit.*, p. 44.

¹⁸ *Ibid*, *idem*, p. 44.

*A Província de Turíngia fez tal escolha porque julgava que somente os jovens eram idôneos para aguentar os sacrifícios e difíceis trabalhos e a mudança de clima. Realmente, os Padres e irmãos leigos suportam muitas coisas e muitas vezes a mais miserável pobreza e se dedicam a missão com todas as suas forças e com espírito juvenil e realizaram, em pouco tempo, as maiores coisas*¹⁹.

Para vencer esse ambiente, os frades superiores de Turíngia tinham razão em enviar, ao Brasil, os mais jovens, uma vez que, além das atividades paroquiais, os religiosos empreendiam muitas viagens a sítios e fazendas. Eram as chamadas “viagens de desobriga”. Segundo o Frei Venibaldo, as viagens de desobriga consistiam em “visita do sacerdote no sítio, seja anual ou mais freqüentemente, para confortar o povo na sua religião, para ensinar o catecismo e a doutrina, possibilitar a assistência à santa missa, rezar com o povo e administrar os santos sacramentos”²⁰.

Essas viagens poderiam ser curtas ou longas. Em 1957, Frei Canuto chegou a viajar, no sertão, durante 134 dias. Percorreu 600 quilômetros em lombo de burro.

No seu cotidiano, em regiões difíceis, andando a cavalo, mula, barcos e canoas, os missionários “se acomodavam às miseráveis condições com respeito à casa, comida e conversação, o que exigia por parte deles uma grande reserva de força física e espiritual”²¹.

Frei Canuto, acostumado a conviver em igrejas, mosteiros e conventos, passou a viver numa região onde a natureza exuberante sobrepunha-se ao humano. Entretanto, era dessa natureza que ele ia retirando um grande aprendizado. Convivendo com pessoas simples, muitas delas analfabetas, ele aprendeu a riqueza curativa da medicina popular e aplicou-a nos seus tratamentos. Escreveu uma obra importante sobre como curar os doentes nos lugares sem recursos, retirando substâncias do reino vegetal, animal e mineral e aplicando técnicas da medicina popular. Assim ele atendia “o grito de todos estes doentes abandonados em nosso imenso sertão”.

O manual de Frei Canuto para a cura das doenças

Durante os 31 anos em que atuou no Mato Grosso, Frei Canuto foi pároco de diversas igrejas e cooperador em outras. Nas crônicas dos missionários de Turíngia, estão anotados muitos dos problemas encontrados nesse Estado, tais como o analfabetismo, a falta de conhecimentos religiosos, uma situação de vida

¹⁹ *Ibid, idem*, p. 81.

²⁰ *Ibid, idem*, p. 187.

²¹ KNOB, Frei Pedro (OFM). *Op. cit.*, p. 188.

miserável e as doenças. Por isso, na maioria dos lugares onde os freis se fixaram, eles procuraram construir igrejas, escolas e hospitais. Apesar de Frei Canuto se dedicar à pregação, ministrar os sacramentos e visitar os sertões, ele atuou em outras áreas. Realizou estudos arqueológicos na Chapada dos Guimarães e foi o primeiro a documentar, com fotos, as inscrições e os desenhos da pintura rupestre dessa região. A área por ele explorada, em 1969, recebeu o nome de Lapa de Frei Canuto. Entretanto, foi na área da Saúde que ele mais se destacou.

*Na sua atividade pastoral, aproveitou muito de seus conhecimentos de medicina, adquiridos antes de ingressar na Ordem Franciscana, em sua pátria, mas também dos nativos do sertão. Usou de seus conhecimentos para ajudar os pobres e os doentes. Entendia, como poucos, de plantas medicinais e sabia manipular; com esmero, o famoso pêndulo, através do qual escolhia medicamentos adequados para cada caso*²².

Além do conhecimento da medicina homeopática, ele se interessou pelo estudo das plantas no Brasil. Segundo suas observações, “a flora brasileira é a mais rica do mundo”. Essas questões ele retratou numa importante obra que escreveu e que foi publicada pela primeira vez após sua morte: *Socorro aos doentes do sertão: o milagre da sua cura pela flora brasileira*.

Para ele, seu desejo era o de salvar vidas, atender ao grito de socorro “que vem a cavalo, outras vezes, de um silencioso pedido de um agonizante surgido do fundo de uma rede”²³.

Aprendeu, em suas andanças, as propriedades de várias plantas do cerrado brasileiro, como também observava como a população mais simples tinha soluções para aliviar suas doenças. Em seu livro, ele ofereceu muitos ensinamentos da medicina popular brasileira e valorizava essa forma de saber, dizendo:

*Os remédios do povo achados ou por instinto, ou por acaso, durante milênios, continuam hoje sendo a base de muitos remédios modernos. E, o que não é raro, modestos remédios do campo resolveram casos nos quais outros mais científicos, de balde foram empregados. Usar remédios caseiros não é sinal de atraso. Estes recursos fazem parte no tratamento da saúde dos povos mais civilizados*²⁴.

No seu método de tratamento ele usava os remédios homeopáticos. Sua justificativa era o fato de serem mais baratos, fáceis de aplicar, e não produziam efeitos colaterais.

²² *Ibid, idem*, p. 264.

²³ AMANN, Canuto. *Socorro aos doentes do sertão*. O milagre da cura pela flora brasileira. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia, São Lourenço de Brindes, 1977. p. 9.

²⁴ *Idem*, p. 9.

Na sua concepção, ele afirmava “Deus põe sua farmácia a nossa disposição”²⁵. Nessa visão, utilizava-se do poder curativo das ervas, frutas, águas, argila e outros elementos da natureza. Por exemplo: para a cura de cálculos renais, comer abacaxi que ficou no sereno; para fraqueza extrema, passeio sobre lajes molhadas; para a pele, suco de laranja com argila; para inchaço: banho de areia quente. Explicava com quem aprendeu diversas de suas receitas ou sua procedência:

*[...] o povo do campo ao redor de Cuiabá tem por certo que a barriga d'água de cachorro se cura facilmente dando de comer fígado assado de veado. Será que esse tratamento não tem efeito na hidropsia do homem?*²⁶.

*Na gripe espanhola, de 1918, o povo de Minas tomou pela manhã e a tarde uma xícara de chá de folhas de São Caetano como um admirável preventivo. Já o povo do Rio de Janeiro preparou o chá dos frutos não maduros, das folhas novas e das flores como específico contra aquela gripe*²⁷.

Observou que na cura das dores uterinas, “as mulheres do campo usavam a erva cidreira (melissa) em infusão, algumas folhas frescas por cada xícara de água. Outras tomam todas as manhãs, um copo de vinho tinto quente com uma gema de ovo e açúcar”²⁸. Os habitantes da Chapada dos Guimarães agiam da seguinte forma quando alguém era mordido por uma cobra: “[...] pendurar fel de paca deixando-o esgotar por 3 dias. Guardar o fel no álcool e tomar 7 gotas em um pouco de água. Repita-se a dose uma vez depois de passar 10 minutos”²⁹.

O livro contém uma infinidade de plantas e suas virtudes medicinais. Além disso, são citados 162 remédios homeopáticos para tratar diversos problemas relacionados a doenças e sua cura.

Ao escrever sua obra, Frei Canuto mostrou para qual público ela foi direcionada. Em primeiro lugar, como o próprio título indica, aos “doentes do sertão”, como também “[...] a todos que aproveitam bem estas sugestões a bem dos doentes que vivem do lado de tantos recursos sem conhecerem, perecendo, sofrendo e às vezes explorados por vis enganadores, que todos tenham pena destes pobres sofredores abandonados no interior de nosso querido Brasil”³⁰.

A obra também tem uma função educativa e preventiva. Segundo Frei Canuto, o livro “poderá servir de instrução nas escolas do campo”. No índice,

²⁵ *Ibid, idem*, p. 9.

²⁶ *Ibid, idem*, p. 76.

²⁷ AMANN, Canuto. *Op. cit.*, p. 69.

²⁸ *Ibid, idem*, p. 86.

²⁹ *Ibid, idem*, p. 35.

³⁰ *Ibid, idem*, p. 137.

com 301 itens, entre doenças, sugestões de alimentação, ensinamentos sobre chás, jejum etc., ele marcou, com asteriscos, aqueles que considerava importantes no aprendizado escolar: afogamento, alimentação, bebida de água, varíola, catapora, chás, choque elétrico, estado de choque, clister, picada de cobra, compressas, cura do limão, desmaio, dieta, regime alimentar, dieta sem sal, dores de ouvido, eczema, edema, flatulência, emplastro, farmácia caseira, fumo, frutas e verduras que curam, hemorragia, hormônios, infusão, injeção, maceração, morte aparente, morte real, mosquitos, percevejos, piolhos de cabeça, pulgas, pulso, queimaduras, respiração artificial, primeiros socorros, tintura e vitaminas.

Estes temas, escolhidos por Frei Canuto para ser ensinados nas escolas, tinham uma função prática no cotidiano da vida rural. Num espaço geográfico amplo, com dificuldades e carências, sua percepção sobre a educação incluía conhecimento sobre a saúde. Sua pedagogia estava fundamentada nos seus conhecimentos eruditos e, também, em suas observações práticas sobre a realidade do sertão. Nesses lugares, a presença de médicos ou de serviços públicos de saúde eram quase inexistentes. Apesar de o Brasil ter iniciado, a partir de 1910, um movimento de sanitaristas e higienistas da Saúde Pública, até 1930, os homens da ciência concentravam suas ações nas grandes áreas urbanas³¹. Somente a partir de 1930 é que as atividades, visando ao saneamento e à saúde, se expandiram pelo interior do Brasil. Mesmo assim, esses serviços atingiram uma pequena parcela da população. Até 1944, por exemplo, o Serviço Nacional de Malária tinha apenas cinco postos com atendimento rotineiro e de pesquisa em todo o Estado do Mato Grosso³².

Quando se analisou o livro de Frei Canuto, notou-se que, além de seus cuidados com os doentes, ele chamou a atenção para a importância da manutenção da saúde, que para ele consistia em: “sentir energia e vigor é guardar elasticidade tanto na mente como no corpo é ter desejo de estar em atividade, é sentir-se livre da fadiga, é ter vitalidade”³³.

Para atingir esse estado, o frade mencionou a alimentação como fator decisivo. Esta deveria ser de preferência vegetal, crua, fresca e com pouco sal. Um outro aspecto de sua concepção holística de saúde estava em valorizar comportamentos que iam além de questões físicas. Segundo ele, a base da saúde é “a paz, a serenidade e a alegria do espírito. Os inimigos do nosso bem-estar são a tristeza, a inveja e a moleza”³⁴.

³¹ ROCHA, Heloisa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas/São Paulo: Mercado das Letras/Fapesp, 2003.

³² CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, experiência e memória: narrativa de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. Bauru: Edusc, 2005.

³³ AMANN, Canuto. *Op. cit.*, p. 120.

³⁴ *Idem*, p. 121.

Além da alimentação, ele chamou a atenção para a importância do descanso semanal, considerado uma das maiores contribuições da Bíblia. Concluiu que essa observância “[...] se não for por respeito à autoridade de Deus, então ao menos pelo cuidado da saúde, o que já ficou comprovado pela experiência em toda humanidade”³⁵.

Segundo a opinião de Frei Salvador Fleck, “Frei Canuto foi um digno discípulo do grande São Francisco de Assis”³⁶. Portador do ideal franciscano dizia:

*Quero abrandar a dor e diminuir a miséria. Não desprezo a medicina legal. Usamos dela todas as vezes que podemos consultar um médico ou encontrar uma farmácia. Mas há só uma medicina que nos interessa: é aquela que trabalha para o bem, daqueles que sofrem e que está ao nosso alcance*³⁷.

Nas várias cidades, onde atuou como sacerdote, viajando aos lugares mais remotos, dizia: “Meu trabalho é prestar socorro aos gritos destes doentes abandonados em nosso imenso sertão, que não podem consultar um médico, seja por falta de dinheiro, seja pela urgência do caso, seja pela escassez de condições de viagens”. Para isso, deve-se “considerar a planta por melhor químico, e a erva que achamos atrás de nossa casa por mais hábil farmacêutico”.

Frei Canuto, sempre preocupado com a cura das pessoas, acabou adoecendo, em 1969. Foi sua última visita em Aripuanã “para atender esse povo mais isolado do mundo”. Lá pegou malária. Então, foi para Cuiabá e dali tomou um ônibus para São Paulo. “Chegou à noite numa sexta-feira e internou-se no hospital. Sábado não vieram os médicos e domingo também. Na segunda-feira, quando veio o médico, ele já havia exalado o último suspiro sem assistência médica”³⁸. Ele, que atendeu às pessoas nos lugares mais difíceis e sem recursos, acabou morrendo numa cidade grande, num hospital, mas sem ser atendido. Faleceu em 27 de outubro de 1969.

Na análise da História da Saúde, é possível realizar uma infinidade de enfoques. A proposta presente neste texto foi analisar a vida de um franciscano alemão que trabalhou como religioso no centro-oeste brasileiro durante mais de 30 anos. Destacou-se sua ação na saúde, onde aliou conhecimento científico com o popular, no campo da medicina.

Foi no chamado “sertão” do Mato Grosso que Frei Canuto amenizou o sofrimento dos doentes que o procuravam, exerceu o poder sagrado que, segundo a tradição e a fé, cura através da bênção, através do toque. Exerceu também o poder médico, que busca a cura através das ciências. Entretanto, ele aliou esses poderes

³⁵ *Ibid, idem*, p. 120.

³⁶ *Ibid, idem*, p. 1.

³⁷ AMANN, Canuto. *Op. cit.*, p. 9.

³⁸ *Ibid, idem*, p. 8.

ao conhecimento milenar da medicina popular. Aprendeu, com a população do sertão, propriedades das plantas do cerrado, do pantanal e da floresta. Ampliou seu saber sobre o reino animal, vegetal e seu potencial para o tratamento de várias doenças. Portanto, foi um verdadeiro discípulo de São Francisco, pois buscou conhecer a natureza das plantas, das águas e dos animais para melhorar a vida dos homens.

Na História da Saúde, o pesquisador pode investigar a vida de grandes cientistas e médicos. Mas, também, daqueles que trabalharam anonimamente, fora dos grandes centros de investigação e de poder. Frei Canuto é um deles, que procurou atingir aquilo que mais interessa ao doente: a cura. Deste modo, na apresentação de seu livro, lembrou a todos que trabalham nessa área: “Médico, tua MISSÃO é curar!”.

Referências

- AMANN, Canuto (OFM). *Socorro dos doentes do sertão: o milagre da cura pela flora brasileira*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, 1979.
- BÓRMIDA, Jerónimo (OFM). Legado franciscano na América Latina. In: MOREIRA, Alberto da Silva (org.). *São Francisco e as fontes franciscanas*. Bragança Paulista: Edusf, 2007.
- BRETON, David Le. *A sociologia do corpo*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BURGUIÈRE, André. A demografia. In: LE GOFF, Jacques & NORA, Pierre (orgs.). *História: novas abordagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.
- CARDOSO, Ciro Flamarion & VAINFAS, Ronaldo (orgs.). *Domínios da História: ensaio de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, experiência e memória: narrativa de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. Bauru: Edusc, 2005.
- DANTAS, Flávio. *O que é homeopatia*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. Coleção Primeiros Passos.
- DOSSE, François. *História e Ciências Sociais*. Bauru: Edusc, 2004.
- FASSINI, Dorvalino Francisco (Org.). *Fontes franciscanas*. Santo André: Mensageiro de Santo Antonio, 2005.
- FRANCKE, Linda Bird. *Na estrada com São Francisco de Assis*. Rio de Janeiro: Record, 2008.
- HOORNAERT, Eduardo. *História da Igreja no Brasil*. Tomo II. Petrópolis/São Paulo: Vozes/Paulinas, 1992.

KNOB, Frei Pedro (OFM). *A missão franciscana do Mato Grosso*. Campo Grande/São Paulo: Custódia Franciscana das Sete Alegrias de Nossa Senhora de Mato Grosso/Loyola, 1988.

KRATOFIL, Mirko. Natural and Medical Sciences. *In: MILANOVIC, Katarina (ed.). Dubrovnik*. Zagreb: Turistkomerc, 1981.

LE GOFF, Jaques. *São Francisco de Assis*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

PORTER, Roy. História do corpo. *In: BURKE, Peter (org.). A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas/São Paulo: Mercado das Letras/Fapesp, 2003.

A médica Carlota Pereira de Queiroz e seus colegas: amizades e relações profissionais num meio predominantemente masculino¹

Mônica Raisa Schpun

Carlota Pereira de Queiroz (1892-1982) pertenceu a uma prestigiosa família das elites paulistas. Educadora nos anos 1910, médica desde 1926, ela foi a primeira deputada federal do País (1933-37), tendo assinado a Constituição de 1934 ao lado dos outros 252 deputados, todos homens. Além de ter alcançado um destaque social indiscutível, ocupando espaços de poder, ela atravessou fronteiras separando o masculino do feminino, penetrando em campos sociais quase ou totalmente ocupados por homens, como a Medicina e a política, e marcados por uma cultura masculina expressa em códigos de comportamento e de linguagem, de cumplicidade e de rivalidade. Neste texto, serão abordadas algumas questões ligadas à sua carreira médica, atravessadas pelas relações de poder que constituem a ordem do gênero².

Em 1920, Carlota Pereira de Queiroz inscreveu-se na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Juntamente com outras duas colegas, ela enfrentou as atitudes hostis de colegas e professores. A partir de 1923, transferindo-se para o

¹ Este artigo integra o próximo número (atualmente no prelo) da revista da Associação dos Historiadores Latinoamericanistas Europeus (AHILA): L. Jacinto e E. Scarzanella (orgs.), *Genero y ciencia: hombres, mujeres e investigacion cientifica en America Latina, Estudios de Historia Latinoamericana*, n° 8, 2011.

² Sobre sua carreira médica, ver ainda: SCHPUN, Mônica Raisa. “Carlota Pereira de Queiroz: entre representativa e singular”. *Cuadernos de Historia Latinoamericana*, Associação dos Historiadores Latino-Americanistas Europeus (Ahila), n. 4, 1997, p. 153-173; “Carlota Pereira de Queiroz e a Medicina”, *Médicis – Saúde, Ciência e Cultura*, n. 10, ano 2, São Paulo, maio/junho de 2001, p. 18-19; “De canhão a cartola: meandros de um itinerário emblemático (Carlota Pereira de Queiroz, 1892-1982)”. In: SCHPUN, Mônica Raisa. (org.). *Masculinidades: múltiplas perspectivas para um objeto plural*. São Paulo: Boitempo, 2004. p. 203-235. Sobre outros aspectos de seu itinerário, ver, dentre outros: SCHPUN, Mônica Raisa. “Décorative ou active? L’action politique de Carlota Pereira de Queiroz (1933-1937)”. In: SCHPUN, Mônica Raisa. (org.). *Elites brésiliennes: approches plurielles. Cahiers du Brésil Contemporain* Paris: CRBC (EHESS)/MSH, n. 47/48, 2002, p. 157-180; “Entre feminino e masculino: a identidade política de Carlota Pereira de Queiroz”, *Cadernos Pagu*, n. 12, Universidade Estadual de Campinas, 1999, p. 331-377 (incluído no CD-ROM “Gênero nos trópicos – leituras a partir do Brasil”, Pagu, Unicamp, 2001); “Carlota Pereira de Queiroz era antifeminista? (Ou de como pensar os contornos do feminismo)”. In: COSTA, Cláudia de Lima & SCHMIDT, Simone Pereira (orgs.). *Poéticas e políticas feministas*. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 81-104.

Rio, passou a frequentar os cursos da Faculdade Nacional, onde encontrou um ambiente menos provincial. As alunas eram agora cinco, e as relações com os colegas mais abertas. Segundo um dos entrevistados, também médico, tal mudança era contrária às tendências da época, quando:

(...) era muito comum os rapazes cursarem o primeiro ano no Rio de Janeiro e depois se transferirem pra São Paulo, porque o primeiro ano aqui era muito apertado, as reprovações eram frequentes, então faziam o primeiro ano numa faculdade onde o curso era mais fácil, e depois vinham continuar aqui. Ela fez o contrário. Começou aqui e depois, do segundo [na verdade terceiro] ano em diante, cursou a Faculdade Nacional de Medicina, como se chamava antigamente³.

Na verdade, a decisão de começar em São Paulo deveu-se não a uma atração pela formação tida como mais difícil, mas a um impedimento real: somente a faculdade paulista, por ser estadual, aceitava os exames de “suficiência” prestados após a Escola Normal como equivalentes do diploma ginásial masculino. Carlota não tinha escolha, ao contrário de seus colegas homens, e, durante os primeiros anos do curso, tentou obter o reconhecimento da equivalência de seu diploma de educadora em nível nacional para transferir-se em seguida. Mesmo assim, ela afirmou que o Professor Miguel Couto (1865-1934), seu mestre e grande incentivador, aconselhou-a nessa direção, dizendo que, em São Paulo, “o número limitado de alunos tornava muito mais eficientes os trabalhos práticos nos laboratórios e no anfiteatro”⁴.

Em carta sem data, mas tratando do mesmo assunto, disse o professor: “Sabe pelo que já conversamos que estou de acordo com o seu programma; comece ahi e venha depois terminar o curso ao lado do Fernandes Figueira para honrar a nossa Faculdade”⁵.

No Rio, Carlota beneficiou-se do apoio direto e da hospitalidade de Miguel Couto. Médico da família, Couto teria ajudado a vencer as fortes resistências do pai de Carlota quanto à sua decisão de tornar-se médica. E, desde o período da faculdade paulista, seguiu e orientou sua discípula.

Em 1926, defendendo uma tese sobre o câncer, Carlota recebeu seu diploma. Para a cerimônia de formatura, uma troca de correspondência com a família, em São Paulo, tratou dos arranjos para a compra do anel correspondente à profissão,

³ Entrevista, 31/03/1996.

⁴ Carlota Pereira de Queiroz, entrevista à revista médica *Pulso*, 1963, manuscrito.

⁵ Miguel Couto, carta a Carlota Pereira de Queiroz, Rio de Janeiro, s/d, manuscrito. E assim continuou sua carta: “Tenho tanta certeza de que há de vir a representar um papel na pediatria brasileira como a de que amanhã estaremos dando outra volta ao redor do Sol”. *Idem., ibid.*

presente do pai, e da confecção da toga; durante as provas do traje, exasperada, a jovem formanda concluiu que se tratava de um traje masculino, inadequado a uma mulher. A reflexão inseriu-se num contexto de dificuldades vividas ao longo dos anos de estudos, ao lado de colegas e, sobretudo, de professores⁶. Estes resguardavam com afinco as prerrogativas de (quase) exclusividade masculina do meio médico contra eventuais infiltrações femininas, indicativas de uma possibilidade de convivência mista que os obrigaria a repartir honras, prestígio e as demais vantagens do campo com mulheres. Carlota Pereira de Queiroz já pressentia, sem dúvida, o problema.

Entretanto, era justamente esse lado masculino da profissão que parecia atraí-la. Ela abandonara a carreira anterior, de educadora, que exercera durante mais de dez anos, dizendo: “Desiludí-me com a carreira de professora; o meio era acanhado, não havia grande futuro, os melhores lugares eram dos homens. Eu aspirava a mais... Deixei o magistério público, continuando só a dar aulas particulares para ter certa independência econômica”⁷.

O itinerário de Carlota esclarece ainda sobre certos aspectos da negociação custosa das mulheres de seu tempo para poder penetrar na esfera pública de atividades: antes de começar seus estudos de Medicina, ela passou pelo magistério, tendo inicialmente optado por essa formação, tipicamente feminina, e bem aceita na época. Ela operou aí uma espécie de compromisso social, adquirindo pouco a pouco uma autonomia de escolhas e de decisões, sem, porém, ter desprezado, no início, o destino geralmente traçado para uma mulher de seu meio. Além disso, o fato de ser solteira quando optou pela carreira médica, tendo então 28 anos, garantiu-lhe uma autonomia maior de escolhas em relação às moças mais jovens.

No momento da formatura, sua carreira médica estava apenas começando, o que não deveria ser subestimado: se o simples fato de terminar um curso de Medicina já era certamente um feito para uma mulher da época, conseguir penetrar em seguida no meio profissional trazia dificuldades ainda maiores, das quais Carlota

⁶ Como indicam inúmeras descrições, impossíveis de comprovar, e outros tantos indícios de situações misóginas vividas. Uma destas descrições, por exemplo, refere-se ao fato de que, numa aula de Anatomia, um pênis foi colocado dentro de sua bolsa. Agradeço a Maria Lúcia de Barros Mott pela informação, obtida através do depoimento da obstetriz Malvina de Oliveira Ramos (pesquisa de pós-doutorado Fapesp/EEUSP: *Caminhos cruzados: os cursos para formação de parteiras e enfermeiras em São Paulo – 1890-1971*). O tabu da nudez e do corpo, particularmente sensível nas aulas de Anatomia, não era exclusivo à Carlota, e nem mesmo ao caso brasileiro. Maria Montessori que, contrariamente ao itinerário de Carlota, começou pela Medicina para dedicar-se à Educação em seguida, chegou a mencionar a experiência traumática de sua primeira aula de Anatomia. SCHWEGMAN, Marjan. *Maria Montessori*. Bolonha: Il Mulino, 1999, p. 31-34.

⁷ HELLSTEDT, Leone McGregor (org.). *Women physicians of the world – autobiographies of medical pioneers*. Washington/Londres, Hemisphere Publishing Co., 1977. p. 86.

não escaparia, como será visto, pois estudar não apresentaria as mesmas implicações que viver de sua profissão, dispor de autonomia financeira, ombrear com os colegas homens ou, ainda, contribuir para o desenvolvimento da ciência, decifrando o funcionamento do corpo humano.

O conselho inicial de Miguel Couto, como se viu na carta citada acima, dirigiu-a para a Pediatria: após sua chegada ao Rio, em 1923, ela frequentava as enfermarias de Couto e a do pediatra Antonio Fernandes Figueira. Na primeira, foi a segunda mulher a trabalhar como interna, depois de Ursulina Lopes, com quem manteve relações e trocou alguma correspondência. Os casos infantis eram deixados para ela, coerentemente com a orientação do mestre.

Dirigir Carlota para a Pediatria não foi algo gratuito, tendo em vista não somente seu passado de educadora e o fato de que cuidar de crianças poderia, de certo modo, neutralizar a barreira existente entre a profissionalização de uma mulher e a Medicina, mas também a percepção geral, que se tinha na época, sobre a relação entre Educação e Saúde. Para permanecer somente no arco de suas relações, seu mestre Miguel Couto considerava a Educação como o problema capital do País e, num registro sanitaria e higienista, assim intitulou um livro publicado em 1933: *No Brasil só há um problema nacional: a educação do povo*⁸. Neste mesmo registro de reflexões, mas de forma personalizada, a própria Carlota afirmou, falando de sua experiência no magistério, durante a qual o anseio em tornar-se médica ter-se-ia acentuado:

Foi a época do início do sistema Montessori, da autoria da grande médica italiana, que revolucionou o ensino pre-primário (...).

*Os problemas psíquicos que apresentavam os meus alunos tinham muitas vezes causas físicas, causas biológicas e hereditárias, que eu sentia necessidade de conhecer*⁹.

Seu interesse pela Clínica ultrapassou, contudo – e rapidamente –, aquele pela Pediatria, e o do trabalho em laboratório começou a surgir. Na época, ela começou a frequentar o serviço de Joaquim Moreira da Fonseca, sucessor de Carlos Chagas na cadeira de Medicina Tropical. Simultaneamente, nas enfermarias de Couto e de Fernandes Figueira, ela se interessava cada vez mais pelos numerosos casos de anemia, o que a levou a voltar-se para a Hematologia, ainda durante os anos da faculdade.

Para sua tese, Carlota dedicou-se ao estudo do câncer, num primeiro momento concentrando-se nos tecidos infantis e, em seguida, ampliando e

⁸ Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commercio, 1933.

⁹ Carlota Pereira de Queiroz, entrevista à revista médica *Pulso*, 1963, manuscrito.

generalizando o trabalho, pelo qual recebeu o Prêmio Miguel Couto¹⁰. Além do prêmio, sua tese foi bastante elogiada, inclusive por seus colegas, alguns dos quais amigos. Foi o caso de Rodolpho de Freitas, que escreveu a respeito ao amigo comum José Augusto Lefèvre:

(...) vou fallar a você do meu entusiasmo pela thèse de nossa querida amiga Dona Carlota. Cheguei ha pouco de lá, onde li um capitulo que foi refundido, sobre a “cellula canceros” e o capitulo referente aos trabalhos experimentaes por ella realisados.

Esta tudo excellente, magnifico e eu julgo que a these vae causar sensação. Tudo foi bem estudado, bem cuidado, como tudo quanto Dona Carlota faz.

Como synthese da questão, é admiravel; como confecção, optima. A parte em que se nota a contribuição da intelligencia, do raciocinio, está impressionante. E o numero de observações assom como o cuidado com que ellas foram seleccionadas, darão grande fundamento à these, o que será ainda mais apreciado, pelas inumeras photographias e microphotographias. É um trabalho que honraria qualquer pessoa, que dignifica quem o fez, o meio em que foi feito, a escola, e principalmente, a escola Miguel Couto¹¹.

Em 1926, ano da tese, Marie Curie visitou o Brasil, onde fez uma série de conferências. Carlota integrou a comitiva oficial que a recebeu e teve ocasião de conversar com a cientista. Uma pequena correspondência existiu entre as duas, mas também entre Carlota e a filha Hélène, que acompanha Mme. Curie ao Brasil. Mais tarde, durante viagem de estudos à França, Carlota seria recebida pelas duas. Esse contato pareceu impulsioná-la a prosseguir nos estudos e a caminhar na direção da profissionalização, oferecendo-lhe modelos femininos que correspondiam à sua visão da ciência e da Medicina, na qual a pureza de interesses ocupava um lugar preponderante.

¹⁰ Carlota Pereira de Queiroz, *Estudos sobre o câncer* (indagações clínicas e experimentais). Rio de Janeiro, Typ. do *Jornal do Commercio*, de Rodrigues & C., 1926. 273p. O Prêmio Miguel Couto é conferido anualmente, ainda hoje, pela Academia Nacional de Medicina, a um trabalho inédito na área de Patologia Clínica e Experimental. Criado em 1926, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi assim chamado em homenagem ao jubileu de Miguel Couto no magistério. Em 1929, data do centenário da ANM, passou a ser conferido por esta instituição. Carlota foi, então, a primeira ganhadora de tal prêmio que, na versão distribuída pela ANM, consta de um diploma; não consegui verificar se, no caso de Carlota, também foi esse o prêmio recebido. Com efeito, um cartão sem data, assinado por um amigo Paulo, do Rio, falou na remessa da “importancia do premio”. Fora este, ao que consta, Carlota nunca recebeu nenhum outro prêmio em sua carreira. Cf. cartão de Paulo (P. A. Vergne de Abreu), s/d, manuscrito.

¹¹ Rodolpho de Freitas, carta ao amigo José Augusto Lefèvre, em São Paulo, 21/11/1926, manuscrito (Rio). O destinatário entregou a carta à amiga Carlota, que a guardou em seus arquivos.

Aliás, no momento em que refletiu sobre o caminho profissional a seguir, essa visão sobre a Medicina apareceu de modo marcante. Carlota carregava, em verdade, dois tabus principais quanto ao exercício da Medicina. O primeiro era concernente à nudez e à relação com o corpo em sua materialidade. Assim, surgiu a possibilidade da compra do consultório de uma ginecologista alemã instalada em São Paulo, que decidiu retornar à Europa. A clientela “vasta” estando feita, Carlota encontrar-se-ia imediatamente numa situação profissional confortável, com a qual não contava na época, debatendo-se contra inúmeras dificuldades. Numa carta jamais enviada ao mestre Miguel Couto, ela se referiu ao assunto:

Pensei em substituí-la e me atirar assim à luta. Mas isso seria desvirtuar os meus fins porque não foi com o intuito de ganhar dinheiro apenas que estudei medicina. Posição social já tinha evidente, para não precisar procurar sobressair. A educação recatada de moça brasileira que ainda recebi não permite que eu evolua tão rapidamente e elimine assim essa condição de mulher em que estou colocada pela convenção para dar um passo desses. Isso, por enquanto, só serve para a mulher alemã, já suficientemente evoluída, eu só com sacrifício poderia fazê-lo. Levadas pela necessidade outras o farão e a evolução se fará também entre nós, mas não é esse o papel que me compete porque nem mesmo a ambição do dinheiro me sustentará. Até nos meus próprios olhos eu me desmereceria, acabaria tendo uma decepção comigo mesma. Julgar-me-ia incoerente, ambiciosa e isso ainda me faria sofrer mais¹².

A explicação dada, extremamente sincera, como parecem ter sido suas relações com Miguel Couto, colocou em relação direta o primeiro tabu, mencionado acima, com o segundo. Assim, se seu recato não permitia o contato clínico constante com as partes íntimas do corpo feminino, o tabu ligado à relação com o dinheiro a impedia de exercer a Medicina sem colocar em primeiro plano objetivos puramente ligados ao conhecimento.

Esta segunda barreira, cujo desrespeito arriscava “desmerecê-la” a seus próprios olhos, não parecia ser, como aliás o primeiro também não o era, uma prerrogativa da educação recebida por Carlota. Outros tinham esse dado como um princípio, em se tratando de uma mulher. Um de seus colegas dos anos da Faculdade de São Paulo, que se tornou um amigo bastante íntimo, escreveu-lhe tocando no assunto, da seguinte maneira: “Na sua carreira, a ambição não deve ser dupla, como na dos homens. Nós desejamos atingir a glória e a fortuna. A senhora deve ter em mira principal a glória. Toda a sua condição requer isso”¹³.

¹² Carlota Pereira de Queiroz, esboço de carta a Miguel Couto, fevereiro de 1928.

¹³ José Augusto Lefèvre, carta a Carlota Pereira de Queiroz, 02/08/1928 (São Paulo), manuscrito.

Assim, para as mulheres, a “condição” exigia a falta de ambições financeiras, que eliminavam as possibilidades reais de autonomia. Entretanto, Carlota não pretendia abrir mão da “fortuna”, vantagem considerável da profissão, que conheciam bem seus colegas, a começar pelo fato de que o casamento não estava (mais) em seus planos, mas também porque ela não possuía fortuna pessoal que lhe permitisse enfrentar a Medicina como diletante. Ela financiou seus estudos sozinha, graças a um aluguel de que dispunha, e queria – precisava – estabelecer-se logo como profissional.

A obtenção do Prêmio Miguel Couto parecia estar na origem de uma promessa que recebeu de Guilherme Guinle logo após a formatura. Tratava-se do projeto de construção de um Instituto do Câncer, no Rio de Janeiro, cujos recursos viriam de uma doação importante da parte do mesmo Guinle. O projeto estava previsto para dali um ou dois anos e, enquanto isso, para solidificar sua bagagem e sua experiência, ela decidiu, ainda seguindo conselhos de Miguel Couto, investir tempo e dinheiro na sua especialização em Oncologia, sem esquecer seu gosto pela Hematologia. Assim, depois de fazer suas contas, partiu para uma viagem de estudos na Europa: entre maio de 1927 e fevereiro de 1928, seguiu cursos na França e na Alemanha, além de encontrar médicos e visitar instituições na Itália, na Suíça e na Inglaterra. Ela escudou e encontrou grandes especialistas em câncer, mas também em Hematologia, trazendo para alguns deles cartas de recomendação de Miguel Couto. Ainda ligada a seus antigos interesses pela Pediatria, pois enquanto estudante da Faculdade de Medicina de São Paulo trabalhara no serviço pediátrico de Pinheiro Cintra, na Santa Casa de Misericórdia, Carlota visitou hospitais e serviços pediátricos, sobretudo na Alemanha, modelo na época para a Medicina brasileira, e particularmente para a Pediatria. Ela escreveu a alguns de seus correspondentes e mostrou-se efetivamente admirada pelos avanços que tinha a oportunidade de verificar no modo de acolher e tratar as crianças doentes.

Seu projeto profissional, para o momento da volta ao Brasil, envolvia a instalação no Rio, onde trabalharia nas pesquisas do Instituto do Câncer, segundo a promessa de Guilherme Guinle e, considerando que o gosto pela pesquisa não seria suficiente para garantir-lhe a situação material almejada, planejava estabelecer-se também, privadamente, no ramo das análises clínicas, abrindo seu próprio laboratório. Tratava-se de um domínio ainda pouco desenvolvido no Brasil, e Carlota contava com a promessa de vários amigos e colegas cariocas de enviar-lhe pacientes. Ela aproveitou, então, a viagem à Europa para adquirir, sobretudo na Alemanha, os instrumentos de precisão adequados, inexistentes no País, cujas vantagens descobriu e cujo funcionamento aprendeu durante cursos particulares que recebeu em hospitais. O investimento era de monta, de sorte que Carlota pesou cuidadosamente cada aquisição e viajou em condições de grande economia, visando sempre ao seu objetivo maior. As despesas e o cálculo estratégico que as

envolveu, tendo em vista o aproveitamento daquilo que estava comprando após a volta ao Brasil, foram assuntos tratados em detalhe na correspondência trocada com a família, onde o dinheiro não era tabu e onde suas ambições, senão de “fortuna”, ao menos de conforto material, exprimiam-se com liberdade.

Em Paris, Carlota entrou em contato com o oncologista brasileiro Carlos Botelho Filho, trabalhando na época no serviço do Professor Hartmann, no Hôtel Dieu. Botelho acolheu-a com simpatia, apresentando-lhe os demais membros da equipe e convidando-a, junto com mais um dos médicos dali, a voltar à cidade, após o verão europeu, para um período de pesquisas, fato que a encheu de grande entusiasmo. Mais tarde, Botelho seria convidado por Guilherme Guinle para dirigir o novo instituto carioca, e aceitou voltar ao Brasil para tal. Botelho sabia que Carlota fora convidada a trabalhar no Instituto, e tinha conhecimento também de que ela dispunha de tempo antes da inauguração do mesmo; ele gostaria de tê-la em Paris, a seu lado, para um ano de pesquisas, fato que ela aprovou, mas para o qual necessitava de uma bolsa oficial, pois não tinha mais como se manter no exterior. Sabendo da visita iminente de Guinle a Paris, Botelho preveniu a colega, que se encontrava na Alemanha, dizendo-lhe que seria a ocasião de mostrar ao benfeitor que ela possuía ali um espaço garantido para pesquisas – e que estas só poderiam beneficiar seus trabalhos posteriores no Brasil. E Guinle aceitaria investir por um ano na formação de Carlota, em Paris, antes da inauguração do Instituto.

Na volta da Europa, começou um período de grandes incertezas para Carlota. O instituto ainda não estava pronto, a bolsa para seu ano de estudos em Paris não aparecia com a velocidade esperada, e ela mostrava pressa em começar a trabalhar, pois as reservas financeiras esgotaram-se. Instalando-se provisoriamente no Rio para tentar resolver a situação, ela escreveu à família, relatando o desenrolar da situação. O atraso nas decisões tornou-se grande demais, e ela lamentou o fato de ninguém imaginar sua situação financeira, assunto que não pôde abordar. Ela acabou voltando a São Paulo, sem as precisões necessárias.

Naquele momento, Carlota foi assolada por problemas familiares graves. Sua irmã caçula, Maria, nascida em 1906, tinha uma saúde frágil que começou a piorar de modo drástico. Desde os primeiros anos da década de 1920, existia uma forte preocupação familiar com seu estado de saúde. Tratava-se, ao que tudo indicava, de uma leucemia jamais precisamente diagnosticada, atingindo sistematicamente os gânglios. Inúmeras viagens em estações termais brasileiras foram feitas com a moça, que comia pouco, perdia peso e sofria de dores fortes de garganta. A família vivia momentos de grande aflição, notadamente a mãe de Carlota. Esta, médica, com tese defendida em Oncologia e cursos de especialização na área, ressentia-se muito de não conseguir ajudar a irmã, nem sozinha nem graças às suas redes de conhecimentos profissionais. Ela decidiu, então, instalar-se em São Paulo, tendo em vista a falta de notícias gerais sobre o Instituto do

Câncer e o financiamento para o ano de pesquisas na França junto a Botelho e, sobretudo, sua necessidade premente de trabalhar.

Começam então outras dificuldades, inesperadas, ligadas à misoginia do meio paulista, onde ela sabia não circular com a mesma facilidade que no Rio. Em sua carta já citada, nunca enviada a Miguel Couto, da qual existem duas versões, uma de fevereiro de 1928, outra de junho do mesmo ano, ela escreveu, demonstrando ao mesmo tempo a consciência aguda que possuía do problema e a dificuldade existente em verbalizar o assunto. Disse ela em fevereiro: “Depois de enfrentar vitoriosa todas as lutas, nunca pensei que teria agora a pior delas a sustentar – contra o egoísmo do homem”¹⁴. Corrigindo-se, escreveu em junho: Nunca pensei que depois de enfrentar tantas lutas e sair vitoriosa de todas elas, ainda me restasse a pior a sustentar – contra o egoísmo humano!¹⁵.

Da misoginia inicialmente sentida e expressa, ela passou a uma análise mais “neutra”, ligada à concorrência do meio, na qual alguns atores lhe estariam fazendo barreira, independentemente do fato de ser mulher. Toda uma reflexão que seguia o trecho escrito em fevereiro, deixando clara sua percepção do problema, foi retirada do manuscrito de junho. Ela afirmava, em seu primeiro rascunho:

Nunca fui sufragista e nem sou feminista. Aliás, acho que o feminismo não existe. A mulher tem direito à vida como o homem e desde que as condições do mundo hoje a colocam no terreno de luta juntamente com ele, não vejo razão para que aí também ela continue a ser a eterna protegida e não possa ocupar a posição correspondente a sua capacidade. Ela vencerá quando tiver qualidades para vencer, e não pelo esforço de suas correligionárias. Assim como ela chegou a ser professora, farmacêutica, dentista, médica, e advogada, chegará a eleitora, a deputada, a ministra e a Chefe de Estado. (...) Portanto, a mulher vencerá não pelo seu voto, mas pelo seu esforço, pela sua capacidade, pelo seu talento. Agora é que ela está sustentando a luta maior. O homem não está habituado à sua presença no campo de luta e levado pela proteção que nele já se tornou instinto, quer dominá-la.

*Quando não o consegue, ridiculariza-a. Mas ele há de respeitá-la como respeita um correligionário e é por esse respeito que eu tenho lutado sempre e hei de ainda lutar. A luta profissional nunca me aterrorizou. Sustentei-a suavemente, como o senhor mesmo constatou durante todo o meu curso. Esta agora não depende só de mim, mas eu hei de vencer também, porque estou preparada para isso*¹⁶.

¹⁴ Carlota Pereira de Queiroz, esboço de carta a Miguel Couto, fevereiro de 1928.

¹⁵ _____, junho de 1928.

¹⁶ _____, fevereiro de 1928.

Na segunda versão, essa passagem, neutralizada, foi substituída pelo seguinte, talvez mais facilmente digerível, a seu ver, pelo mestre:

Mas não faz mal. Hão de se habituar à minha presença aqui também, porque eu não me retiro nem me dou por vencida. Se não entrar por esse caminho, procurarei outro. A luta profissional não me aterroriza, nem a concorrência me assusta.

Hei de procurar um ramo como o laboratório, em que possa lutar em igualdade de condições, e também poderei vencer porque tenho o preparo para isso¹⁷.

Simultaneamente, a saúde da irmã Maria piorou e os tratamentos se acumulavam, entre curas em estações termais, viagens ao Rio de Janeiro, consultas com diversos especialistas e, principalmente, uma angústia familiar que aumentava progressivamente. A família decidiu, então, levá-la à Europa. Carlota e a mãe partiram com Maria em maio ou junho de 1929, para curas na Suíça e consultas com especialistas suíços e franceses. Colegas e amigos de Carlota, em geral conhecidos durante sua precedente viagem de estudos, receberam-nas e deram seus pareceres sobre a saúde da moça, que morreu na Europa, em janeiro de 1930.

Tratava-se de uma grande ruptura na vida familiar e na carreira de Carlota, que se instalou definitivamente em São Paulo, sem nunca mais insistir nos projetos anteriores, nem evocar os planos iniciais de uma vida carioca. Em São Paulo, ela se estabeleceu como clínica, tendo sua clientela fiel e numerosa, além de abrir seu laboratório.

Carlota seria médica até bem tarde em sua vida, ocupando diversos cargos e funções, a começar pelo Laboratório da Clínica Pediátrica da Santa Casa, que chefiou até 1947, quando se transferiu, sempre como “chefe”, ao serviço de Hematologia da Clínica de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP, ali permanecendo até 1952, ano de sua aposentadoria. Ela continuou a clinicar até que problemas graves de visão, nos anos 1960, impediram-na de continuar a trabalhar.

Paralelamente, Carlota tornou-se membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1941) e seria a primeira médica brasileira a integrar, no ano seguinte, a Academia Nacional de Medicina – pertencendo também, a partir do mesmo ano, à Academia Argentina. Sua entrada na Academia Brasileira de Medicina ocorreu sem surpresas para ela, tendo sido organizada com antecedência por alguns de seus amigos cariocas, membros da instituição. Na época, seu grande amigo Aloysio de Castro presidia a Academia e foi o idealizador do projeto, ao qual outros aderiram, notadamente Moreira da Fonseca e Miguelzinho Couto, filho do mestre (já falecido na época) e amigo de velha data da nova candidata. O grupo recolheu

¹⁷ Carlota Pereira de Queiroz, esboço de carta a Miguel Couto, junho de 1928.

os votos e Aloysio de Castro, um dos seus correspondentes mais fiéis, a manteve informada do avanço da situação até o momento do voto, e da sua eleição.

Em 1961, com 69 anos, Carlota foi convidada a exercer o cargo simbólico de presidente honorária da recém-fundada Associação Brasileira de Mulheres Médicas (ABMM), posição que ocupou durante os três primeiros biênios da associação, até 1967. Segundo a médica Verônica Rapp de Eston¹⁸, Carlota era um símbolo para muitas jovens médicas da época, um verdadeiro modelo, tendo-se destacado particularmente pela escolha de uma especialidade original para uma mulher, a Cancerologia, afastando-se dos campos mais tradicionalmente ocupados por suas colegas médicas da época, como a Ginecologia e a Pediatria. Naquele momento, Carlota ainda trabalhava e interessava-se pelo desenvolvimento do campo, inclusive em âmbito internacional. Foi assim que, no mesmo ano de 1961, participou da “2ª Jornada Brasileira de Cancerologia” e, quatro anos mais tarde, apareceu numa mesa das jornadas médicas da ABMM. Fotografias tiradas das mesas respectivas mostraram-na como a única mulher a integrar o grupo.

Em mais de uma ocasião, Carlota demonstrou ter a consciência exata da singularidade do espaço que ocupou no meio médico, tendo explorado a seu favor uma identidade médica na qual o fato de ser mulher aparecia não somente como um elemento de destaque, mas também como um elemento valorizante para sua carreira e seu itinerário pessoal. Nesse sentido, em 1963, quando ocupou o cargo de presidente honorária da ABMM que, apesar de simbólico, trouxe-lhe visibilidade pública, ela afirmou, voltando-se diretamente às sócias da organização:

(...) procurei me vestir muito mais severamente para frequentar as aulas, na convicção de que tomava uma decisão quasi pecaminosa. As minhas jovens colegas de hoje, nas suas toilettes ao rigor da moda, usando rouge e baton sem preconceitos, talvez não realizem que esse aspecto severo que às vezes as intimida e que as fizeram me escolher como Presidente nada mais é do que consequencia desse periodo de adaptação¹⁹.

As jovens colegas mencionadas aqui foram aquelas que, quase 40 anos após sua conquista do diploma médico, não viveram mais os problemas evocados, que foram tão seus. Entretanto, o que mais interessa em sua fala é que ela afirmou manter a mesma aparência severa 43 anos depois do início de sua formação médica, época em que adotara conscientemente essa forma de apresentação de si. E parecia ver com bons olhos essa severidade, pois a ela imputava, na mesma frase, a causa de sua recente eleição ao cargo de presidente da ABMM. Assim, além de neutralizar traços femininos, por demais estrangeiros aos espaços da Medicina dos anos 1920, considerava, posteriormente, o “aspecto severo” como sendo sinal e garantia de

¹⁸ Entrevista telefônica, dezembro de 2003.

¹⁹ Entrevista à revista médica *Pulso*, 1963, manuscrito, p. 11-12.

respeito e respeitabilidade. Respeito e respeitabilidade que talvez o “*rouge*”, o “*baton*” e as “*toilettes* ao rigor da moda” poderiam comprometer, pois, apesar dos anos passados, a seriedade profissional ainda passava, ao menos em sua opinião, por um apagamento dos “atrativos físicos” – elemento cuja ausência em sua apresentação física foi espontaneamente afirmada por alguns de seus próximos que puderam ser entrevistados. A neutralidade, condição da seriedade digna da ciência, por ela buscada na formulação citada acima (mas não só ali), é masculina. Nos anos 1940 e 1950, a respeitabilidade médica de Carlota foi utilizada por ela e por seu partido (UDN) para efeito de propaganda política²⁰. Sua identidade foi então envolvida por uma aura de retidão cuja origem se encontrava fora da política, situando-se, sobretudo, nos campos desinteressados – e neutros – da ciência.

Carlota não era uma mulher como as outras, e nem mesmo uma médica como as outras, já que o gosto pelas “*toilettes* ao rigor da moda”, pelo “*rouge*” e pelo “*baton*” parecia afastá-la de suas colegas de profissão. Mais do que isso: Carlota transformara tal diferença em distinção.

Quanto ao seu pronunciamento, pouco interessa saber se seu aspecto era ou não realmente “severo” aos olhos das jovens médicas com quem convivia na ABMM, e para as quais poderia simbolizar um modelo feminino e profissional. Porém – e é esse o ponto –, ela estava segura de parecer severa. Mais do que isso: tal imagem ocupava uma parte central em sua identidade, ela não só não a escondia, como dela não procurava fugir, tirando daí, ao contrário, uma ponta de orgulho. Tratava-se de uma imagem que, a seus olhos, resumia ou representava bem seu itinerário, sua vida, podendo tornar-se o traço que dela tenha se conhecido publicamente. Uma imagem severa garantia, ao que tudo indicava, uma completa ausência de fissuras entre o que ela acreditava e o que desejava ser, entre como se via e como queria ser vista. Sua experiência no convívio com os homens – e com o poder – ensinou-lhe que a severidade inspirava respeito, ao menos mais que a feminilidade. Ora, sua severidade – foi ela mesma que disse – estava no apagamento, mais ou menos intenso, dos traços da feminilidade socialmente reconhecíveis na apresentação física. Assim, de modo ambivalente, seu “aspecto severo” a satisfazia, representando o resultado de sua luta, do prestígio que conquistou, de seu pioneirismo e de sua singularidade. Mas esse mesmo aspecto permitiu, simultaneamente, a existência de julgamentos misóginos que teve de enfrentar, facilitando-os, dando-lhes um suporte físico e visível, pois estes, em inúmeros momentos de seu itinerário, apoiaram-se justamente em atributos físicos, lendo em seu corpo incompletude, ausência de feminilidade, índices de masculinidade, mas também uma exterioridade definitiva em relação aos espaços masculinos do social, devido a uma pertença incontornável ao universo do feminino.

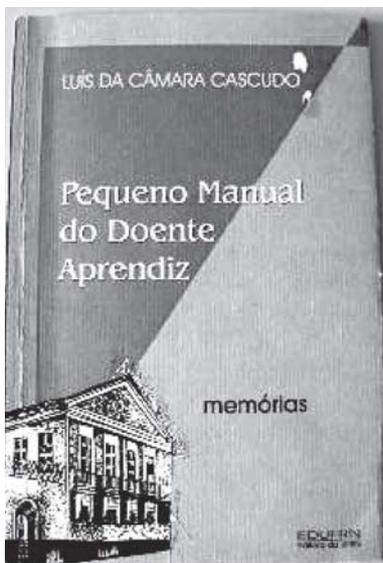
²⁰ Após seus mandatos dos anos 1930, Carlota foi ainda por duas vezes candidata à Câmara Federal, em 1945 e 1950, sem, porém, conseguir se eleger.

As modificações na atuação médica no Brasil: uma análise a partir das memórias de Câmara Cascudo e Eduardo Etzel

Yara Nogueira Monteiro

Introdução

Nesse trabalho analisamos as modificações sofridas pela Medicina no Brasil ao longo do século XX, e seus reflexos no atendimento dos pacientes, a partir de dois livros de memória resultantes de experiências vividas durante o tempo de internação. Esses livros possuem características peculiares, pois ambos escritos por pessoas “de dentro da área”; o primeiro, *O Pequeno manual do doente aprendiz*, é de autoria de Câmara Cascudo, intelectual potiguar mais conhecido por suas publicações como folclorista e antropólogo do que por seu passado como estudante de medicina em Salvador. O segundo livro, *Um médico do século XX vivendo transformações*, foi escrito por Eduardo Etzel médico paulista, filho de imigrantes, especializado em cirurgia. Dois autores com vivências bem diferentes e ao mesmo tempo complementares, cujas memórias nos trazem interessantes reflexões, e uma visão privilegiada, do modelo médico e da atenção à Saúde em nosso país, do início do século passado até os anos oitenta.



O Pequeno manual do doente aprendiz é um livro de memórias. Nele, Câmara Cascudo se declarou um aprendiz de doente e, a partir de um local restrito – o quarto do hospital –, observou, descreveu, analisou e registrou o cotidiano do Hospital das Clínicas de Natal, seu entorno e, através dele, seu tempo. Foi escrito durante suas duas internações: a primeira em agosto de 1967 e a segunda ocorrida em abril de 1968. O autor se referiu a essa obra como sendo um “ensaio de bom humor terapêutico e meditativo” e a dedicou ao seu médico. Em poucas páginas, Cascudo conseguiu apresentar

Reprodução da capa do livro de memórias de Câmara Cascudo

elementos para um quadro da trajetória da Saúde Pública no Brasil, construir tipologias, estabelecer conceitos, tecer comentários e considerações, refletir sobre o passado e suscitar questionamentos vários acerca das modificações ocorridas sobre hospitais, internações, processos terapêuticos e atendimento. Em diferentes trechos, compartilha conosco uma racionalização por vezes cáustica, ,por vezes divertida, sobre a trajetória e as modificações na atuação médica.

De seu lócus constituído pelo que ele denominou de três estações – cama, poltrona e janela –, teceu considerações sobre os mais diversos temas, que podem ser divididos em “externos” e “internos”. O primeiro bloco é constituído por análises da sociedade que o cercava, seu povo: costumes, religiosidade e medicina popular; neste bloco, transparece com maior força o historiador, o antropólogo, o etnólogo. Os temas “internos” discorrem sobre tópicos variados, tais como cenas cotidianas do hospital, doenças e doentes, medicação, enfermeiras, médicos, freiras e visitas. Aqui se percebe o olhar arguto de quem cursou quatro anos de Medicina, conhecia as regras do jogo e dominava o linguajar específico¹. A avaliação de quem confiava o corpo aos cuidados de profissionais conhecidos, porém que em paralelo se atualizava, lia a melhor bibliografia médica disponível sobre seu estado e que, delicadamente, conferia procedimentos. A análise que emergiu, desse segundo bloco, refere-se ao sistema visto, em especial, através da ótica do paciente: um observador privilegiado.

Ao se analisar o texto, verifica-se que o autor, dentre diversos temas, retratou de forma enxuta, e extremamente interessante, as modificações sofridas no âmbito da Saúde no Brasil, do início do século até o final da década de sessenta . Ao mesmo tempo que esquadrinhou passagens e momentos da vida, Cascudo descreveu e refletiu sobre as grandes transformações que ocorreram com a implantação do sistema de previdência social, que viria a transformar o cenário existente, lançando as bases da situação atual. Ele vivenciou as transições da época e atestou: *É preciso ter setenta anos para comparar os dois mundos em sua normalidade funcional*².

Transformações no modelo médico no Brasil

O modelo de médico existente nas primeiras décadas do século XX – o médico de família – era o profissional liberal, dono de seu consultório, cujo prestígio e respeito social advinham do exercício de sua profissão; embora o foco principal estivesse no consultório. Em geral dedicavam parte de seu tempo trabalhando em hospitais, ambulatórios, organizações filantrópicas e, em alguns casos, no ensino da

¹ CASCUDO, apesar de não ter chegado a se formar em Medicina, procurava manter-se informado sobre o assunto através da leitura de obras de publicação recente.

² CÂMARA CASCUDO, Luís da *Pequeno manual do doente aprendiz*. Natal: Edufrn, 1998. p. 22.

Medicina. Essas atividades traziam mais prestígio e conhecimento do que resultados financeiros, posto que muitas vezes eram exercidas em caráter filantrópico³.

Esse modelo denominado “Medicina Liberal”, que se consolidou entre 1890 a 1920, sofreu adequações nas décadas seguintes, passando por transformações substanciais nas décadas de cinquenta e sessenta. As modificações ocorridas no cenário nacional, os processos de industrialização, urbanização, aumento do mercado interno, do consumo de bens e serviços refletem e são refletidas nas formas de atendimento à saúde. Aos poucos, foi ocorrendo a substituição do modelo liberal por outro mais adequado ao novo sistema, surgindo então o de organização tecnológica⁴.

No final do XIX, tinha-se um número reduzido de médicos que atuavam em seus consultórios, nos poucos hospitais e em instituições filantrópicas, enquanto que grande parte da população recorria a práticos, parteiras e cirurgiões-barbeiros.

No século XX, com o desenvolvimento da industrialização e o aumento da população urbana evidenciou-se a necessidade de novas formas de atendimento que se responsabilizasse pela mão de obra industrial. Muito embora houvesse a atuação do Estado na produção de serviços de assistência médica, como da filantrópica exercida, em especial pelas Santas Casas. Surgiram, então, as sociedades mutualistas e de beneficência e com essas, aos poucos, foi se estruturando a Medicina Previdenciária. Nesse quadro, o médico poderia dispor de parte de seu tempo prestando serviços como assalariado, sem que a função do consultório fosse diminuída.

A partir da década de cinquenta, com o aumento do processo de industrialização, os centros urbanos cresceram em importância e passaram a gerar uma massa operária que tinha que ser atendida pelo sistema de saúde. Surgiram os grandes hospitais, os convênios-empresa, situação que se intensificou nos anos sessenta com o aumento do êxodo rural. Nessa década, verificou-se a incapacidade do modelo previdenciário de atender à crescente pressão do contingente populacional urbano, que demandava cada vez mais serviços de saúde, em uma época em que os custos cresciam demasiadamente, chocando-se com a insuficiência de recursos do Estado⁵.

³ Sobre o assunto, ver NOGUEIRA, Roberto Passos. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Unesp, 2007. p. 157 a 161.

⁴ Não existe uma uniformidade na denominação desse modelo. Lília Schraiber utilizou “Medicina Tecnológica” enquanto Roberto Nogueira preferiu “Medicina Neoliberal”.

⁵ Ver DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade*. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975; OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (Im) Previdenciária social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986; e SCHRAIBER, Lília Blima. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993 e *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

Ao se fazer um rápido retrospecto histórico do sistema de atendimento no Brasil, é possível constatar que, em 1966, foi criado o Instituto de Previdência Social, que representou uma extensão progressiva dos direitos sociais a todos os assalariados urbanos. Com isto, a assistência médica passou a ser assegurada a todos os beneficiários da Previdência⁶. Rapidamente foram implantadas as condições que colocariam o Estado como elemento principal no mercado de assistência médica e cuja participação no setor, através de prestação direta e indireta, chegou a ser de 90%. Em 1967, ano da primeira internação de Câmara Cascudo, dos vinte e oito mil hospitais existentes no País, vinte e três mil estavam contratados pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS

Todos esse movimento teve fortes reflexos na demanda de quadros técnicos, que pode ser avaliado, inclusive, pela expressivo aumento das escolas médicas no país. Até as vésperas do século XX havia apenas uma escola médica no País, em 1900 surgiram mais duas; em 1940 tinha-se treze. Entretanto foi a partir dos anos sessenta assistiu-se a um rápido crescimento, passando para vinte e sete cursos e, em menos de uma década esse número mais do que duplicou, e ao se chegar em 1971 já havia no Brasil setenta e três cursos médicos.⁷

Esse processo ocasionou reflexos diretos sobre a categoria dos médicos. A situação passava a ser bastante heterogênea, emergindo cada vez mais a figura do médico assalariado, tanto pela Previdência Social como pela rede hospitalar privada, ou ainda pelas instituições filantrópicas que, com a instauração da política do INPS, passaram a ter oportunidades de expansão por intermédio do benefício das novas fontes de custeio. Com isso, novas formas de organização foram implementadas. Por um lado, observou-se o rápido avanço de novas tecnologias, o alto custo dos equipamentos e dos investimentos requeridos, maior utilização de medicamentos e difusão de serviços de diagnóstico; por outro, verificou-se o aumento da necessidade de especialização, resultando na diferenciação das especialidades e no aumento da divisão de trabalho, com a paulatina substituição de um modelo de atuação do médico como profissional liberal para o de profissional assalariado.

Esse fenômeno foi bem descrito por Câmara Cascudo, que viu com apreensão seu desaparecimento. Saudoso, ele o descreveu em detalhes, destacou sua importância, descreveu sua postura, seu comportamento e teceu comparações: *Era um sacerdote, com a melancolia dos raros Iniciados. Possuía o segredo da vida e os processos de prolongá-la. Tinha a lentidão, autoridade, compostura de um cerimonial litúrgico. Nem pressa nem riso. No máximo, um sorriso amável e polido*⁸.

⁶ Sobre o assunto, ver MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

⁷ Ver SINGER. *Op. cit.*, e DONNANGELO, Maria Cecília F. *Op. cit.*, p. 49.

⁸ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 23.

Com as alterações introduzidas, o médico, apesar de ser visto como desempenhando importante função social, transformou-se num assalariado com deveres como qualquer outro. Em decorrência disso, parte da mística se perdeu e:

O sacerdote imponente tornou-se um colaborador regular, obrigatório na prática da especialidade. Outrora o doutor teria o segredo vital contra a Morte e o Padre o auxílio divino para a estrada do céu. (...) Agora são dois homens em serviço do Homem⁹.

A busca pela especialização e as transformações no campo médico

Ao se estudar a postura de Câmara Cascudo sobre a Saúde, emerge a visão do paciente saudoso do antigo modelo do médico de família. É interessante destacar a atualidade do seu discurso, pois, embora escrito há três décadas, diversas das idéias ali contidas continuam instigar importantes fóruns de discussão. Temas como o das características da profissão e do perfil do médico, da ética profissional, da dignidade, da motivação, da qualidade da atividade e da busca pela especialização voltam à pauta destacando o caráter individualista da profissão, devido à íntima ligação existente entre estes aspectos e as qualidades do profissional que a exerce¹⁰.

O rápido avanço das ciências e o acúmulo de informações acarretaram a impossibilidade do domínio, pelo profissional, da totalidade do conhecimento médico, resultando na necessidade da especialização, como uma forma de divisão técnica do trabalho. A primeira grande mudança decorrente da especialização foi a dependência entre os especialistas, uma vez que a fragmentação dos saberes dificulta a compreensão dos processos mais gerais que atuam sobre a saúde e, com isso, perde-se a compreensão da totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica.

A especialização também acarretou modificações nas carreiras uma vez que os especialistas passaram a ter melhores oportunidades de trabalho, salários e posição de destaque na hierarquia hospitalar¹¹. Assim, identificaram-se alterações de posturas e perspectivas. A visão de “medicina sacerdócio” foi sendo substituída pela busca de conciliação entre os ideais de carreira e as necessidades de mercado e de ganho pessoal.

O fenômeno denominado “excesso de especialização” também foi abordado por Cascudo que, ao analisar a passagem do antigo modelo médico para o do profissional especializado, teceu considerações sobre o processo e trouxe contribuições para a discussão sobre a necessidade de um novo tipo de profissional,

⁹ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op cit.*, p. 24.

¹⁰ Sobre o assunto, ver DONNANGELO, Maria Cecília F. *Op cit.*, p. 125 e seguintes.

¹¹ DONNANGELO, Maria Cecília F. *Op. cit.*; e CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Os médicos e a política de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 54.

denominado “médico geral”, apontando para a necessidade do profissional capaz de integrar, não a totalidade dos conhecimentos, mas sim a compreensão dos processos.

O quadro tão bem delineado por Cascudo não era exclusivo do Brasil, podendo ser encontrado tanto nos Estados Unidos como na Europa no mesmo período. Neste, a imagem do médico do antigo modelo passou ser visto como uma figura do passado, conforme se verifica na leitura de Porter: *The model personal physician or family doctor looms large in the public imagination, yet has the ring of myth*¹².

Ao se compararem as modificações ocorridas no Brasil com as de outros países, verifica-se que o fenômeno da substituição do médico que encarnava os princípios do modelo liberal por especialistas, com melhor remuneração, ocorreu com características similares, como atestou Larsen ao analisar a situação da prática médica na Noruega no mesmo período:

*Ser especialista resultava em maior prestígio social e sucesso financeiro. Desta forma, a definição de especialidade tinha conotação social além da significação científica e competência médica (...). O rápido crescimento e o aumento da ênfase na tecnologia, tanto na sociedade como um todo como na medicina em geral, nos anos 50 e 60, contribuíram para aumentar a relativa disparidade entre o especialista e o clínico geral. O que torna fácil entender o porquê de jovens médicos nos anos 50 e 60 procurarem tornar-se especialistas, deixando de lado a clínica geral*¹³.

A progressiva superação da medicinal liberal, assentada na figura do médico, no consultório particular, na independência de seu trabalho, em sua capacidade pessoal de cativar e manter sua clientela, foi gradualmente sendo substituída por outra forma de trabalho – a medicina de grupo. Esse processo, que resultou em restrições à autonomia profissional e em crescente assalariamento, teve reflexos diretos tanto no perfil de atuação médica como na percepção da sociedade sobre seu trabalho, modificações estas relatadas de forma precisa por Câmara Cascudo.

*O médico era uma entidade superior condescendendo em atender aos enfermos. Passou a ser portador de uma função útil, mas legitimamente normal e comum, designado para as tarefas das consultas. Cumpre um dever simples e lógico*¹⁴.

¹² PORTER, ROY. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*. New York/ London: W. W. Norton & Company, 1998. p. 669.

¹³ LARSEN, Øivind (ed.). *The shaping of a profession: physicians in Norway past and present*. Canton, MA: Watson Publishing International, 1996. Science History Publications/USA.,p. 354.

¹⁴ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 24.

As dimensões de caráter simbólico resultantes desse processo foram acentuadas por Cascudo ao apontar as modificações ocorridas na relação médico-paciente, na qual a antiga reverência ao profissional, a postura *de acanhamento, timidez, constrangimento nas comunicações* foram substituídas por outra que evidenciava um novo relacionamento, assentado em bases mercantis, a partir das quais, como com qualquer outro trabalho assalariado, passou a ocorrer a cobrança dos serviços: *No serviço médico de uma autarquia, um popular mais ou menos sórdido, dizia ao serventuário que explicava a ausência do facultativo: – Devia estar aqui! Ele é pago para isso*¹⁵.

Os médicos segundo Câmara Cascudo: a elaboração de uma tipologia

Cascudo percebeu as transformações ocorridas na área da Saúde com a passagem do modelo liberal para o tecnológico, as modificações ocorridas no perfil do profissional, e descreveu com maestria os fatores já referidos, tais como especialização, divisão de trabalho, assalariamento e perda de autonomia. A partir de sua percepção e vivência da época, conseguiu traçar um interessante quadro no qual retratou de forma sintética as modificações que ele vivenciou ao longo de seus 70 anos. Refletiu sobre o passado, analisou lembranças, observou o entorno e, por fim, elaborou uma interessante tipologia na qual estabeleceu três diferentes modelos de atuação médica e que se constitui em um dos momentos fortes de seu texto. Esses modelos, que ele denominou “categorias”, foram associados às camadas formadoras da terra. São elas: Basálticos, Graníticos e Aluviais.

Os **Basálticos** representam o modelo de médico do final do século XIX e início do século XX. Era o antigo do médico de família, que valorizava o contato com o paciente e o saber acumulado por anos de observação e de clínica:

*(...) são inamovíveis, devotos da Medicina que outrora estudaram, mantidos em linhas de contorno, mas modificados pela experiência, prudente e cauta, nos consultórios, enfermarias, salas de operação, convivência com o Mundo, variável e mutável. Leem o suficiente, e não o ornamental*¹⁶.

Os Basálticos acreditam na dedução, no aprendizado, no saber que vem da prática, e desconfiam das modernas práticas que sacrificariam a observação individualizada, dos exames laboratoriais suplantando a anamnese.

Sorriam de tabelas e padrões genéricos. Roupa feita para todo corpo. Serve para uns. Ineficaz noutros. Ah! Se o sintoma fosse característica

¹⁵ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 24.

¹⁶ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 45.

*imutável e privativa de cada enfermidade! A Semiologia não é o Quinto Evangelho. Nem o Laboratório é o Espírito Santo, definidor inapelável... Suspeita de gráficos e estatísticas, acreditando em palpite e olhometro*¹⁷.

Essa mesma postura era verificada com relação à terapêutica, na qual o remédio era individualizado, prescrito a partir da necessidade de cada paciente, portanto único e direcionado. Com isso, Cascudo retratou a evolução da indústria farmacêutica e teceu críticas aos procedimentos adotados. *Saudoso do Farmacêutico que foi derrotado pelo Droguista. Saudoso do tempo em que a receita era aviada. Feito o remédio para cada enfermo. Posologia individual e não coletiva, anônima, indistinta*¹⁸.

Esse grupo se caracteriza pela atenção individualizada do paciente, a particularização dos sintomas, a necessidade da atenção, da reflexão de cada caso como se único fosse. Para os Basálticos, *Medicina clínica é Paciência*.

A postura profissional desse primeiro grupo foi caracterizada por Cascudo pela afeição discreta e por desinteresse financeiro. Seus integrantes são descritos como uma presença amiga, ao mesmo tempo próxima e distante, devido ao tipo de atuação que deles se esperava: *Eram simples, cerimoniais, sérios, arredios de intimidades niveladoras. A afeição ao amigo doente tomava outro aspecto, sem diminuir a intensidade cordial*¹⁹. Esses profissionais gozavam de prestígio, respeito e reconhecimento social. O atendimento aos pacientes, as visitas domiciliares e o fato de, em muitos casos, haver a gratuidade dos serviços resultavam em uma espécie de moeda de troca, em que se esperava o exercício da reciprocidade: *Também era desprimor, ingratidão, vileza, cobrar qualquer coisa ao médico a quem todos deviam favores*²⁰.

O segundo grupo, os **Graníticos**, foi definido como sendo composto pela geração posterior, vizinhos dos Basálticos, já forjado nas modificações havidas nas décadas seguintes e em novas ideias, em especial da Medicina Preventiva. “Leem mais, viajam mais, mesma atitude *suspica* às novidades salvadoras. *Devotos da deusa Higeia. Medicina Preventiva (...). A Clínica é uma investigação do Delito. A Cirurgia é a captura do Criminoso*”.²¹ O exercício cotidiano da profissão ainda estaria calcado nos moldes do início do século:

Acreditam mais na prática e muito parcialmente no manejo do laboratório. Ainda preservavam características do médico de família,

¹⁷ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 45 e 46.

¹⁸ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 46.

¹⁹ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 23.

²⁰ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 23.

²¹ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 46.

*confiavam mais no diagnóstico realizado a partir da anamnese feita nos antigos moldes. (...) Conservam o matiz, compostura, dignidade cortês dos médicos do passado*²².

Os Graníticos mantinham determinados comportamentos que ajudavam a dar continuidade à identidade social que o grupo havia construído ao longo dos anos e que se refletiam, inclusive, em determinadas formas de sua representação social. O modo de se relacionar com os diferentes grupos sociais também contribuía para refletir sua imagem social: *Gostam de elogios discretos, comedidos, oportunos. Notadamente, fatos relativos à sua atuação médica (...). Citam sempre a Ética Profissional como um artigo de Fé*²³. A postura pessoal também era objeto de cuidado e o modo de vestir, por sua vez, refletia o comportamento esperado e a respeitabilidade requerida: *Manga de camisa e slack colorido em uso rueiro é pecado mortal contra a indumentária tradicional médica*²⁴. A forma de falar era um dos meios utilizados para exprimir sua identidade social e seu profissionalismo: *Médico que não falasse difícil não exibia competência*²⁵. Desta forma, através de diferentes recursos de identificação, ficavam claros os símbolos de prestígio que destacavam o profissional médico dos demais, gerando admiração e respeito social.

Esse segundo grupo, por meio de uma série de fatores, em especial o tipo de clínica exercida, conseguia manter uma rede de relações profissionais, de amizade e de respeito que se refletiam na manutenção de sua clientela com repercussões nos grupos familiares. *Conservam prestígio inabalável na família doente, mãe, esposa, filhos*. Em suma, o grupo dos Graníticos representaria a ponte que liga a geração médica anterior aos médicos por ele denominados de “modernos”, e se caracterizaria por conservar *o matiz, compostura, dignidade cores dos médicos do passado*²⁶.

O terceiro grupo é denominado **Aluvial** e é constituído pelo que seria o médico do final do século XX, atento para o rápido avanço das pesquisas e das modificações do setor. Ele foi retratado como sendo um profissional dedicado, voltado para o futuro e, simultaneamente, alguém que se preocupava com empregos bem remunerados e com o conforto. Cascudo, ao mesmo tempo que assinalou o compromisso desse grupo com o exercício da profissão e a dedicação aos pacientes, apontou para as modificações havidas com relação à pretensão de ascensão financeira e prestígio.

²² CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 48.

²³ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 48.

²⁴ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 48.

²⁵ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 23.

²⁶ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 48.

O Aluvial é filho do século XX, herdeiro da cotidianidade científica, arauto dos Tempos Felizes, contra a Morte, a Fome, a Injustiça Social. Exerce a medicina com entusiasmo e orgulho, alegria de uma missão superior, enobrecedora, radiosa. Adora o Conforto. Detesta a Economia dominadora, opressiva, governante. Perde bailes para disputar uma vida pobre, agonizante, desconhecida²⁷.

O extraordinário desenvolvimento das ciências biológicas, que ocorreu de forma mais rápida a partir da segunda metade do século XX, evidenciou o problema do curto espaço de tempo entre as novas descobertas e os efeitos delas decorrentes, verificando-se a necessidade da constante atualização²⁸. Cascudo percebeu e descreveu esse movimento com extrema clareza quando apresentou as características da nova categoria de médicos: *Os Aluviais são inquietos, agitados, curiosos por todas as modificações médicas. Inseparáveis de livros e revistas, Congressos, Simpósios, Encontros. Apóstolos da especialização, explicáveis pela amplitude dos resultados no plano pesquisador, in vitro in vivo²⁹*. A necessidade contínua de atualização é vista como um caminho perigoso que poderia desembocar na superficialidade:

São motores de rotação perpétua, mobilizados para a marcha idealista no plano da ação profissional. As leituras ininterruptas não permitem sedimentações, assentamentos, concentração. Evaporam-se substituídas pela nova carga, deixando resíduos essenciais para o Entendimento³⁰.

Os riscos ocasionados pela utilização de novos procedimentos e medicamentos também foram lembrados no texto, assim como seus possíveis reflexos na atuação profissional: *são os mártires das primeiras críticas, as vítimas iniciais do entusiasmo³¹*.

Uma das principais diferenças apontadas por Cascudo entre os três grupos reside no exercício da clínica. Enquanto os dois primeiros grupos davam mais importância para a observação, os Aluviais se importavam mais com a especialização, em detrimento da reflexão.

As modificações ocorridas no setor, em especial durante os anos sessenta e setenta e que geraram profundas transformações, tais como a substituição do trabalho liberal pelo assalariamento, a perda de importância do consultório, diante do crescimento das grandes organizações, e a busca do lucro, também foram

²⁸ Sobre a evolução das ciências biológicas e seus reflexos no campo das diferentes ciências, ver BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida*. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1993. p. 19 e seguintes.

²⁹ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 48.

³⁰ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 49.

³¹ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 50.

objeto de reflexão por Cascudo. Ao discorrer sobre os Aluviais, ele abordou as alterações ocorridas nas relações com os colegas e com os demais profissionais da área da Saúde, uma vez que o médico assalariado tinha que lutar por seu emprego e sua manutenção, especializar-se para destacar-se dos demais e garantir melhor remuneração, enfrentar a opinião de seus pares: *Temem mais os colegas que a Justiça Divina*³². Esse complexo quadro teve reflexos inclusive nos vínculos entre médico e paciente, como afirmou Porter:

*The patient and doctor nexus was challenged by the march of science. Private doctors must, within limits, give patients what they want. The doctor who has to live by pleasing his patients in competition with everybody who has walked the hospital, scraped through the examination, and bought a brass plate*³³.

E tal panorama foi descrito por Cascudo como tendo gerado “*médicos apressados, displicentes, maquinais*”³⁴.

Através da construção dos três grupos modelares, o autor conseguiu apresentar de forma sintética o histórico dos diferentes tipos de atuação médica exercida durante o século XX. O primeiro apresentado como sendo a base de sustentação, a matriz de tudo; o segundo grupo como a continuidade necessária, indispensável à manutenção do equilíbrio; e o terceiro como o fator dinâmico capaz de propiciar o desenvolvimento do conhecimento e sua aplicação:

*O Basáltico é o fundamento, o chão, a raiz. (...) O Granítico, pilar de sustentação, balaustrada vistosa e linda que mantém o edifício no plano da elevação (...). O Aluvial é a terra de plantio, o abrigo da semente que se fará fruto para a Continuidade (...). Nem tudo germina, mas tudo é semeado na inquietação mental do euforismo (...). Essa disponibilidade adaptacional possibilita o desenvolvimento renovador das técnicas*³⁵.

Os novos tempos: visões e reflexões de Cascudo

Ao se estudarem as modificações ocorridas no âmbito da Saúde ao longo do século XX, pode-se verificar que as alterações havidas no exercício da profissão médica ocorreram também em determinadas normas de conduta, com reflexos diretos tanto no uso de sua ciência como em valores éticos. Essas modificações

³² CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 49.

³³ PORTER, Roy. *Op. cit.*, p. 671.

³⁴ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 23.

³⁵ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 50.

foram analisadas por Cascudo, que as observou e estabeleceu diferenças que apontam para uma diluição de determinações conceituais, tidos como basilares nas primeiras décadas do século, e as alterações ocorridas ante a pressão dos novos tempos. Enquanto que, para os profissionais médicos das primeiras décadas do século, *a ética profissional se constituía em artigo de fé* e concepções morais norteavam obrigatoriamente os procedimentos, nos anos sessenta já se instalava outro padrão, no qual prevaleceria a questão da eficiência: *A falência moral e privada não tem influência alguma sobre a idoneidade técnica. Um peculatório pode ser administrador e um ladrão, economista. Interessa a produção realista em serviço da coletividade, e não as deficiências funcionais éticas*³⁶. Com o estabelecimento das grandes organizações burocráticas, os valores éticos teriam sido substituídos pelos de mercado, o que transformaria o paciente em cliente. Cascudo analisou todo o processo como sendo uma negação dos valores e da ética médica liberal, ao defini-los como: *afanados obreiros da Desmoralização Médica, fartos cupins de clínicas elegantes, (...) Higeia calipígia são os totens desse clã de bastardia profissional insaciável e oco, despudorado e solene, repugnante e simpático*³⁷.

Num retrospecto da situação da Saúde no Brasil, a partir dos anos sessenta, verifica-se que os convênios firmados pelo INPS se constituíram num dos importantes fatores que propiciaram o aparecimento de um setor empresarial no interior do sistema de produção privada dos serviços de saúde. Estes também foram objetos de análise por Cascudo, que os definiu como *fauna sinuosa e rastejante dos industriais da Ganância*³⁸, deixando evidente a tendência de negação do trabalho médico nos moldes tradicionais e a afirmação do lucro como produto almejado.

Outro importante tópico abordado por Câmara Cascudo foi o da relação entre as terapêuticas adotadas e a evolução da indústria farmacêutica. Ele discutiu as transformações com relação às medicações e prescrições, comparando as antigas às modernas, estas mais bonitas, coloridas e palatáveis. Num misto de encanto, apresentou sua desconfiança quanto à eficácia: *Dá-me vontade derramar os meus remédios na colcha da cama e brincar com eles. Não juro que sejam úteis, mas garanto que são bonitos*³⁹. O autor também abordou o desaparecimento das receitas aviadas e debateu a importância das relações entre médico e farmacêutico, e ainda as modificações ocorridas com relação às prescrições, recordando quando a posologia era *individual, e não coletiva, anônima, indistinta*, permitindo reflexões sobre os novos tempos nos quais imperavam as drogarias e seus atendentes.

³⁶ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 49.

³⁷ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 50.

³⁸ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 50.

³⁹ CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Op. cit.*, p. 58.

Cascudo comentou ainda, com fina ironia, como esse processo foi sentido e absorvido pelos diferentes tipos de médicos. Para tanto, referiu-se às doenças iatrogênicas, ou seja, decorrentes de tratamento médico errôneo ou inadvertido. É interessante como, em apenas um parágrafo, ele conseguiu traçar todo um quadro abrangendo a problemática resultante do uso abusivo de antibióticos, do excesso de vitaminas, dos óbitos decorrentes do uso de barbitúricos e sedativos, do emprego abusivo de radiações com o aparecimento de câncer e leucemia, das transfusões desnecessárias que figurariam como *demônios surgidos dos anjos terapeutas*. Com humor, estabeleceu comparações com práticas da medicina popular, lembrando um curandeiro do Ceará ao dar explicações à família de um cliente que teria sucumbido às suas garrafadas *garanto que seu pai morreu muito melhorado*⁴⁰.

Relação médico paciente vista por Etzel: a fragmentação

As novas técnicas científicas, a evolução de máquinas e equipamentos, a sofisticação da aparelhagem e procedimentos diagnósticos contribuíram para acelerar o processo de mudança no tipo de atendimento médico. Os altos custos fizeram com que a aquisição do aparelhamento necessário só se tornasse viável em hospitais ou organizações mais amplas, processo este que colaborou para a modificação da relação médico-paciente. O modelo anterior, que tinha por base o consultório isolado, perdeu seu sentido tradicional, uma vez que utilizava técnicas simplificadas. Como decorrência, o paciente acabou por se vincular mais à instituição do que ao médico. Com isso, organizaram-se clientela coletivas atreladas a uma empresa de saúde ou hospital, propiciando o aparecimento de clientela institucionalizada, onde os vínculos entre paciente e profissional se despersonalizam e se diluem.

Essa situação, tão bem relatada por Cascudo nos anos sessenta já demarcava um processo bem definido, que resultaria na total impessoalidade a ser instalada nas décadas seguintes. Para verificarmos o ocorrido na década de oitenta nos valem os de outro livro de memórias, escrito por um médico paulista, Eduardo Etzel, especializado em cirurgia de tórax⁴¹, Este teve uma experiência similar a de Cascudo, quando, aos 80 anos, teve que permanecer internado por dois meses no InCor – hospital de alta complexidade⁴². A experiência por ele vivenciada durante o período de sua internação permitiu que elaborasse interessante análise sobre a relação médico-

⁴⁰ CÂMARA CASCU DO, Luís da. *Op. cit.*, p. 21.

⁴¹ Eduardo Etzel nasceu em 1906. Filho de imigrantes italianos, sobreviveu à febre amarela. Formou-se em Medicina em 1931 e atuou como médico durante a Revolução de 1932. Vivenciou as transformações pelas quais passou São Paulo.

⁴² InCor – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É reconhecido como centro de excelência internacional nas áreas clínica e de ensino em Cardiologia, Medicina Cardiovascular e Cirurgia Cardiovascular.

paciente, propiciando a comparação entre o modelo da medicina liberal, que ele exerceu em sua juventude, com a que se estabeleceu após a alta especialização.

Minha experiência profissional como médico, minha experiência caldeada em meio século de trabalho, poderá ser comparada com tudo o que presenciamos e assistimos nesta atual fase da medicina brasileira, onde se mistura o melhor com o pior numa desproporção inquietante⁴³.

A experiência vivenciada durante anos de prática médica e aquela adquirida nos meses em que se tornou paciente contribuíram para a elaboração de análise precisa do sistema em suas particularidades:

Era também o tempo do cirurgião e seu paciente terem uma relação direta até a retirada dos pontos e a alta. O médico inteiro diante de paciente também inteiro. À medida que a medicina avança em medicamentos, em técnica e em aparelhagem, esta relação antes íntima vai se adelgaçando até chegar a proporções atuais em que a assistência médica se fragmenta entre assistentes e especialistas a ponto do paciente, se anônimo, desconhecer quem o tratou, onde e quando⁴⁴.

Nesse novo contexto, as dinâmicas organizacionais são diversas e complexas, tanto que Etzel ao mesmo tempo que assinalou o avanço tecnológico, a precisão dos equipamentos, a capacidade do pessoal técnico, apresentou crítica interessante aos novos tempos nos quais o contato físico médico-paciente tornou-se praticamente inexistente.

É a rotina diária já que cada um atende a um fragmento do paciente na sua esfera de especialização. A complexidade moderna obriga a essa virtual fragmentação de tudo, a começar pelo cirurgião nominal que faz exclusivamente as pontes nas coronárias e, por isso mesmo, pode operar vários pacientes no mesmo dia variando as equipes. Não tem que se preocupar em assistir no pós-operatório, pois esse período tornou-se também complexo, exigindo especialização⁴⁵.

Essas reflexões apontam para a fragmentação acarretada pela especialização e seus reflexos na tanto da adoção de procedimentos como, em especial, no contato com o paciente. Este, mesmo tendo consciência do processo como um todo, o vínculo com o profissional se dilui na alternância da equipes. Os rostos deixam de ser familiares e os contatos passam a ser regidos por outros parâmetros regidos pelo profissionalismo.

⁴³ ETZEL, Eduardo. *Um médico do século XX vivendo transformações*. São Paulo: Edusp, 1987. p. 4.

⁴⁴ ETZEL, Eduardo. *Op. cit.*, p. 232.

⁴⁵ ETZEL, Eduardo. *Op. cit.*, p. 233.

Dentro da moderna Medicina, tanto no Brasil como em outros países, na qual organizações administrativas são revestidas de maior complexidade com importantes reflexos na organização técnica e na especialização, o paciente deixou de ser visto como indivíduo, para se tornar um *caso*, como bem assinala Porter: *Patients may a consequence criticize modern medicine for reducing them to the status of walking stomachs, blood sugars, heart valves, or whatever is the seat of their disease*⁴⁶.

Considerações finais

A análise dos discursos de Cascudo e de Etzel, revelam a riqueza contida nos livros de memória, trazendo importantes elementos que contribuem para a compreensão da Medicina como prática técnica e social, importantes reflexões sobre a profissão médica e sua inserção no mercado, bem como a transformação da medicina em mercado. Ambas foram escritas sob a ótica do paciente, que passa a vivenciar em seus próprios corpos o cotidiano da internação, as incertezas sobre o resultado das terapêuticas, as necessidades de atendimento, a importância da humanização. O fato de o primeiro relato ter sido feito nos anos sessenta e o segundo, nos anos oitenta, permitiu cobrir o transcurso da Saúde Pública no País durante quase um século. Dentro disso, as análises ganharam importância especial para a reconstrução concreta das diferentes trajetórias que nos permitem melhor compreensão das transformações ocorridas com profissionais e organizações de saúde durante o século XX. Portanto, a guisa de conclusão, nada melhor do que a frase escolhida por Etzel para encerra seu livro de memórias “*pois não só vivi como experimentei transformações*”.

⁴⁶ PORTER, Roy. *Op. cit.*, p. 671.

Referências

- BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida*. São Paulo: Hucitec/Cebes, 1993. p. 19 e seguintes.
- CÂMARA CASCUDO, Luís da. *Pequeno manual do doente aprendiz: notas e imaginações*. Natal: Edufrn, 1998.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Os médicos e a política de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e sociedade*. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ETZEL, Eduardo. *Um médico do século XX vivendo transformações*. São Paulo: Edusp, 1987.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL – INPS. *Relatório Síntese*, exercício de 1968. Brasília: INPS, 1969.
- LARSEN, Øivind (ed.). *The shaping of a profession: physicians in Norway past and present*. Canton, MA: Watson Publishing International, 1996. Science History Publications/USA.
- MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Do físico ao médico moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Unesp, 2007.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. (Im) Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.
- PORTER, Roy. *The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity*. New York/London: W. W. Norton & Company, 1998.
- SCHRAIBER, Lília Blima. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- _____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- SINGER, P.; Campos, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e curar: O controle social através dos serviços de saúde*. Forense-Universitária, 1988.
- STARR, Paul. *La transformación social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

ARQUIVOS E FONTES DOCUMENTAIS



Real Gabinete Português de Leitura s/d Foto de Edu Mendes. Imagem cedida pelo acervo do Real Gabinete Português de Leitura - Rio de Janeiro.

No silêncio de seus arquivos, as misericórdias nos falam

Yara Aun Khoury

A oportunidade de nos reunirmos num debate em torno de memória, saúde e arquivos originou-se de situações que temos vivido nas últimas décadas: o maior reconhecimento que a preservação da memória vem adquirindo, tanto em áreas profissionais como no conjunto da sociedade; uma valorização mais adequada dos arquivos entre as instituições de preservação, como canais significativos de diálogo com o passado para melhor compreendermos o presente e construirmos o futuro.

Temos vivido, também, uma aproximação entre áreas profissionais, alimentando um diálogo interdisciplinar nas pesquisas e reflexões a partir de um olhar comprometido com questões do social. Essa aproximação, no meu entender, é fruto da ampliação (e também a provoca) dos horizontes de cada uma dessas áreas, que se expressa na busca de uma compreensão mais aprofundada e articulada de questões sobre as quais nos indagamos a respeito de saúde, assistência social, marginalidade como problemáticas do social, que demandam reflexão e encaminhamentos. Pensar nas questões da saúde, por exemplo, revela o esforço de tentar compreendê-las para além de sua dimensão biológica e orgânica, incluindo o conjunto das circunstâncias nas quais se gestam, como são valorizadas e tratadas.

Nessa perspectiva, falar sobre o projeto que gerou o *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil* significa exercitar uma reflexão e um diálogo, tanto no que diz respeito ao significado de um projeto dessa natureza e ao seu desenrolar quanto ao potencial desses arquivos na busca de compreensão de trajetórias vividas em âmbitos diversos, por meio das quais se forjaram dimensões da experiência social, de áreas profissionais e de serviços públicos, dentre as quais as referidas à Saúde.

Vejo, então, aqui a oportunidade de levantar algumas questões para refletirmos coletivamente sobre possibilidades e limites dentro dos quais realizamos nossas pesquisas, sobre maneiras como lançamos olhares na direção do passado e lidamos com ele, com vistas a contribuir para a construção de um futuro melhor a partir de nossas áreas específicas de trabalho.

Falando como historiadora e trabalhando com arquivos históricos, os centros de documentação em várias universidades que realizam um trabalho comprometido

com questões do social têm procurado reunir conjuntos documentais, produzir e divulgar instrumentos de pesquisa que permitam ampliar os horizontes de estudo e agilizar o trabalho dos pesquisadores em diversas direções. Com isso, têm criado condições mais amplas para um diálogo com o passado e com a memória.

O Cedic¹, da PUC-SP, trabalhando nessa direção, além de constituir seu próprio acervo e de disponibilizar serviços e equipamentos especializados para a atuação do pesquisador, investe na produção de referências para a pesquisa, dentre as quais produziu o *Guia dos arquivos das Irmandades das Santas Casas de Misericórdia do Brasil*².

Esta não foi uma tarefa fácil. Apesar da acolhida que tivemos na Confederação Internacional, nas federações das Misericórdias, em prefeituras locais e secretarias municipais da Saúde, encontramos condições muito adversas. Identificamos 475 Irmandades no Brasil, constituídas entre 1539 e 2000, localizadas nas mais diversas regiões do País, abrangendo longas distâncias a serem percorridas no curto período de um ano e meio. Dentre os grupos mais numerosos, São Paulo detém 240 Santas Casas; Minas Gerais, 94; Bahia, 34; Paraná, 31. Nossa expectativa de poder contar com a colaboração de funcionários do lugar, para nos dar as primeiras informações, em resposta aos questionários enviados, teve um retorno muito limitado. Na grande maioria dessas instituições, questões mais urgentes, nas rotinas diárias, dificultam uma dedicação maior aos arquivos. Ainda que algumas reconheçam a importância da preservação de seu patrimônio documental, os recursos e o tempo disponível são extremamente escassos, assim como o pessoal qualificado para um trabalho dessa natureza.

Ao termos que tomar em mãos toda essa tarefa, constatamos ser impossível abarcar as 475 Santas Casas. Decidimos, então, trabalhar com as 110 mais antigas, criadas desde o século XVI até 1900 e em funcionamento até hoje, por elas deterem a maior parte da documentação em fase permanente, também chamada de histórica, e por esta cobrir períodos mais longos. Embora as dificuldades continuassem, as proporções do trabalho haviam diminuído.

Percorrendo longos trajetos para visitar esses arquivos, fomos refletindo sobre os significados dessa abrangência em tempos tão remotos e sobre o papel

¹ Centro de Documentação e Informação Científica, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

² Projeto “Guia dos Arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, 1500-1900”, realizado pela Equipe do Cedic-PUC/SP, por solicitação da Coordenação Técnica do Projeto Resgate “Barão do Rio Branco”, do Ministério da Cultura, para a comemoração dos 500 Anos do Descobrimento do Brasil. Contou com a colaboração de professores e alunos do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, para o levantamento nesse Estado, e da Universidade Católica de Goiás, para o levantamento da região Centro-Oeste. O resultado do trabalho gerou a publicação do mesmo nome: KHOURY, Yara Aun. (coord.). *Guia dos arquivos das Santas Casas de Misericórdia do Brasil, 1500-1900*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo/PUC-SP/Cedic/Fapesp, 2004, dois volumes.



Fachada da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, [s.d.]. Foto de Nadja Oliveira cedida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

dessas instituições na lida com as doenças, algumas bem específicas, pouco ou nada conhecidas pelos europeus. O que significava ter que dar conta desses problemas naqueles lugares e tempos precisos?³

Modos como se constituíram algumas Misericórdias dizem muito da história de certas regiões. Boa parte encontra-se próxima da costa, enquanto outras avançam para oeste, beirando rios, como a de Manaus, no Amazonas, ou acompanhando a construção de estradas de ferro, como a Mogiana e a Sorocabana, seguindo e facilitando a expansão cafeeira no Estado de São Paulo. Muitas foram constituídas em cidades portuárias e comerciais, que hoje já não cumprem os mesmos papéis de então, como São Vicente (1543), Angra dos Reis (1836), Cabo Frio (1837), Paraty (1822) e Resende (1835). O mesmo ocorreu com os processos de desbravamento de regiões, nos quais as Misericórdias tiveram uma presença expressiva (Uruguaiana). Podemos notar, também, que capitais atuais não foram as primeiras a ter uma dessas Irmandades.

Pela cartografia dessas Santas Casas, relacionada à cronologia de instalação das mesmas, é possível apreender momentos históricos vividos, problemáticas

³ O caso da Santa Casa de Fortaleza é um exemplo, quando a forte seca e a fome, em 1845, geraram epidemias de cólera e varíola. A ideia de constituir uma Santa Casa já vinha sendo alimentada desde 1839, mas só em 1847 foi autorizada e oficializada em 1861. Isso dá mostras da lentidão desses processos, requerendo muitas gestões, o que não é muito diferente dos tempos atuais.

enfrentadas, necessidades e expectativas, além da cultura (entendida como modo de vida) própria de cada momento e lugar.

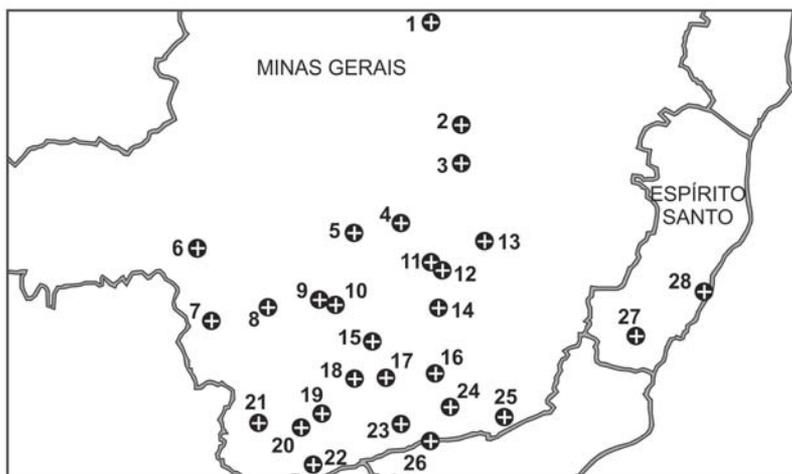
Além das distâncias, algumas Santas Casas não tinham nem telefone para agendamento prévio das visitas. Exceção feita a alguns arquivos muito bem cuidados, como o de Porto Alegre, muitos se encontravam em depósitos, galpões ou salas, por vezes dispostos em caixas ou pilhas amarradas, expostas a goteiras, poeira, insetos e roedores, sem as condições mínimas de preservação. Os modos como esses arquivos são chamados nessas instituições – arquivo morto, inativo, almoxarifado, galpão, depósito – já anuncia a situação em que se encontram. Houve casos, como o de Vitória, no Espírito Santo (1545), em que as más condições de armazenamento não permitiram a consulta, nem mesmo para um levantamento geral preliminar; outros, como em Olinda, Pernambuco, onde foi criada a mais antiga Santa Casa do Brasil (1539), em que o acervo não foi encontrado. Alguns comentaram sobre sua destruição quando da invasão holandesa, mas não estamos certos disso. O mesmo comentário ocorreu em relação à Santa Casa da Paraíba (1585).

Apesar disso tudo, o primeiro contato com os acervos e o levantamento dos dados descortinou para nós um patrimônio documental, bibliográfico, museológico e arquitetônico muito rico.

As bibliotecas existentes são utilizadas por profissionais e estudantes de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social, além de outros pesquisadores. Algumas chegaram a organizar pequenos museus, expondo fotos, objetos, equipamentos e instrumentos hoje em desuso. Certos edifícios são suntuosos, expressando tendências arquitetônicas de épocas específicas, enquanto outros são mais simples, correspondendo às condições financeiras e às características de cada localidade. A própria organização do espaço dessas instituições diz muito das experiências vividas, entre doenças, tratamentos, relações entre profissionais e pacientes etc.

Mas foi em seus arquivos que encontramos a maior riqueza, apesar do estado em que se encontravam. O material documental mais volumoso data dos séculos XIX e XX. É patente a perda da documentação mais antiga; provedores e administradores atuais apontam, via de regra, o descaso ou o desconhecimento do valor dessa documentação.

Entre os mais de 200 arquivos encontrados nas respectivas dependências das Misericórdias, entre hospitais, faculdades, asilos, educandários e cemitérios, pudemos constatar que, quando se encontra um acervo melhor conservado, abre-se um horizonte amplo de possibilidades de pesquisa, sendo possível apreender dimensões dos universos culturais da vida dos lugares, ao longo dos séculos, dos modos como a saúde e as doenças eram pensadas, representadas e tratadas, da forma como saberes e serviços médicos se instalaram, se propagaram e se transformaram, influenciando na constituição das unidades hospitalares e vice-versa.



Localização das Santas Casas em Minas Gerais e Espírito Santo.

Constatamos, também que, embora a história das Santas Casas seja frequentemente associada à área médica e hospitalar, e muitas pesquisas se façam em torno das doenças propriamente ditas, seus arquivos oferecem informações preciosas sobre assistência social, administração pública, arquitetura e urbanismo, sobre a Igreja, congregações religiosas e a religiosidade, sobre práticas, ofícios e técnicas próprios de determinados tempos e lugares.

Enquanto os históricos encontrados, sobre essas instituições, destacam numa cronologia linear e evolutiva, fatos, doenças, pesquisas, serviços e personalidades que marcaram a vida de cada uma delas, seus arquivos dão mostras, para um olhar mais atento, de que a história vivida vai muito além do que se tem escrito sobre ela. Com esse olhar, podemos ter uma visão bem mais ampla e complexa dessas Irmandades; estudá-las é procurar compreender o imbricado feixe de relações por meio das quais as questões da saúde, por exemplo, se colocam na vida social; é buscar os significados mais profundos da participação dessas instituições na lida com as doenças e com a organização de dimensões da vida das cidades e localidades, estendendo-se, muitas vezes, por relações em nível regional e nacional.

Buscando compreender o espírito da época em que essas Irmandades foram criadas, e como se transformaram ao longo do tempo, podemos melhor apreender as formas que os princípios gerais, os quais nortearam sua implantação em tantos lugares, assumiram na vida cotidiana e perceber como e por que as Misericórdias significaram um apoio expressivo à administração colonial, como e por que os problemas de saúde se destacaram nesse período. Num continente inóspito, onde tudo estava por fazer, elas cuidaram de prover o atendimento médico nas localidades

onde se assentavam as bases da Colônia, atendendo às demandas de tratamento e isolamento de doentes em tempos de epidemias; socorrendo órfãos, crianças abandonadas, mulheres e idosos socialmente desamparados, mendigos e indigentes sem condições de sepultamento, vítimas da prostituição e de doenças discriminatórias, como a loucura e a lepra, encarcerados.

Elas surgiram, muitas vezes, do empenho de algum sacerdote, médico, boticário, farmacêutico ou prático local, preocupado com a situação precária ou de abandono da população carente, ou com a falta de um atendimento mais específico à saúde para todos os setores da população. Muitas Misericórdias foram criadas em momentos críticos, quando epidemias de varíola, febre amarela, cólera, ou a própria gripe espanhola, assolaram certas regiões do Brasil, tornando premente a organização de hospitais, enfermarias e isolamentos, muitas vezes improvisados. As instituições organizaram-se, na maior parte das vezes, em condições precárias, instaladas em chácaras ou em imóveis em desuso, cedidos por famílias abastadas do lugar.

Os conjuntos documentais nos alertam para essas dimensões e permitem usos para localizar as unidades hospitalares e assistenciais, ou documentos probatórios, como registros de internação, prontuários médicos e certidões de óbito; possibilitam pesquisas as mais diversas, desde dimensões da organização da vida e da administração das cidades, até parte substancial da história e da memória da Medicina, da Farmácia, do ensino médico e de Enfermagem, além do ensino básico, passando pela assistência à saúde e social, e contribuindo para a expansão dos serviços públicos.

Acompanhar a função dos mordomos, nessa documentação, e dos serviços que lhes foram subordinados nos permitiu observar rotinas diárias e a complexidade da administração das Irmandades: as atividades ampliaram-se, reduziram-se ou se modificaram, conforme as demandas, as perspectivas, as pressões e os limites vividos nas cidades e nas próprias Misericórdias. Entre as mais antigas, há mordomos dos hospitais, dos cemitérios, dos presos, dos expostos, dos testamentos, das capelas, das obras da botica.

Funções como atendimento aos órfãos, a viúvas e mulheres desamparadas, aos velhos, aos presos, aos loucos, aos mendigos, aos mortos indigentes sem possibilidade de enterramento caracterizaram-se, inicialmente, por uma forte perspectiva de caridade religiosa. Além da guarda dos recém-nascidos colocados na roda dos expostos, muitos órfãos encontraram abrigo nos orfanatos organizados pelas Misericórdias, quando pais e parentes eram internados ou, mesmo, faleciam nos hospitais, situação corrente em períodos de epidemia. O fato de as Misericórdias aparecerem como proprietárias de cemitérios na quase totalidade das cidades onde elas se constituíram aponta para essa outra dimensão da lida com as doenças nos tempos passados.

Uma consciência mais ampliada dessa dinâmica nos conduz a pensar as questões da Saúde não de maneira isolada, mas na imbricação das relações entre situações de abandono, doença, morte e carência de serviços na vida das cidades.

Com o passar do tempo, certas funções exercidas pelas Misericórdias assumiram outras conotações no seu próprio interior ou se transformaram em serviços públicos; criaram-se secretarias específicas na administração pública das cidades, que reuniram, por vezes, mais de uma dessas funções. Estudos atuais, por exemplo, sobre crianças e adolescentes (menores abandonados), marginalidade (mendicância), idosos, aposentados e terceira idade (velhice), deficientes mentais (alienados), e sobre serviços e formas de amparo a eles, encontram nos arquivos das Misericórdias informações muito ricas⁴.

Embora grande parte das Misericórdias tenha contado com o contributo das classes mais abastadas de cada localidade e de algum reforço do governo local, estadual ou federal, a maioria nem sempre teve os recursos necessários para o seu bom funcionamento. Se, por um lado, muitas delas estiveram na base do desenvolvimento da Saúde Pública nos Estados, outras foram afetadas por essa expansão, chegando mesmo a fechar. Tanto num caso como no outro traduzem modos como se deu o processo de implantação do Sistema Unificado de Saúde – SUS, no século XX.

Além dos hospitais e enfermarias, as boticas das Misericórdias foram espaços significativos de constituição, adaptação e reorientação de práticas e de saberes médicos, farmacêuticos e farmacológicos, nos quais certas Santas Casas do Brasil são, ainda hoje, uma forte referência. Vale lembrar que o Primeiro Simpósio de Plantas Medicinais foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1967, sob a liderança de profissionais da Casa⁵.

Informações sobre a organização e as rotinas das boticas, nos hospitais, são sugestivas para pesquisas sobre medicamentos e técnicas, manipulação de fórmulas medicinais. Estudos sobre plantas medicinais, hoje em destaque entre grupos de pesquisa, laboratórios e as indústrias farmacêuticas e de cuidados com o corpo, podem encontrar informações úteis nos registros das boticas e nos demais.

Embora o Guia produzido se refira aos arquivos não correntes das Santas Casas criadas entre os séculos XVI e XX, e ainda que esses arquivos cubram períodos mais longos, é muito importante conhecer a realidade de grandes e pequenas Santas Casas criadas a partir de 1900. Lamentavelmente, não tivemos

⁴ Vemos asilos de alienados converterem-se em hospitais psiquiátricos; hospitais de lázaros especializarem-se em unidades de Dermatologia; enfermarias de azougue transformar-se em unidade de Ortopedia. A Enfermaria Nossa Senhora do Socorro, adaptada, de urgência, em uma chácara, em meados de 1855, por ocasião de uma epidemia de cólera no Rio de Janeiro, é hoje um hospital especializado em atendimento geriátrico; o Hospital Nossa Senhora das Dores, criado em 1884 para atender a tuberculosos, também no Rio de Janeiro, transformou-se em Hospital Geral das Clínicas na década de 1960.

⁵ Obra de referência: FERNANDES, Tania Maria. *Plantas medicinais, memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

como incluí-los nesse projeto, mas sua documentação é valiosa e encontra-se em risco pela falta dos cuidados e tratamento necessários.

A grande maioria dos arquivos das Misericórdias não é institucionalizada. Tirando alguns casos excepcionais, muita documentação ainda se perde, como na Santa Casa de Ilhéus, em que os prontuários médicos anteriores a 1995 foram simplesmente eliminados. Boa parte dos acervos encontra-se na situação crítica apontada e pouco acessível; a localização dos documentos é complicada, por falta de tratamento técnico e por estes se encontrarem, às vezes, dispersos em vários depósitos. Por outro lado, as autorizações para consulta são, muitas vezes, difíceis.

Algumas Santas Casas, reconhecendo o valor de seu patrimônio documental e não dispendo de espaço e condições para preservá-lo, recorreram a empresas especializadas na guarda de documentos, como o caso da de Belo Horizonte, que enviou prontuários médicos de 1987 a 1998 à empresa Memovip, por falta de espaço físico no Same (Serviço de Arquivos Médicos e Estatística).

Vivemos, hoje, o desafio de reunir e articular esforços na proposição e gestão de iniciativas que contribuam para a preservação desse patrimônio documental onde se inscreve uma parte significativa da História da Saúde e da vida de muitas cidades brasileiras. Se algumas Santas Casas têm contado com o apoio externo para restauro, como a de Diamantina, hoje sob os cuidados do Iphan⁶, ou a de Salvador, sendo inteiramente restaurada e seus arquivos tratados pelo Projeto Portal da Misericórdia, outras vêm tentando organizar seus acervos com esforços próprios, como a Misericórdia de Itabira, em Minas Gerais.

Este Guia teve um expressivo reconhecimento em Portugal, onde as Irmandades de Misericórdia se originaram. Também as comemorações dos 500 anos do Brasil foram bastante propícias para realimentarmos propostas de preservação da memória do País, em várias direções. Nesse universo, a obra foi lançada em Lisboa, em junho de 2004, antes mesmo de o ser no Brasil. Quinhentos exemplares foram enviados a Portugal, que os distribuiu tanto no país como em todas as antigas colônias portuguesas, onde ainda se fala português.

Esse lançamento, que ocorreu na Torre do Tombo, com a presença de reitores das universidades, professores e outros profissionais e pesquisadores, serviu de oportunidade para as Misericórdias firmarem um contrato de cooperação técnica com o Arquivo Nacional de Lisboa, para o tratamento e disponibilização desses acervos.

Esperamos que, também entre os brasileiros, oportunidades como estas ocorram, sabendo que muito depende de nós.

⁶ Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

Periódicos médicos em São Paulo entre 1889 e 1950

Márcia Regina Barros da Silva

Introdução

Ao longo da sua história, as bibliotecas foram congregando muitos tipos de materiais além de livros. Entre manuscritos e mapas, jornais e revistas, microfilmes, vídeos e CD-ROM, percebe-se que as bibliotecas servem como local de disponibilização de textos em diversos suportes.

As bibliotecas se constroem pela posse de uma grande variedade de materiais e de informações disponibilizadas e inscritas em veículos diferenciados. Daí se pensar que uma biblioteca seja constituída tanto por signos e conjuntos de conhecimentos contidos em diferentes tipos de textos, repletos de palavras e imagens, quanto por objetos e agentes variados disponibilizados para materializá-los¹.

Os saberes sancionados pelas atividades de ciências, um dos mais influentes modos de construção de conhecimento na atualidade, é um dos componentes importantes das informações sediadas nas bibliotecas. As bibliotecas como locais “naturais” de acesso a grandes somas de dados, informações, e de erudição são essenciais para a realização de atividades e práticas científicas. Fazer a descrição das atividades efetuadas nessas instituições pode auxiliar o pesquisador a avaliar as relações estabelecidas entre inúmeras demandas e interesses, como as produzidas pelas ciências e seus circuitos.

As bibliotecas desempenham, assim, diferentes funções. Monumentos de memória que são, guardam somas importantes, mas parciais e restritas, da produção do pensamento das civilizações conhecidas. Monólitos de poder que atestam referências e dados para as ciências modernas. Esses redutos de informação e saber, deste modo, servem como centro de lançamento ou base de cálculo, e, em ambas as funções, podem ser definidas como portadoras de sínteses ou como celeiro de projetos, embasando decisões, competências e juízos.

Quando se pensa que as bibliotecas são constituídas por conjuntos muito grandes de objetos diversos com todo tipo de textos e seus suportes, além de

¹ Alguns dos princípios básicos para essa discussão podem ser vistos em Latour (2000, 1990) e Knorr-Cetina (1999).

salas, edifícios, equipamentos, e também por usuários, com especificidades, objetivos e expectativas diferenciadas, pode-se antever a existência de um universo bastante complexo, que só parece possível de ser observado, levando-se em conta vários e diferentes ângulos.

As bibliotecas, das gerais às altamente especializadas, trabalham com distintos parâmetros de abrangência a influenciar na composição dos seus acervos e na definição de suas funções. O conteúdo e o formato de cada conjunto são construídos a partir de fatores imediatos, tais como público-alvo, localização geográfica, “poder aquisitivo” da biblioteca, espaço físico e instalações. Outros fatores, complementares a estes, também devem ser levados em conta na hora de organizar tais instituições. As políticas culturais do país e da cidade em que a biblioteca se inscreve, as políticas científicas e os objetivos mais imediatos dos seus organizadores, públicos e privados; o instrumental tecnológico a que a instituição terá acesso.

Bibliotecas diferentes organizam e gerem seus acervos de formas também diferentes. As bibliotecas acadêmicas e especializadas da área das Ciências Humanas devem manter livros clássicos lado a lado com novas edições das mesmas publicações e com novas obras sobre temas relacionados. Já as bibliotecas especializadas das áreas das Ciências Exatas e Biológicas cada vez menos podem manter na estante os clássicos de seus campos de estudos. Isto se dá porque, quanto mais próxima a biblioteca estiver de uma área de ponta no terreno científico, e quanto mais essa determinada área do conhecimento aparentar importância no cenário acadêmico institucional de um país, mais atualizada ela precisará ser, e menos “clássicos” e manuais ela poderá reter². No contexto científico, dificilmente será vista como atualizada se não for capaz de fornecer as informações mais novas e recentes ao seu público, seja por meio de periódicos em papel, seja por acesso eletrônico.

De modo geral, o crescimento de uma biblioteca especializada a insere numa vertiginosa busca por critérios que, naquela área, possam solucionar problemas de seleção de periódicos ou texto com maiores e melhores índices de aceitação, de impacto, de representatividade, em tal e qual campo de atividades.

O trabalho em áreas de estudos altamente especializados indica que a biblioteca necessita responder ao entrelaçamento de uma mesma questão sob aspectos diferentes: como responder às demandas de informação de uma dada área de ponta, em determinado país, em um certo tempo, que atendam a grandes expectativas de rigor quanto aos conteúdos informacionais do seu material.

Tais questionamentos se colocam em decorrência das definições citadas acima: biblioteca como lugar de memória, de poder e de decisão. Uma outra

² Uma discussão clássica para esse tema encontra-se em Thomas Kunh (1994).

demanda, a noção de representatividade histórica, no entanto, também deve ser avaliada.

As atividades de ciências têm sido alvo de estudos em diferentes vertentes e com variados objetivos. Epistemologia, Filosofia, História e Sociologia são campos disciplinares que procuram estabelecer estudos e compreensões sobre as ciências de modo geral. Tais buscas visam compreender às suas teorias e aos seus valores, regras e fundamentos lógicos; sentidos e princípios gerais; principais acontecimentos, transformações, permanências; significados políticos, modo de operação.

Mais recentemente, nova abordagem passou a fazer parte deste quadro, os estudos de Ciências, Tecnologia e Sociedade, os chamados Estudos CTS. A perspectiva deste campo tem sido buscar apreender a ciência sendo feita, isto é, analisar a produção de conhecimento científico em seus espaços de realização, em especial o laboratório, por meio de uma “etnografia” do trabalho do cientista.

Para estes estudos, o artigo científico é um tipo de material que não apenas comporta dados e informações referentes à determinada “verdade” científica, mas também pode informar sobre processos e modos de ação do fazer científico.

Por ser fonte de inúmeras informações, o artigo científico pode servir como base para análises de vários matizes: da história de uma área ou campo de estudos, das políticas científicas de um determinado período e lugar, das atividades científicas e práticas tecnológicas de um grupo, instituição ou país. Fonte para diversas análises em que se queira relacionar a atividade desenvolvida no tempo e num espaço determinado com o conhecimento produzido e veiculado historicamente, por meio de diferentes tipos de publicações.

É neste ponto que cabem algumas perguntas que se referem às publicações antigas existentes nas bibliotecas acadêmicas e especializadas, de áreas científicas, notadamente das ciências *hard*.

Qual o lugar dos acervos “desatualizados” dentro das bibliotecas especializadas, já que revistas e periódicos antigos são, de modo geral, fontes inestimáveis de pesquisa histórica, sociológica, ou de outros matizes, sobre as atividades das ciências? As obras antigas de uma área devem ser mantidas nas suas coleções de origem ou não? Como proceder à incorporação dos conteúdos de periódicos não catalogados nas coleções das bibliotecas atuais? Qual a importância, o lugar e o valor da memória informacional que compõe as publicações científicas para as novas bibliotecas virtuais?

Este é o ponto de interrogação de uma grande encruzilhada. Para muitas das bibliotecas brasileiras, em que as ideias de preservação, descarte e aquisição encontram-se em constante tensão, como delimitar uma das mais difíceis operações que têm marcado essas instituições, ou seja, definir o que é ser, ou não, uma

biblioteca atualizada? Está na base destas questões a ideia de que o mundo científico necessita da apropriação cada vez mais rápida do novo para manter os debates a que se propõe, criando procedimentos de superação que utilizam artifícios cada vez mais purificadores e misteriosos para o público não iniciado³.

É sabido que, em determinadas áreas científicas, os livros, objeto por excelência das bibliotecas, são cada vez menos importantes. Nessas áreas, restaria a eles somente o *status* de meros manuais, que apenas serviriam para divulgar conhecimentos e informações consideradas consolidadas no meio acadêmico. Livros com este sinal somente seriam úteis para os iniciantes ou para o grande público, e não para pesquisadores e profissionais atuantes.

Neste sentido é que os periódicos tomaram o lugar dos livros como veículos de comunicação entre especialistas e instituições, pelo menos desde o século XIX⁴. A explicação mais genérica é a de que este material permitiria uma maior velocidade na comunicação dos resultados obtidos nas pesquisas acadêmicas e possibilitaria maior mobilidade para o debate e para a troca de ideias entre interessados. Com isso, o periódico tornar-se-ia mais acessível a conjuntos extensos de pessoas, servindo a grupos mais diversificados e mais distanciados geograficamente uns dos outros.

A agilidade, portanto, principal vantagem dos periódicos em relação aos livros, forma a elite dos acervos das bibliotecas especializadas. As publicações em formatos eletrônicos ainda correspondem, *grossa modo*, a esta mesma lógica.

Mesmo que as publicações periódicas apresentem tais qualidades, ainda assim as revistas especializadas também precisam passar por processos de seleção para que correspondam aos objetivos de excelência, padronização, ordenamento e hierarquização de uma área e de dada biblioteca. Deste modo, os periódicos que foram outrora importantes e que corresponderam aos ideais de cientificidade em um dado momento histórico, definidos, dentre outros aspectos, por seu vigor acadêmico, sua especialidade, instituição, língua e seu país de origem, podem ser, em um outro momento, considerados obsoletos, sendo, portanto, passíveis de descarte.

As bibliotecas, a partir de uma série de avaliações⁵, decidem sobre a rejeição ou não a um determinado periódico. Um dos critérios mais utilizados nessa escolha é a análise estatística baseada na baixa demanda que um determinado título recebe.

³ Ver Stengers (2002) e sua discussão sobre a “identidade” das ciências.

⁴ Para uma introdução ao tema, ver Ferreira (1996).

⁵ Foram utilizados como referência os seguintes textos: “Critérios para o descarte das revistas da coleção da Bireme”; “Política de preservação do acervo de revistas científicas da Bireme”; “Política de desenvolvimento de coleção de revistas científicas da Bireme” e “Processo de avaliação anual para renovação de assinaturas”, todos documentos do ano de 2003, gentilmente cedidos pela organização da Bireme/OPS, e a quinta edição, revista e ampliada, da *Metodologia Lilacs*. Guia de seleção de documentos para a base de dados Lilacs. Brasil, agosto de 2008, Bireme, Opas, OMS.

Outros fatores, tais como a inacessibilidade do seu idioma, sua não continuidade ou a existência de um outro meio de consulta, contam para o descarte ou não de uma revista. Quando um periódico atende a muitos desses critérios, ele costuma ser condenado, não sendo mantido em acervo a partir do momento em que não atinge um número de consultas numericamente expressivo durante sua “vida útil”.

Representatividade histórica: quem decide?

A partir deste quadro, os periódicos considerados ineficientes podem ser descartados sem uma outra consideração também importante, sua **representatividade histórica**.

O objetivo deste texto é mostrar possíveis conexões entre o material “desatualizado” existente em algumas bibliotecas e a memória científica nacional. A proposta é tanto reforçar a ideia de que as bibliotecas sirvam claramente como locais de informação para a História das Ciências quanto forneçam dados que possam auxiliar em estudos sobre a própria História do Brasil.

A intenção não é criar novos critérios de organização e descarte de material, principalmente para as bibliotecas acadêmicas especializadas, mas sim pleitear que a própria ideia de descarte seja reconstruída.

Se for impossível imaginar guardar tudo, conservar e acondicionar todo o material que passa por uma biblioteca, é necessário, contudo, “estranhar” as regras tidas como naturais para decretar o fim de um acervo. Um acervo “pouco lido” pelo seu conteúdo informacional pode ser paradigmático para outras áreas, para outros leitores, revelando novos e variados significados. Pode exprimir uma alternativa possível de fonte de estudo, desconsiderada em outra época. Pode traduzir o acesso a uma realidade desaparecida. Pode ter inúmeros sentidos para perguntas que a pesquisa histórica ainda está por fazer.

Com o propósito de sublinhar outras perspectivas e fornecer um ponto de partida efetivo para a discussão, passa-se a descrever a configuração de dois acervos de áreas médicas, composto por periódicos criados em São Paulo entre os anos de 1889 e 1950, em uma das áreas científicas de melhor organização, catalogação, sistema de buscas e bases de dados existentes: a área da Saúde.

Acervos paulistas sobre saúde

Os acervos das duas maiores bibliotecas de faculdades de Medicina de São Paulo, **Bireme – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde**⁶, sediada na Universidade Federal de São Paulo/Escola

⁶ A organização da Bireme teve início em 1967, por meio de um convênio entre a Organização Pan-Americana de Saúde, o governo do Brasil e a então Escola Paulista de Medicina. Desde sua criação,

Paulista de Medicina⁷ e **Biblioteca da Faculdade de Medicina de São Paulo**, da Universidade de São Paulo, possibilitam a visualização de um mapa amplo da produção biomédica paulista. A proposta é realizar uma primeira análise em torno desse material, considerado em seu conjunto.

No presente estudo, foram enfocadas somente as revistas “paulistas” dos dois acervos, a partir de uma periodização que procura abranger⁸, como já dito, revistas criadas entre os anos de 1889 e 1950. Tais publicações foram divididas em três grupos e acompanhadas do início de sua circulação até o ano de 2003. Este ano foi indicado como o “último ano” de circulação para fins de análise já que todas as revistas com essa mesma indicação continuam a circular até o presente.

As revistas dos três grupos serão apresentadas no formato de tabelas em que constam o título dos periódicos, a data de surgimento e a data final de circulação, assim como alterações no nome da revista e, quando possível, a indicação dos responsáveis pela publicação. Tais periódicos veiculavam artigos e matérias sobre a temática médica e de áreas afins.



Reprodução da capa da Revista Médica de São Paulo. Jornal Prático de medicina, Cirurgia e Hygiene de 1898

Fonte: Acervo do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – UNIFESP.

as formas de indexação e de recuperação utilizadas para manuseio do material foram determinadas pelo sistema Medlars (Medical Literature Analysis Retrieval System), com o apoio que a biblioteca recebeu da National Library of Medicine, dos Estados Unidos. Esta biblioteca, por sua vez, foi a primeira, no campo biomédico, a aplicar o ordenamento eletrônico de publicações científicas, utilizado desde 1963. No Brasil, apenas a Escola Paulista de Medicina e as Faculdades de Medicina da Universidade de Minas Gerais e da Universidade do Ceará (ambas ainda não federalizadas) utilizavam o mesmo sistema naquele momento. O acervo da EPM contava, então, com 1.831 títulos de livros e 1.992 títulos de periódicos, enquanto o da Faculdade de Medicina da USP, criada quando da fundação da faculdade, em 1912, contava com 69.896 volumes ao todo, indexados no sistema Melvil Dewey e na Classificação Decimal Universal. Cf.: BRASIL. Conselho Nacional de Pesquisas & Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação. *Bibliotecas especializadas brasileiras*: guia para intercâmbio bibliográfico. Rio de Janeiro: CNPq/ IBBDD, 1962. Atualmente, o acervo da Bireme pode ser consultado no sistema denominado BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, sediado na página <<http://www.bireme.com/>>. Sobre a história da Bireme, ver Silva, Ferla & Gallian (2006) e Pires-Alves (2005, 2008).

⁷ Parte do material aqui discutido foi transferido para a Biblioteca Histórica do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde, na própria Unifesp.

⁸ Para uma ideia sobre as publicações periódicas paulistas, ver Catani (1999) e Cruz (2000, 1997).

O primeiro grupo apresentado é aquele formado pelas primeiras revistas criadas em São Paulo, no ano de 1889, até o momento imediatamente anterior à instalação de uma faculdade de Medicina no Estado, em 1912. Tais revistas foram produzidas no mesmo período em que surgiam novas instituições médicas na capital paulista, representativas de uma reorganização na atenção à saúde, como o novo Hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de São Paulo, de 1885; o Serviço Sanitário de São Paulo, de 1892; e a primeira Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, de 1895, dentre outras instituições científicas importantes no período⁹.

Este primeiro grupo (Tabela 1) é constituído por 18 periódicos. Neste conjunto, foram consideradas como revistas da área tanto aquelas criadas com este fim por médicos atuantes como a primeira *Revista Médica de São Paulo* e outras quanto por revistas de atividades próximas, como anuários e boletins de estatística, que continham dados sobre Saúde, e outras que veiculavam artigos referentes a áreas próximas, como a *Revista dos Tribunais*, com textos sobre Medicina Legal.

Ao também apresentar datas de mudanças na trajetória de determinada revista, as tabelas fornecem como diferencial um primeiro mapeamento sobre a história das publicações médicas paulistas.

Nas revistas do primeiro grupo, surgem dados importantes para o entendimento dos processos de construção do periodismo médico no País. Um dado inicial é aquele verificado quando um periódico deu origem a outros tipos de publicações, como ocorreu com o *Anuário Estatístico do Estado de São Paulo*, por exemplo. Este originou a publicação de boletins ligados ao próprio Departamento de Estado e veiculados ao mesmo tempo que o anuário.

Aqui, tanto anuário quanto boletim foram analisados como formando uma única publicação para fins de contagem, já que os boletins tiveram circulação concomitante e interdependente à do anuário. Situação similar ocorreu também com o *Anuário Demográfico*, da Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado de São Paulo, pertencente ao Serviço Sanitário de São Paulo¹⁰.



Reprodução da capa da Revista Médica de São Paulo de 1889

Fonte: Acervo do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – UNIFESP.

⁹ Para uma ideia geral sobre a organização institucional das instituições de saúde paulistas, ver Silva (2003), Silva (2004, 2002) e Schwartzman (1979).

¹⁰ Na consulta ao catálogo eletrônico da USP, este Anuário consta como tendo sido criado no ano de 1884, porém acredita-se haver um erro de digitação, pois, nesse momento, ainda não havia sido

A modificação do grupo mantenedor de uma revista, e a consequente alteração no nome do periódico, foi outra especificidade do periodismo também contabilizada como gerando apenas uma publicação. Estas decisões, se por um lado diminuiram o número total de revistas criadas por período, por outro aumentaram o tempo total de circulação de um periódico, como pode ser visto no caso da *Revista do Museu Paulista*. Pensada inicialmente como uma revista de História Natural, a publicação pertencia ao setor de zoologia do Museu, adicionando também artigos de Antropologia, História e Botânica. Quando foram inauguradas novas instalações para o setor, este foi separado do Museu Paulista e incorporado à Universidade de São Paulo, em 1968, como Museu de Zoologia. A revista, desta maneira, foi renomeada como *Arquivos de Zoologia*, porém contabilizada como uma “continuação” da *Revista do Museu Paulista* para efeitos de tempo de circulação de revistas da área de Ciências. Não foi levada em conta aqui a criação da *Revista do Museu Paulista, nova série*, em 1947, contendo artigos de Etnologia, Arqueologia e História, por não se tratar de revista específica da área da Saúde.

Tabela 1: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1889 e 1912

Título	Ano de criação	Último ano
1. Revista Médica de São Paulo <i>Dirigida por Augusto César Miranda de Azevedo, Francisco de Paula Souza Tibiriçá e Mello Oliveira.</i>	1889	1890
2. Anuário Estatístico do Estado de São Paulo (<i>Deu origem aos boletins, mas continuou a ser publicado concomitantemente</i>)	1898	1997
<i>Deu origem ao Boletim do Departamento de Estadual de Estatística de São Paulo.</i>	1939	1948
<i>Deu origem ao Boletim do Departamento de Estatística do Estado de São Paulo.</i>	1952	1963
3. <i>Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo</i>	1895	1898
Continuou como <i>Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.</i>	1910	1914
Continuou como <i>Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.</i>	1914	1941
Continuou como <i>Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo.</i>	1941	1958
4. <i>Revista do Museu Paulista</i>	1895	1938
Continuou como <i>Arquivos de Zoologia do Estado de São Paulo.</i> Departamento de Zoologia. Secretaria de Agricultura. Continuou como <i>Arquivos de Zoologia – Papéis avulsos.</i> Museu de Zoologia, da USP.	1940	1967
	1968	2003
5. <i>Revista Farmacêutica</i> Sociedade de Farmácia de São Paulo.	1895	1895
6. <i>Revista da Sociedade de Anthropologia Criminal, Sciencias Penais e Medicina Legal</i>	1896	1896
7. <i>Pharmaceutica e Odontologia</i> Drogeria Americana. Fundada por Luiz M. Pinto de Queiroz. <i>Revista Farmacêutica</i> Drogeria Americana. Fundada por Luiz M. Pinto de Queiroz. <i>O Sul Americano</i> Drogeria Americana. Fundada por Luiz M. Pinto de Queiroz.	1897	s. i. ¹¹
	1904	s. i.
	1907	s. i.
8. <i>Revista Médica de São Paulo: jornal prático de Medicina, Cirurgia e Higiene</i> Diretor proprietário: Victor Godinho.	1898	1914

criado o Serviço Sanitário, que é de 1892. Contudo, não há como confirmar estes dados já que o volume em questão consta do catálogo, mas não foi encontrado fisicamente. Assim, torna-se impossível dirimir a dúvida. Optou-se por manter a informação na tabela e indicar as diferentes publicações originadas no mesmo setor.

¹¹ Sem informação. Porém, o mais provável é que os periódicos tenham circulado apenas no ano de criação.

Tabela 1: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1889 e 1912

Título	Ano de criação	Último ano
9. <i>Anuário Demográfico</i> Seção de Estatística Demógrafo-Sanitária do Estado de São Paulo do Serviço Sanitário de São Paulo. Deu origem ao <i>Boletim Trimestral de Estatística Demógrafo-Sanitária do Interior de São Paulo</i> . Deu origem ao <i>Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária da Capital</i> . Deu origem ao <i>Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária de São Paulo</i> . Deu origem ao <i>Boletim Trimestral de Estatística Demógrafo-Sanitária de São Paulo</i> . Deu origem ao <i>Boletim Mensal de Estatística Demógrafo-Sanitária de São Paulo e dos Municípios de Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá e Botucatu</i> . Circulou também o <i>Boletim Hebdomadário de Estatística Demographo Sanitária do Município de São Paulo, Santos, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, Guaratinguetá e Botucatu</i> . Interrompido de 1928 a 1934. Circulou também o <i>Resumo Mensal do Movimento Demógrafo-Sanitário do Estado de São Paulo por Municípios</i> .	1884 ¹² 1894 1894 1895 1904 1918 1904 1930 1945	1934 1894 1895 1903 1918 1925 1937 1944 1947
10. <i>Coletâneas de Trabalhos do Instituto Butantan</i> Continuou como <i>Memórias do Instituto Butantan</i> . Complementado por <i>Anexos das Memórias</i> em 1921.	1901 1918	1918 2001
11. <i>Jornal de Homeopathia</i> Redigido por Magalhães Castro.	1902	1902
12. <i>Gazeta Clínica</i> Redatores Bernardo de Magalhães, Moraes Barros, Alves de Lima, Xavier da Silveira e Rubião Meira.	1903	1954
13. <i>Imprensa Médica</i> Continuação de <i>União Médica</i> de 1881-1890/RJ.	1904	1914
14. <i>Revista da Sociedade Científica de São Paulo</i> Colaboravam Adolpho Lutz, Antonio Carini, Edmundo Krug e outros.	1905	1905
15. <i>Revista Odontologia Paulista</i> Sociedade Odontológica Paulista. Redator chefe Emilio Mallet. Colaboraram os médicos Ulisses Paranhos, Américo Brasileiro e Rodolpho Chapot Prévost, dentre outros.	1905	1905
16. <i>Revista de Ginecologia e de Obstetria</i> Centro de Estudos da Associação Maternidade de São Paulo. Sociedade Paulista de Perinatologia.	1907	1978
17. <i>Assistência Médica</i> Sociedade Beneficente "A Assistência Médica". Fundada e dirigida por J. Demichelis.	1908	1908
18. <i>Revista dos Tribunais</i> Tribunal de Justiça, Tribunal de Alçada Criminal de São Paulo.	1912	2003

Fonte: Acervos do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – UNIFESP e da Biblioteca da Faculdade de Medicina - USP.

O segundo grupo apresentado é formado pelas revistas criadas após 1913, quando se inaugurou a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Tais publicações foram elencadas até o ano de 1933, quando foi criada a segunda escola médica no Estado, a Escola Paulista de Medicina.

Este período representou um momento de criação, consolidação e difusão do ensino médico e de expansão também de espaços profissionais quando surgiram vários hospitais beneficentes na cidade¹³. Tal movimentação pode ser verificada de perto pelo aumento no número de revistas médicas novas (Tabela 2).

¹² Ver nota 9.

¹³ Alguns dos hospitais criados nesse período: Hospital Oswaldo Cruz, de 1923, pertencente à comunidade alemã; Hospital da Cruz Azul, beneficente, criado pela Força Pública de São Paulo, em 1925; Hospital São Luiz Gonzaga, para tuberculosos, situado no bairro do Jaçanã, de 1932, pertencente à Santa Casa de São Paulo, dentre outros.

No período entre 1913 e 1933, foram criadas mais 28 revistas nas áreas médica e biológica, multiplicação especialmente relacionada aos diferentes departamentos da Faculdade de Medicina da USP e, também, à criação de revistas pertencentes aos novos hospitais fundados no período.

Tabela 2: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1913 e 1933

Título	Ano de criação	Último ano
1. <i>Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia</i> Sociedade Portuguesa de Beneficência. Suplemento Boletim do Sanatório São Lucas (1939/1977).	1913	2003
2. <i>Arquivos de Biologia</i> Revista do Laboratório Paulista de Biologia S/A. Fundada por Ulisses Paranhos.	1916	1965
3. <i>Revista de Medicina</i> Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. FMCSF.	1916	2002
4. <i>Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo</i> . Dirigido por Horácio Geraldo de Paula Souza.	1919	1946
Continuou como <i>Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP</i> .	1947	1966
Continuou como <i>Revista de Saúde Pública</i> .	1967	2003
5. <i>Novoterapia</i>	1921	1940
6. <i>Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo</i> Secretaria da Justiça. Dirigida por Flaminio Fávero.	1922	1959
7. <i>Anaes da Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo</i>	1924	1994
8. <i>Memórias do Hospital de Juquery</i> . Fundada por Antonio Carlos Pacheco e Silva.	1925	1935
Continuou como <i>Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo</i> .	1936	1937
Continuou como <i>Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo</i> .	1938	1941
Continuou como <i>Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado</i> .	1941	1950
Continuou como <i>Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo</i> .	1951	1965
Continuou como <i>Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo</i> .	1966	1985
Continuou como <i>Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo</i> .	1986	1986
9. <i>Anaes da Faculdade de Medicina de São Paulo</i>	1926	1933
Continuou como <i>Anais da Faculdade de Medicina de São Paulo</i> .		
Universidade de São Paulo – USP.	1934	1957
10. <i>Boletim Biológico</i> Clube Zoológico do Brasil e Sociedade Brasileira de Entomologia. Laboratório de Parasitologia. FMSP/USP.	1926	1939
11. <i>Actualidades Clínicas</i>	1927	1931
12. <i>Publicações. Instituto Anatômico</i> . Faculdade de Medicina da USP.	1927	1929
Continuou como <i>Publicações do Departamento de Anatomia</i> .		
Faculdade de Medicina da USP.	1930	1943
13. <i>Revista de Biologia e Higiene</i> Sociedade de Biologia de São Paulo.	1927	1941
14. <i>Arquivos do Instituto Biológico e Defesa Agrícola e Animal</i> .	1928	1934
Continuou como <i>Arquivos do Instituto Biológico</i> . Secretaria de Agricultura e Abastecimento.	1934	1990
15. <i>Arquivos Brasileiros de Higiene Mental</i>	1928	1930
16. <i>Pediatria Prática</i> Sociedade de Pediatria de São Paulo	1928	1980
17. Publicações do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina da USP	1928	1950
18. <i>Revista de Criminologia e Medicina Legal</i>	1928	1929
19. <i>São Paulo Médico</i> Fundada por Antonio de Almeida Prado e N. de Moraes Barros, dentre outros. Propriedade de Álvaro Simões Correia e direção de Simões Mattos.	1928	1948
20. <i>Folia Clínica et Biologica</i> Fundação Andrea e Virginia Matarazzo, fundada por Archimedes Bussaca.	1929	1931

Tabela 2: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1913 e 1933

Título	Ano de criação	Último ano
21. <i>Publicações Médicas</i> Cia. Química Rhodia Brasileira.	1929	1964
22. <i>Revista de Terapêutica Practica</i>	1929	1932
23. <i>Boletim do Sindicato dos Médicos de São Paulo</i> Continuou como <i>Revista Informativa do Sindicato dos Médicos de São Paulo</i> .	1930 1946	1945 1971
24. <i>Medicina Prática</i>	1931	1938
25. <i>Revista de Oftalmologia de São Paulo</i> Sociedade de Oftalmologia de São Paulo. Continuou como <i>Arquivos Brasileiros de Oftalmologia</i>	1931 1944	1944 2003
26. <i>Publicações do Laboratório de Parasitologia</i> Faculdade de Medicina da USP.	1932	1961
27. <i>Resenha Clínico Científica</i> Instituto Lorenzini.	1932	1972
28. <i>Revista da Associação Paulista de Medicina</i> . Continuou como <i>Revista Paulista de Medicina</i> .	1932 1941	1940 2003

Fonte: Acervos do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – UNIFESP e da Biblioteca da Faculdade de Medicina - USP.

O terceiro grupo é formado pelas revistas criadas entre 1934 e 1950. Este momento foi marcado por grandes transformações no campo científico brasileiro, com alterações também nas políticas científicas adotadas no País. Verificou-se, nesses anos, a criação de organismos reguladores, tais como o CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (antigo Conselho Nacional de Pesquisas), em janeiro de 1951. A Fapesp – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, criada uma década depois, em setembro de 1962, pode ser avaliada como um órgão que participa deste mesmo movimento de organização. A bibliografia aponta este período como uma fase em que se alteravam as demandas nacionais e internacionais da pesquisa científica, o que teria diminuído a visibilidade da Medicina em prol de outras áreas, como a Física e, especificamente, a Física Nuclear (SCHWARTZMAN, 1979).

Para a Medicina paulista, no entanto, foi uma época de grande expansão quanto à quantidade de temas e ao maior aumento no número de revistas (Tabela 3). Na área hospitalar, assistiu-se ao incremento do atendimento, quando a rede pública de saúde foi bastante ampliada¹⁴.

É importante recordar que as publicações criadas nos períodos anteriores que continuaram a circular também serão contabilizadas para efeito de tempo total de circulação e de número total de periódicos.

¹⁴ Hospitais criados nesse período. Privados: Hospital de Caridade do Brás, provavelmente de 1934, e Hospital Santa Cruz, de 1936, beneficente e pertencente à colônia japonesa no Brasil. Hospitais do Estado: Hospital das Clínicas, pertencente à Faculdade de Medicina de São Paulo, inaugurado em 1944; Hospital Sanatório do Mandaqui; Pavilhão Dr. Antonio Rodrigues Guião; Hospital Sanatório Leonor Mendes de Barros; Casa Maternal e da Infância, todos construídos na década de 1940.

Tabela 3: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1934 e 1950

Título	Ano de criação	Último ano
1. <i>Revista de Urologia de São Paulo</i> . Dirigida por J. Martins Costa, Carvalho U. de Azevedo.	1933	1938
2. <i>Revista Paulista Terapêutica</i>	1933	1934
3. <i>Revista de Cirurgia de São Paulo</i>	1934	1956
4. <i>O Biológico</i>	1935	1989
5. <i>Publicações Farmacêuticas</i>	1935	1950
6. <i>Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo</i>	1935	1944
7. <i>Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo</i>	1935	1947
8. <i>Revista Paulista de Tisiologia</i> Sociedade dos Médicos do Instituto Clemente Ferreira. Continuou como <i>Revista Paulista de Tisiologia e do Tórax</i> .	1935 1955	1954 1965
9. <i>Arquivos de Higiene e Saúde Pública</i> Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social.	1936	1969
10. <i>Caderno de Pediatria</i> Hospital Humberto I.	1936	1941
11. <i>Revista da Associação Paulista de Homeopatia</i> . Continuou como <i>Revista de Homeopatia</i> (São Paulo).	1936 1940	1940 2003
12. <i>Revista de Leprologia de São Paulo</i> Sociedade Paulista de Leprologia. Continuou como <i>Revista Brasileira de Leprologia</i> . Sociedade Paulista de Leprologia. Continuou como <i>Hansenologia Internationalis</i> . Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária. Instituto de Saúde. Instituto Lauro de Souza Lima.	1933 1936 1976	1936 1970 2003
13. <i>Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental</i> Clínica de Moléstias do Aparelho Digestivo. Faculdade de Medicina da USP.	1937	1969
14. <i>Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo</i>	1937	1958
15. <i>Revista Clínica de São Paulo</i>	1937	1958
16. <i>Anais do Instituto Pinheiros</i>	1938	1951
17. <i>Revista de Oftalmologia de São Paulo</i> Absorvida pelos <i>Arquivos Brasileiros de Oftalmologia</i> . Conselho Brasileiro de Oftalmologia.	1931 1938	1944 1999
18. <i>Anais Estudantinos</i> Continuou como <i>Anais Científicos</i> .	1934 1945	1944 1967
19. <i>Revista de Gastroenterologia de São Paulo</i> Sociedade Paulista de Gastroenterologia.	1938	1945
20. <i>Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia</i> Universidade de São Paulo – USP. Subdividida em <i>Revista da Faculdade de Farmácia e Bioquímica</i> . USP. Continuou como <i>Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas</i> . Subdividida em <i>Revista da Faculdade de Odontologia</i> . USP.	1939 1963 1970 1963	1962 1969 1999 2003
21. <i>Fichário Médico-Terapêutico</i> Institutos Terapêuticos Reunidos Labofarma.	1939	1966
22. <i>Revista XXV de Janeiro</i> Centro Acadêmico XXV de Janeiro. Faculdade de Farmácia e Odontologia da USP.	1939	1963
23. <i>Ficha Clínica</i>	1940	1946
24. <i>Arquivos da Polícia Civil de São Paulo</i>	1941	1984
25. <i>Revista do Instituto Adolpho Lutz</i> Instituto Adolpho Lutz.	1941	2003
26. <i>Revista Médico-Social</i>	1942	1945
27. <i>Arquivos de Neuro-Psiquiatria</i> Academia Brasileira de Neurologia (Suplemento Boletim da Academia Brasileira de Neurologia)	1943	1999
28. <i>Revista Brasileira de Medicina</i> Editorial Sul.	1943	1999
29. <i>Anais Nestlé</i> Companhia Industrial e Comercial Brasileira de Produtos Alimentares.	1944	1993

Tabela 3: Publicações médicas paulistas e afins criadas entre 1934 e 1950

Título	Ano de criação	Último ano
30. <i>Maternidade e Infância</i>	1945	1977
31. <i>Notas Médicas</i>	1945	1976
32. <i>Revista do Hospital das Clínicas</i> Faculdade de Medicina da USP.	1946	2003
33. <i>Seleções Médicas</i> Instituto de Terapêutica Humanitas.	1946	1962
34. <i>Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo</i> Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Continuou como <i>Anais da Clínica Ginecológica</i> . Faculdade de Medicina da USP. Continuou como <i>Anais do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia</i> . Faculdade de Medicina da USP.	1935	1947
Continuou como <i>Ginecologia e Obstetrícia Brasileiras</i> . Aché Laboratórios Farmacêuticos (s. i. de 1962 a 1977).	1947	1958
Continuou como <i>Revista de Ginecologia e Obstetrícia</i> . Instituto da Mulher, Hospital das Clínicas, FMUSP.	1959	1962
	1978	1988
	1990	2003
35. <i>Revista Brasileira de Otorrinolaringologia</i>	1947	1966
36. <i>Arquivos Brasileiros de Cardiologia</i> Sociedade Brasileira de Cardiologia.	1948	1999
37. <i>Medicina Moderna</i>	1948	1950
38. <i>Anais da Clínica Ginecológica da Santa Casa de São Paulo</i>	1949	1960
39. <i>Arquivos Médicos Municipais</i> Sociedade Médica da Municipalidade de São Paulo.	1949	1963
40. <i>Boletim de Psicologia</i> Sociedade de Psicologia de São Paulo.	1949	1998
41. <i>Boletim do Centro de Estudos de Oftalmologia Prof. Moacyr E. Álvaro</i>	1949	1958
42. Caderno de Terapêutica Labor Laborterápica-Bristol S.A.	1950	1965
43. <i>Boletim Mensal do Centro de Estudos Franco da Rocha</i> Hospital do Juquery. Continuou como <i>Boletim Centro de Estudos Franco da Rocha</i> .	1957	1964
	1965	1981

Fonte: Acervos do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – UNIFESP e da Biblioteca da Faculdade de Medicina - USP

Critérios de classificação

Para avaliar esse conjunto de revistas, foi necessário construir alguns critérios que permitissem comparar material tão diverso. O pressuposto principal foi considerar como parte do conjunto todas as revistas que mantiveram constantes, no todo ou em parte, conteúdos relacionados à Medicina. Assim, mesmo uma publicação não médica, mas com grande volume de conteúdo na área, como a *Revista dos Tribunais* (1912) ou a *Arquivos da Polícia Civil de São Paulo* (1941), por exemplo, foi incluída.

Isto ocorre porque a preocupação que deu início a esta análise foi verificar os espaços disponíveis para a publicação de temas médicos e como tais espaços foram se transformando no período abordado. Quando um periódico se direciona mais especificamente para uma área ou um tema, passa a apresentar grau cada vez maior de linguagem técnica. Tal percurso aponta para uma crescente busca da área por autonomia. Grupos e instituições em ascensão também estão em busca de maior autonomia, assim como a própria ciência médica, local e nacionalmente.

Importante também, para avaliar o material consultado, foi a definição do tempo de circulação de cada periódico. Para contabilizar a duração total de “vida” de uma revista, além de considerar os dois extremos, o ano inicial e ano final de publicação, foram incluídos dados relativos às mantenedoras e às modificações nos títulos consultados.

Esses procedimentos tiveram duas consequências. Primeiro, ampliou-se o tempo total de circulação das revistas analisadas e os tempos médios de circulação de cada revista por período. Isso se deve ao entendimento de que há uma continuidade institucional no periódico que vale a pena acompanhar e que permite “lê-los” como um conjunto único, mesmo que tenham ocorrido alterações em seus títulos.

Tal critério, no entanto, acabou por levar a uma diminuição no número total de revistas, rebaixando o número médio de periódicos criados em São Paulo naqueles anos. Isso se deveu a uma preferência por identificar as linhas de continuidade na história de cada publicação, pois, como será visto, tal procedimento está mais próximo de uma dinâmica que em que se procura privilegiar como o periódico médico foi utilizado como um recurso institucional de independência dos grupos médicos paulistas.

Entre os objetivos de dado periódico, pode estar contida tanto a busca por um meio de expressão de determinada área ou para um tema específico quanto a expressão da influência e do prestígio de seu provedor e seus editores. Tal decisão, contudo, não diminui a percepção das transformações ocorridas em cada publicação já que os momentos de inflexão podem ser acompanhados pela indicação das datas de adoção dos novos nomes, desmembramentos e fim de um dado periódico.

A partir do critério de tempo de circulação, foi considerada como a mesma revista aquela que teve seu nome alterado, mas continuou com o mesmo órgão ou grupo como organizador, pois em nenhuma delas houve modificação de conteúdo. Este foi o caso mais abundante, fato que permitiu avaliar tais revistas também como continuações, igualmente indicadas nas tabelas.

O exemplo mais conhecido é o do *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, criado em 1895. Em 1898, o Boletim passou a ser veiculado dentro da *Revista Médica de São Paulo*. Porém, em 1910, tal Boletim passou a ter publicação independente, com o título de *Arquivos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Em 1914, novamente foi denominado Boletim, contudo ainda funcionando apenas como veículo de publicação das atas e dos trabalhos dos sócios da Sociedade de Medicina. Em 1941, com a aceitação de artigos de autores não ligados à Sociedade e deixando de noticiar as discussões havidas nas suas reuniões e assembleias, o Boletim foi transformado e recebeu o título de *Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, com o qual circula até hoje.

É possível compreender que os títulos de um periódico normalmente procuram refletir principalmente dois dados: área e grupo a que o título se relaciona. Por isso, os títulos podem ser considerados bons indicadores do percurso histórico de uma publicação, seu lugar no mundo acadêmico e seu modo de interlocução com o espaço que o circunda.

Define-se mantenedora como qualquer grupo, composto por indivíduos ou grupo de pessoas, órgão, associação, públicos ou particulares, responsáveis pela criação, organização e sustentação do periódico. Considerou-se como a mesma revista aquela que, ao ser assumida por outra mantenedora, continuou com o mesmo nome, apresentando artigos na mesma área inicial de trabalhos. Neste caso, foi apontado nas tabelas o ano em que tal alteração ocorreu.

Essa maneira de operar pode ser verificada com mais detalhe nas revistas que tiveram seu nome alterado conforme se alterava o *status* e, conseqüentemente, o nome da instituição mantenedora. Um exemplo inequívoco deste processo é o do periódico *Memórias do Hospital do Juquery*, de 1925.

Quando de sua criação, esta revista esteve ligada exclusivamente ao Hospital do Juquery, subordinado desde sua fundação, 1898, à Secretaria dos Negócios do Interior e Justiça. A partir de 1936, a revista, acompanhando alterações na organização dos serviços da referida secretaria, foi tornada acessível a outros setores e denominada *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, excedendo os muros do hospital. Até que, em 1986, passou a ser denominada *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, sendo que, após um ano, teve sua circulação suspensa¹⁵.

No entanto, esse tipo de mudança foi verificado em poucas revistas já que o mais comum é, ao se alterar a mantenedora, modificar-se também o título da revista. Este foi o caso do Instituto de Higiene e de seu Boletim, criado em 1919. Em 1947, o Boletim do instituto passou a ser denominado *Arquivos da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP*, após a transformação do instituto em faculdade. Em 1967, o título do periódico foi novamente alterado para *Revista de Saúde Pública*, a fim de adequá-lo a uma outra proposta editorial.

Estes critérios foram construídos a partir das modificações percebidas no universo das publicações da área da Saúde acompanhadas aqui e são indícios de transformações nos procedimentos da respectiva área, conformando aspecto essencial para a avaliação da própria ideia de periodismo médico.

Os dados aqui reunidos trazem diversos aspectos específicos do campo em análise, tais como o percurso das instituições de saúde paulistas, suas formas de

¹⁵ Neste caso, estão também apontados, na Tabela III, dados sobre o *Boletim do Centro de Estudos Franco da Rocha*, pertencente ao Hospital do Juquery, mas criado em 1957.

organização, momentos de maior atividade ou de crise, propostas de determinada área ou grupo de indivíduos relacionados àquele periódico, dentre outras possibilidades interpretativas.

Diga-se de passagem que o tempo de circulação é um atributo delicado na análise de uma revista, pois, se o início de uma publicação é geralmente festejado, o seu fim quase nunca, ou mesmo nunca, é anunciado oficialmente. O que acontece normalmente é a necessidade de inferir o encerramento de um periódico pelo desaparecimento da revista. Ocorre que, muitas vezes, não se pode afirmar categoricamente o fim de uma publicação, pois a dúvida surge justamente pelo conhecimento dos precários estados de armazenagem desse tipo de documento, ou por políticas de descarte de obras “desatualizadas”. Tal dificuldade não garante que uma revista tenha desaparecido devido “apenas” ao encerramento de suas atividades e ao fim de sua circulação. Tal informação é relevante, pois pode, em algum momento, alterar os próprios resultados da análise aqui apresentada.

Discussão: transformações no periodismo paulista

A par dessas primeiras avaliações, é possível destacar alguns dados. As revistas consultadas passaram de iniciais 18 periódicos no primeiro ano considerado a 43 no último ano pesquisado. O número total de revistas localizadas foi de 89 títulos¹⁶. A composição desse acervo foi avaliada a partir de informações sobre o primeiro ano de publicação e último ano de circulação de cada revista; mudança quanto ao indivíduo ou entidade responsável pela criação e manutenção do periódico; alteração das áreas temáticas a que as revistas se dedicavam; além das alterações na denominação das mesmas.

Estes dados auxiliam, juntamente com outros tipos de bases – congressos realizados, criação de novas instituições médicas, aumento no número de profissionais formados –, o estabelecimento de um mapa geral da extensão, da mobilidade e do grau de institucionalização da comunidade médica paulista no período.

A partir do número total de revistas, é possível indicar a média de periódicos criados entre 1889 e 1950, um total de 1,4 revistas por ano (Tabela 4). Essa proporção foi diferente de acordo com o período estudado, pois houve maior intensidade de novas revistas nos momentos posteriores à criação de escolas médicas, como consequência provável da elevação de número de formados e de aumento no campo de atividades profissionais. O tempo de circulação das revistas apresentou grande variação (Tabela 5), também como reflexo da perenidade ou não das instituições a que tais publicações se filiavam e dos grupos formados em torno de determinadas áreas.

¹⁶ A soma das revistas se deu apenas pelo primeiro título criado, e não pelas modificações subsequentes.

Conforme pode ser visto na Tabela 6, de um total de 89 revistas, dez têm circulação até os dias de hoje¹⁷, oito circularam até o ano de 1999 e cinco até o ano de 1989. Do mesmo total, dez tiveram apenas um ano de circulação, enquanto outras quatro circularam ou circulam há mais de 90 anos. Em média, cada revista circulou por 45,7 anos.

Tabela 4: Média de revistas criadas em São Paulo entre 1894 e 1950

Período	Número de revistas criadas	Média parcial de revistas por ano
1889 – 1912	18	1,2
1913 – 1933	28	1,4
1934 – 1950	43	2,7
Total geral	89	1,4

Tabela 5: Tempo de circulação das revistas médicas criadas em São Paulo entre 1894 e 1950

Tempo de existência em anos	1894-1912	1913-1933	1934-1950	Total
	Número de revistas	Número de revistas	Número de revistas	
1	9	–	1	10
9-10	1	4	6	11
11-20	1	5	10	16
21-30	–	2	7	9
31-40	1	4	4	9
41-50	1	2	2	5
51-60	1	1	6	8
61-70	1	3	6	10
71-80	1	2	–	3
81-90	1	3	–	4
91-100	1	–	–	1
101-110	1	–	–	1
Total	18	28	43	89

Tabela 6: Média de circulação das revistas criadas em São Paulo entre 1894 e 1950

Período	Número de revistas criadas	Média de anos de circulação
1889 – 1912	18	31,3
1913 – 1933	28	36,8
1934 – 1950	43	57,5
Total geral	89	45,7

O quadro genérico possível das transformações na produção de conhecimento em Saúde, em São Paulo, no período entre o fim do século XIX e primeira metade do século XX, recai principalmente sobre as demandas institucionais verificadas na criação de novas revistas da área médica. Somente as três primeiras

¹⁷ Foram consultadas as bases até a data limite do ano de 2003.

revistas médicas de São Paulo foram criadas por indivíduos ou grupos de médicos independentes, que se apresentavam como diretores de tais publicações: *Revista Médica de São Paulo* (1889), *Revista Médica: jornal prático de Medicina, Cirurgia e Higiene* (1895) e *Gazeta Clínica* (1903). Mesmo assim, é possível avaliar que esses médicos estavam bastante ligados às principais instituições de saúde do período (SILVA, 2004) e que, portanto, podem ser “lidos” como partícipes dessas mesmas instituições, tais como Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Policlínica e Serviço Sanitário.

Excetuando essas três primeiras revistas, todas as demais foram criadas por instituições, tanto públicas quanto particulares, entre hospitais e sociedades de classe ou de especialidades, e não mais por indivíduos autônomos. Houve, obviamente, alterações no período estudado e nas dinâmicas que se manifestaram nesse processo, tanto pelas demandas financeiras quanto profissionais.

A principal constatação é a de que, depois de um breve período, que pode ser chamado de “heroico”, situado entre os anos de 1889 a 1903, não mais foram criadas revistas que não tivessem suporte institucional, por mínimo que fosse.

Alterações nas demandas institucionais também se refletiram nos periódicos analisados. Mudanças nos títulos das revistas revelavam um aspecto visível das alterações que apontavam para modificações anteriores, nas perspectivas de inserção dos profissionais ligados à determinada instituição e, depois, à determinada revista. Isso se dava tanto em instituições particulares quanto públicas. Um bom exemplo dessas transformações pode ser verificado nas alterações que ocorreram no campo da higiene.

O periódico denominado *Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo*, de 1919, apontado anteriormente, passou em 1947 a ser chamado *Arquivos da Faculdade de Higiene*. A autonomia que aquele instituto conquistou, transformando-se em faculdade, refletia-se na própria revista. Em 1967, o periódico novamente foi modificado, passando a corresponder às novas configurações da área, quando a questão conquistou um grau de importância que obrigou o campo a ampliar as atividades da própria faculdade. Assim, os Arquivos foram renomeados para *Revista de Saúde Pública*, sua atual denominação, quando passou a indicar um novo lugar para a higiene no campo médico brasileiro, o que ocorria, por sua vez, em diversas partes do mundo ocidental.

Outras revistas também tiveram sua identificação alterada pelo aumento de abrangência da entidade mantenedora, como foi o caso da *Revista de Oftalmologia de São Paulo*, criada no ano de 1931, pela Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, depois absorvida pelos *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, em 1938.

Nos dois primeiros períodos, verificou-se a criação de periódicos relativos aos serviços de saúde mais importantes do Estado. O Serviço Sanitário, por exemplo,

foi responsável por um grande número de boletins no período entre 1889 e 1912 por meio da sua seção de estatística e demografia, o mesmo acontecendo com o Instituto Butantan, de 1901, e com o Instituto Biológico, de 1928. Porém, no terceiro período, após a criação da USP, em 1934, nenhuma nova revista de órgão do governo estadual foi criada, embora as publicações anteriores continuassem circulando.

No entanto, a inexistência de uma faculdade de Medicina não impediu a criação de revistas médicas. Esse é o motivo pelo qual a criação de faculdades de Medicina serviu de parâmetro para a periodização adotada na análise dos periódicos. A existência de uma multiplicidade de instituições de saúde foi um ponto fundamental na criação dos periódicos médicos em São Paulo, pois está refletida nos próprios periódicos criados. É possível notar também que, um primeiro momento, tais instituições eram as principais responsáveis pela produção de pesquisa básica na área da Saúde, e se, como já foi dito, num primeiro período, a inexistência de uma faculdade de Medicina não impediu a criação de revistas médicas, depois de 1912, tal desenho se modificou.

A partir de 1913, com a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a maior parte das novas publicações passou a ser vinculada a algum departamento ou setor da Faculdade de Medicina, motivo pelo qual a criação de escolas médicas serviu de parâmetro para a periodização adotada.

Em um contexto de ausência nas faculdades de Medicina no Estado, os próprios periódicos serviam como local de debates sobre a profissão e espaços de veiculação de novos conhecimentos. Ao serem consultadas tais publicações, é visível a existência de discussões que levaram à criação de novas associações de profissionais e de especialistas, e também os próprios projetos para a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, realizados, principalmente, nas duas *Revistas Médicas de São Paulo*, de 1889 e 1898, e a *Gazeta Clínica*, de 1904.

Num primeiro momento, a falta de uma faculdade de Medicina pode ter sido suprida pelos debates levados a cabo em diferentes publicações, onde novas técnicas, procedimentos e conhecimentos eram veiculados. Os artigos, juntamente com outros procedimentos, tais como participação em congressos e viagens de estágio, por exemplo, serviam como fontes para o aprendizado de novas metodologias de trabalho médico, num período em que ocorriam grandes transformações no conhecimento biomédico¹⁸.

Em uma primeira aproximação é possível perceber que, depois de 1934, houve um aumento mais acelerado de revistas dedicadas a diferentes temáticas. Antes disso, assuntos considerados hoje como de especialidades consolidadas, como Urologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Cardiologia e Psicologia, por exemplo, encontravam-

¹⁸ Ver, sobre o tema, John Warner (1991, 1985).

se dispersos entre diferentes revistas de caráter mais genérico. As grandes áreas da Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria correspondiam à maioria das publicações criadas antes da fundação da Universidade de São Paulo.

É de se notar que, após a primeira turma de formandos na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo¹⁹, em 1918, o número total de revistas em circulação cresceu, até mesmo pela criação de periódicos ligados aos departamentos da Faculdade. Essas revistas demonstraram um crescente impacto da produção científica na formação acadêmica, pois tais publicações veiculavam artigos tanto de docentes quanto de discentes, contribuindo para a própria ideia de formação médica como uma atividade em que se ligam atendimento, ensino e pesquisa.

Em outros casos, no entanto, o período estudado ainda não permite uma identificação clara sobre os limites de uma especialidade. Por exemplo: até 1950, a Psiquiatria e a Neurologia apareciam em periódicos conjuntos. O mesmo se dava em alguns casos com a Farmácia, que se fazia presente acompanhada da Odontologia, assim como a Biologia, da Zoologia.

Sendo assim, a situação apontada acima impede uma apresentação das revistas por especialidade, pois estas estavam ainda sendo configuradas. Tal verificação teria mais a intenção de compreender como os vários temas médicos se distribuíam pelas publicações do que classificar cada revista como de uma área única, o que não seria possível para o período. O que se pode indicar é que, dentre as grandes áreas, a Clínica Médica foi sempre aquela com maior número de revistas, atrelada, na maioria dos casos, à questão da terapêutica e da cirurgia.

Conclusão

O que mais importa na avaliação realizada aqui é indicar que os acervos de periódicos formam um conjunto material de extrema importância para a História das Ciências. Tais acervos podem apontar para uma gama grande e diversificada de informações sobre as atividades de um dado campo científico num largo período. Tal processo pode orientar estudos históricos em diferentes perspectivas, assim como ser mais uma fonte a fornecer dados sobre a produção de conhecimento num campo científico.

Os periódicos especializados são lidos por alguns autores (FERREIRA, 1996) como uma “instituição” científica. Sendo assim, o estudo do periodismo médico atua como um ponto de conexão no entendimento da história das atividades de determinada área médica, em relação com os processos da produção de

¹⁹ Em 1926, a Faculdade passou a ser denominada Faculdade de Medicina de São Paulo e, em 1934, passou a integrar a Universidade de São Paulo.

conhecimento, do ensino e de institucionalização da Medicina, como se tencionou demonstrar aqui.

Nesse sentido, parece apropriada a ideia de pretender adicionar dados sobre a dimensão histórica aos procedimentos de aquisição e descarte de publicações nos acervos de bibliotecas, quer em faculdades, quer em outras instituições médicas, mas também de áreas diversas.

Para compreender os diferentes processos de construção de conhecimento e de organização de uma área ou especialidade científica, devem ser levadas em conta não apenas as novas produções, mas também as antigas publicações em determinada área.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Pesquisas & Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação. *Bibliotecas especializadas brasileiras: guia para intercâmbio bibliográfico*. Rio de Janeiro: CNPq/ IBBD, 1962.

CATANI, Denice Barbara & SOUSA, Cynthia Pereira de (orgs.). *Imprensa periódica educacional paulista (1890-1996)*. Catálogo. São Paulo: Plêiade/Finep, 1999.

CRUZ, Heloísa de Faria (org.). *São Paulo em revista: catálogo de publicações da imprensa cultural e de variedade paulistana (1870-1930)*. São Paulo: Arquivo do Estado de São Paulo, 1997. Coleção Memória, Documentação e Pesquisa.

_____. *São Paulo em papel e tinta: periodismo e vida urbana – 1890-1915*. São Paulo: Educ/Fapesp/Arquivo do Estado de São Paulo, 2000.

FERREIRA, Luiz Otávio. *O nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. 1996. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; São Paulo: FFLCH/USP.

KNORR-CETINA, Karin. *Epistemic cultures: how the sciences make knowledge*. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994

LATOUR, Bruno. Redes que a razão desconhece: laboratórios, bibliotecas, coleções. In: BARATIN, Marc & JACOB, Christian. *O poder das bibliotecas: a memória dos livros no Ocidente*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. p. 21-44.

_____. Drawing things together. In: LYNCH, Michael & WOOLGAR, Steve (Eds.). *Representation in scientific practice*. Cambridge: The MIT Press, 1990. p. 19-68.

PIRES-ALVES, Fernando A. Informação científica, educação médica e políticas de Saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina – Bireme. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 899-908, Rio de Janeiro, maio/junho, 2008.

_____. *A biblioteca da saúde das Américas: a Bireme e a informação em ciências da saúde, 1967-1982*. 2005. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz.

SCHWARTZMAN, Simon. *Formação da comunidade científica no Brasil*. Rio de Janeiro: Finep/Companhia Editora Nacional, 1979.

SILVA, James Roberto. *Doença, fotografia e representação: revistas médicas em São Paulo e Paris, 1869-1925*. 2003. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP

SILVA, Márcia Regina Barros da. *O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933*. 2004. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo: FFLCH/USP.

_____. O ensino médico em debate: São Paulo – 1890-1930. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9 (suplemento), p. 139-59, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, Márcia Regina Barros da; FERLA, Luís & GALLIAN, Dante Marcello C. Uma biblioteca sem paredes: história da criação da Bireme. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 1, p. 91-112, Rio de Janeiro, janeiro/março, 2006.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002.

WARNER, John Harley. Ideals of science and their discontents in late Nineteenth-Century American medicine. *Isis*, v. 82, n. 3, p. 454-478, September, 1991.

_____. Science in Medicine. *Osiris*, 2nd series, v. 1, Historical Writing on American Science, p. 37-58, 1985.

Enfermagem e memória: os centros de documentação das escolas de enfermagem do Rio de Janeiro

Almerinda Moreira

Introdução

O início da enfermagem profissional no Brasil é um tema bastante controverso, que só agora começa a ser trabalhado em profundidade. Até recentemente, bem pouco se sabia sobre o significado e a influência da primeira escola de Enfermagem do País – a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (1890), assim como de outras escolas criadas na década de 1910. Os manuais didáticos, as dissertações, as teses e a mídia continuam considerando como início dos cursos para formação de enfermeiras o ano de 1923, quando se deu a implantação da Enfermagem moderna em território brasileiro¹.

Verifica-se, porém, que a luta pela formação de enfermeiros e enfermeiras é muito mais antiga. Conforme mencionado, a primeira instituição de ensino de Enfermagem, criada no Rio de Janeiro, foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 1890, hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

No ano de 1914, foi fundado um Curso para Voluntárias, da Cruz Vermelha Brasileira, na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de prepará-las para o cuidado aos feridos na Primeira Guerra Mundial. Em 1916, este curso transformou-se em Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, e seus arquivos ainda se encontram no prédio onde funcionou até o início da década de 1970, na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro. Entre 1917 a 1960, esse curso diplomou 427 alunas. No entanto, não foi preservada ou possibilitada a visitação de seus arquivos. O que se conseguiu encontrar sobre esta tão importante instituição encontra-se arquivado na Biblioteca Nacional.

Esta escola formou ilustres representantes da Enfermagem brasileira, como Edith de Magalhães Fraenkel e Idália Araújo Porto Alegre, esta de nome menos conhecido e, de acordo com o relato de Mott & Tsunechiro (2002):

¹ Enfermagem moderna ou nightingaleana: tipo de assistência e ensino de Enfermagem iniciado por Florence Nightingale, só para mulheres, com princípios fundamentais de escola e serviço dirigidos por enfermeiras, ensino em regime de internato, e seleção de moças de nível intelectual e moral elevada.

(...) nascida no Rio de Janeiro no dia 24 de janeiro de 1888, estudou na Inglaterra e Bélgica. De volta, participou da fundação da Seção Feminina da CVB do Rio de Janeiro, inscreveu-se na Escola de Enfermeiras Voluntárias. Recebeu o diploma em 1915; em 1917, foi nomeada professora da Escola de Enfermeiras Profissionais. Trabalhou pelos soldados feridos na Guerra (1914-1918), angariando fundos e remetendo donativos, recebendo por isso a Medalha Rainha Elizabeth. Durante a epidemia da gripe espanhola, em 1918, trabalhou no hospital provisório criado pela entidade. Em 1921, foi requisitada pelo governo para criar um dispensário de tuberculose, quando contraiu a doença. Ao se recuperar, voltou a trabalhar na entidade. Foi Enfermeira-chefe da Policlínica do Instituto Médico Cirúrgico da CVB e, em 1927, recebeu a importante Medalha Florence Nightingale, atribuída pela primeira vez a uma enfermeira da América do Sul, pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, em Genebra.

Outra escola fundada na mesma época foi o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, criado em 1917. Sabe-se que essa escola funcionou até 1921. Apesar de a Policlínica existir até hoje, lá estão preservados poucos documentos (MOTT & OGUISSO, 2003).

Em 1921, foi criado, na cidade do Rio de Janeiro, o Curso de Visitadoras Sanitárias e, posteriormente, em 1923, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atualmente Escola de Enfermagem Anna Nery, que teve e tem até hoje grande prestígio e serviu de modelo para criação de várias outras escolas, não só no Rio de Janeiro, como no restante do País, sendo referenciada como a instituição padrão, de onde surgiu o termo “enfermeira padrão”, ou seja, aquela formada pela Escola de Enfermagem Anna Nery.

Outras escolas foram criadas na cidade, tais como a Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac, em 1939, com o propósito de preparar inicialmente irmãs de caridade para o exercício da Enfermagem, e que hoje pertence à Associação Camiliana de Ensino; em 1944, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense; em 1948, a Escola de Enfermagem Raquel Haddock Lobo, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

A pesquisa em História da Enfermagem

Ainda é pequena a tradição de pesquisa em História da Enfermagem, como disse Sobral (1994), citada por Moreira *et al.* (2001: 80):

(...) nem mesmo a sistematização da pesquisa na pós-graduação fez aumentar significativamente a produção de estudos sobre a história da enfermagem brasileira, aliado ao fato de que historiadores “de ofício” também pouco se interessam pela trajetória desta atividade no Brasil.

Tal condição pode ser consequência do próprio ensino de HE², que, apesar de presente nos currículos desde 1923, com a implantação da Enfermagem moderna, passou a ser ministrada como disciplina autônoma nas escolas. No entanto, nem sempre foi ministrada como uma cadeira independente, mas como parte de outras disciplinas: Legislação, Ética ou Exercício da Enfermagem, por exemplo. Ainda hoje, não obstante ser disciplina obrigatória, em geral é ministrada nos primeiros períodos do curso, quando os alunos estão mais interessados nas fisiologias, anatomias etc.; ou ainda em conjunto com outra matéria. Eram poucos os professores de HE que desenvolviam estudos na área, ou defenderam seu mestrado ou doutorado nessa linha de pesquisa. No entanto, a partir da década de 1990, observou-se um crescimento da produção de trabalhos na área de História da Enfermagem: logicamente, esse quadro está se modificando.

A necessidade de preservar a história das escolas de Enfermagem resultou na criação de centros de documentação em algumas instituições e, na década de 1990, vários Núcleos de Pesquisa de História da Enfermagem foram criados e estão cadastrados no CNPq³, elaborando artigos, dissertações e teses, ou seja, produzindo conhecimento na área de História. Dentre os referidos núcleos, destacam-se, no Rio de Janeiro, o Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, criado em 1993; o Centro de Memória Nalva Pereira Caldas, da Escola de Enfermagem Raquel Haddock Lobo, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, criado em 1998; e o Laboratório de Pesquisa de História de Enfermagem (Laphe), da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UniRio, criado em 2000.

O presente artigo tem por objetivos divulgar acervos em geral pouco conhecidos e possibilitar o intercâmbio entre pessoas interessadas na pesquisa de História na área da Saúde. Assim, pretende-se traçar um panorama dos Centros de Memória e Documentação das Escolas de Enfermagem do Rio de Janeiro, aproveitando a atenção que tem sido dispensada à memória da Enfermagem nessas escolas por intermédio da preservação de documentos e da pesquisa.

Desenvolvimento

O caminho percorrido para serem atingidos esses objetivos foi a visita aos Centros de Memória e Documentação das Escolas de Enfermagem do Município do Rio de Janeiro, onde se tinha ciência de desenvolverem algum trabalho de preservação de sua memória. Além disso, optou-se pelo debruçamento na literatura sobre o tema para apoiar as afirmações aqui apresentadas, pois se trata de um estudo descritivo.

² História da Enfermagem.

³ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A seguir, serão descritos os resultados das visitas realizadas aos Centros de Documentação, traçando também um breve histórico sobre cada um deles.

Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN / Centro de Documentação

Desde a década de 1960, a Escola Anna Nery vem preservando sua memória, “através do trabalho das professoras Anna J. da Silva Nava e Maria Madalena Werneck, que organizaram as fotografias, e das professoras Vilma de Carvalho e Cecília Pecego Coelho, que deram um tratamento aos documentos” (SAUTHIER, 2000).

Em 1993, foi fundado o Centro de Documentação da EEAN, por ocasião dos 70 anos da Escola, com o objetivo de preservar sistematicamente a documentação histórica e colocá-la à disposição dos pesquisadores. No mesmo ano, entrou em funcionamento o Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira/UFRJ, o NUPHEBRAS.

O NUPHEBRAS tem por finalidade promover o desenvolvimento da pesquisa de História da Enfermagem no Brasil, objetivando criar fontes primárias de pesquisa histórica, divulgar o acervo documental da EEAN, resgatar documentos históricos de interesse da Enfermagem e apoiar o desenvolvimento de projetos de pesquisa histórica⁴. Todas as disciplinas do Programa de Pós-Graduação Mestrado/Doutorado da linha de História são vinculadas ao núcleo.

A Profa. Dra. Jussara Sauthier (2000), uma das idealizadoras do Centro de Documentação, assim se expressou: “(...) constitui-se em precioso manancial de fontes primárias, permitindo aos pesquisadores de enfermagem e outros a pertinência, a consistência e a confiabilidade dos dados de pesquisa (...)”. E, referindo-se à vasta utilização do Centro de Documentação, citou alguns profissionais que o procuram, tais como:

(...) historiadores profissionais, pesquisadores de sociologia das profissões, engenheiros e arquitetos que buscam fotografias para ajudar em projetos de restauração de prédios históricos, jornalista, médicos sanitaristas, cineastas e professores de curso de cinema se utilizam do nosso acervo para produção de filmes históricos (SAUTHIER, 2000).

Cabe ressaltar que este Centro teve como mola propulsora o Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado.

Funcionando no andar térreo do prédio da EEAN, no Rio de Janeiro, o órgão possui, em seu acervo, documentos catalogados por séries, tais como: dados e arquivos

⁴ Disponível em: <<http://www.nuphebras.hpg.ig.com.br>>.

sobre a gestão de diretoras; dossiês de alunos; cerca de 2,5 mil fotografias, a maioria em preto e branco; obras raras, como os primeiros manuais utilizados para o ensino da Enfermagem, que datam de 1916; livros de atas; hemeroteca; acervo de história oral (fitas cassete) com depoimentos de personalidades da Enfermagem, por exemplo, da Profa. Haydée Guanais Dourado, que foi professora titular da escola e grande lutadora pelas causas da Enfermagem, falecida no ano de 2005, no Rio de Janeiro. O Centro de Documentação possui um total de, aproximadamente, 132 metros lineares de documentos. Dentre os mais importantes, consta a série – Missão 1922-1931 – que reúne um conjunto de documentos escritos pelas enfermeiras norte-americanas que implantaram a Enfermagem moderna no Brasil, com o apoio da Fundação Rockefeller (SAUTHIER, 2000).

O Centro possui, ainda, inventário do acervo já publicado em forma de catálogo analítico, disponibilizado aos pesquisadores, microcomputador, mesa para consulta, *scanner*, gravador de CD, mesa higienizadora para tratar os documentos, além de uma funcionária arquivista para o atendimento.

Dentre as diversas pesquisas realizadas com a utilização do acervo do Centro de Documentação da EEAN, podem ser citadas: as teses *A enfermeira Anna Nery no país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*, da Dra. Ieda de Alencar Barreira, e *A câmara discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da Enfermagem na capital do Brasil (1928-1938)*, da Dra. Tânia Cristina Franco Santos, somando-se ainda um total de aproximadamente cem publicações entre artigos, livros, dissertações e teses.

Escola de Enfermagem Raquel Haddock Lobo / Centro de Memória Dra. Nalva Pereira Caldas – CMNPC

O Centro de Memória Dra. Nalva Pereira Caldas, da Escola de Enfermagem Raquel Haddock Lobo, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ, foi criado em 1998, quando a Escola completava 50 anos.

Caldas (2000) ressaltou que o Centro de Documentação “nasceu da necessidade de acesso à documentação e do interesse da direção”. Todavia, não só a direção teve méritos no processo de criação do Centro, mas também e, principalmente, a Profa. Nalva Pereira Caldas ao desenvolver a pesquisa sobre a memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ – uma perspectiva histórica.

Situado no sexto andar da Faculdade de Enfermagem Raquel Haddock Lobo, à Rua 28 de setembro, no bairro de Vila Isabel, Rio de Janeiro, foi implantado com o apoio do CNPq. Começou a funcionar com uma estrutura arquivística – estantes deslizantes, equipamentos de informática, painel para exposição de fotografias e estantes para exibição de objetos, o que favoreceu a organização do acervo, que ocupa uma área de 60m².

O Centro de Memória contém uma diversidade de documentos escritos, textuais, iconográficos e filmes, que contam a memória da instituição. A organização está dividida em três fundos: administrativo, acadêmico e de eventos.

A maior parte do trabalho de organização e manutenção do CMNPC foi feita pela própria Profa. Dra. Nalva Pereira Caldas, com a ajuda de estagiário de Arquivologia e de História. Hoje, já existe um funcionário lotado no setor, que está organizado em duas partes: minimuseu e arquivo documental. Ele possui, em seu acervo, documentos pessoais da patrona e fundadora da Escola, a Enfermeira Raquel Haddock Lobo, além de vários outros. Sobre o Centro de Memória, Caldas (2000: 355) disse que:

Pela forma como os documentos foram classificados e arranjados, pode-se rapidamente identificar a trajetória da instituição, seus avanços e permanências, demonstrando assim que o Centro de Memória está contribuindo para a história da Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro e no País.

Este acervo recebe doações principalmente de ex-alunos, como fotografias e objetos, não só da própria instituição, mas também de outras referentes à Enfermagem. No momento, é constituído de vários metros lineares de documentação com inventário de todos os elementos que o integram.

Várias pesquisas já foram produzidas com consulta a este acervo, que está disponível aos pesquisadores não só da Enfermagem como de outras áreas. A tese *Os caminhos da lembrança: um olhar retrospectivo sobre a memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ, recorte histórico de 1944-1971* foi elaborada para o concurso de professor titular, em 1995, dentre outros trabalhos mais recentes.

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / Laboratório de Pesquisa de História de Enfermagem – Laphe

Com a reestruturação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – EEAP, em 1943, para que pudesse ter seus registros ordenados, a então diretora, Enfa. Maria de Castro Pamphiro, fez a primeira organização do arquivo documental da Escola, como se pode constatar na reportagem publicada na *Revista do Serviço Público*, em junho de 1946:

(...) entre as atividades da Escola, destaca-se o trabalho de documentação relativo à vida escolar dos antigos alunos, desde a criação da Escola, o qual está sendo organizado em ordem alfabética, Maria de Castro Pamphiro, em entrevista ao repórter Adalberto Mário Ribeiro (RIBEIRO, 1946).

Foi também registrado no relatório da gestão da referida diretora:

(...) entre os urgentes e imprescindíveis empreendimentos, de início surgiu a necessidade da organização de um Arquivo Escolar de toda a documentação individual existente, visando principalmente assegurar os interesses de quantos nela fizeram os seus estudos anteriores (...).

(...) Este trabalho minucioso e demorado, iniciado em 1943, terminou em 1952 com a confecção de cerca de 800 (oitocentos) históricos escolares. Graças a eles, a secretaria da Escola, cujo movimento escolar intenso (...) passou a atender com a devida presteza as constantes solicitações tanto de certidões de tempo dos ex-alunos remunerados como as de históricos para fim de registro de diploma (...). A Diretoria de Ensino Superior sentiu imediatamente a diferença e bom reflexo causado por essa iniciativa, a qual veio facilitar o melhor andamento do serviço entre ela e a Escola (UNIRIO, 1955).

Tal atitude, seguida posteriormente, em 1995, pela Profa. Teresinha Pereira dos Santos, diretora à época, possibilitou que hoje pudesse ser utilizado esse arquivo como fonte riquíssima de pesquisa sobre a Enfermagem e sobre esta Escola, a pioneira no ensino e profissionalização da Enfermagem no País. Sendo a Escola de Enfermagem mais antiga, passou por várias sedes e reestruturações. Com a troca de um lugar para outro, é certo que alguns documentos foram descartados e perdidos – intencionalmente ou por descuido, eles não foram preservados.

Prova disso é que, por ocasião da elaboração de dissertação do mestrado, quando a signatária deste artigo aventurou-se a escrever sobre os cem anos de existência da EEAP, constatou-se a dificuldade de fazer uma pesquisa histórica no País. Tanto que, ao término do estudo, recomendou-se que fosse criado um Centro de Memória na Escola. No entanto, tal sugestão só se concretizou dez anos depois, quando foi criado o Laphe, por iniciativa do Prof. Osnir Claudiano da Silva Júnior, com o apoio dos professores Almerinda Moreira, Fernando Porto, Wellington Mendonça de Amorim e todos da Escola.

O Laphe foi criado em 2000, quando a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto completava 110 anos, com uma visão ampliada da responsabilidade e importância dessa instituição, como foi relatado em artigo publicado:

A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto é a primeira escola de enfermagem do Brasil. Nos seus 110 anos de existência, vem sendo testemunha e construtora da profissão de enfermagem. Seus arquivos, memórias, relíquias e documentos possibilitam o estudo e a pesquisa do desenvolvimento das práticas e da educação em saúde no país (...). É chegada a hora de organizar, recuperar, divulgar e disponibilizar

aos pesquisadores da história da saúde no Brasil este acervo riquíssimo da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (MOREIRA et al., 2001).

Para marcar a inauguração, foi descerrada a placa que fica na entrada da sala 502 do prédio da EEAP, onde houve as reuniões para as pesquisas.

Desde a sua fundação, o LAPHE vem desenvolvendo atividades de organização do acervo documental e iconográfico por meio de projetos dos docentes com bolsistas de iniciação científica e outros em parceria com a Escola de Arquivologia da UNIRIO; promovendo exposições de documentos e objetos; estimulando docentes, alunos e pesquisadores de História da Enfermagem a promover anualmente encontros de professores e pesquisadores de História de Enfermagem do Rio de Janeiro e Mostras da Produção Científica de HE. Além da produção de conhecimento, por intermédio de artigos, dissertações e teses que utilizam o acervo em referência, tais como as teses *A profissionalização da enfermagem brasileira: o pioneirismo da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1890-1920)*, da Profa. Dra. Almerinda Moreira, e *A reconfiguração da primeira escola de Enfermagem brasileira: a missão de Maria de Castro Pamphiro (1937-1949)*, do Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim, além de vários artigos publicados e premiados em congressos e eventos de Enfermagem.

O acervo em questão é o do Arquivo Setorial da Enfermagem Professora Maria de Castro Pamphiro, localizado na EEAP, que é de responsabilidade do Arquivo Central da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Trata-se de um acervo majoritariamente administrativo e institucional que, entretanto, oferece pistas para a compreensão da História da Saúde, particularmente da Enfermagem e de suas relações com o Estado. São livros de atas de 1905, 1906, correspondência, dossiês de alunos organizados desde 1921, requerimentos datados de 1905 e 1906, provas, diplomas, certificados, relatórios, fotografias desde 1936, convites de formatura dos últimos dez anos etc., constituindo cerca de 120 metros lineares de documentos referentes aos seus 117 anos, que estão organizados conforme mostra a ilustração abaixo.

Cabe ressaltar que, em 1995, também em parceria com a direção do Arquivo Central da UNIRIO, foi realizada a higienização e a ordenação dos documentos e, em outra parceria com a atual diretora do Arquivo Central da UniRio, Profa. Sônia Kaminitz, já se somam 700 fotografias digitalizadas e disponibilizadas aos pesquisadores.

A articulação do Laphe com o Arquivo Central da UNIRIO, com as escolas de Arquivologia, História e a pós-graduação, notadamente o Mestrado em Enfermagem e o Mestrado em Memória Social, visa torná-lo um espaço de produção e difusão de conhecimentos, tendo, como núcleo, a História da Enfermagem (MOREIRA et al., 2001).

Tal afirmativa demonstra que, desde a sua origem, o Laphe vem atingindo os objetivos a que se propôs. No entanto, não existe um inventário preciso do acervo que se conseguiu reunir, por falta de pessoal administrativo especializado, lotado no setor.

O presente acervo, aliás, está aberto a receber doações, não só de documentos referentes à própria Escola como também de outras instituições de ensino da área de Saúde no Brasil. Para tanto, está sendo reorganizada a Associação de Ex-Alunos e Amigos da Escola.

Em 2005, após três anos de solicitação, recebeu-se, por intermédio de projeto de incentivo à pesquisa, um computador, um *scanner*, algumas estantes e uma mesa higienizadora. No entanto, ainda não há funcionários para tratar o acervo documental nem para atender aos pesquisadores, o que se faz através de bolsistas e professores/pesquisadores. Na tentativa de resolver esse problema, desvinculou-se o Arquivo do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, de modo a torná-lo arquivo somente da Escola de Enfermagem, com o nome de Arquivo Setorial da Enfermagem Professora Maria de Castro Pamphiro, em homenagem àquela que primeiro se preocupou em preservar a memória da Escola.

Ainda com o fito de estimular os estudos de História da Enfermagem, são oferecidas disciplinas optativas e obrigatórias aos alunos da graduação e pós-graduação, além da realização de reuniões semanais do LAPHE. No entanto, como se trata de enfermeiros, apesar de ainda não se perceber grande desenvoltura no meio com relação, principalmente, à metodologia de pesquisa em História, o fato é que o líder do grupo que depesquisa já cursou a graduação em História. Assim, pensando na recuperação, preservação e organização do acervo, buscase fazer um trabalho multidisciplinar, onde já se desenvolvem projetos com professores e alunos da Arquivologia.

Conclusão

Observou-se que os trabalhos realizados por professores e pesquisadores empenhados e dedicados à HE têm incentivado a pesquisa e a produção de conhecimento sobre o tema, e que vários núcleos estão se organizando não só no Rio de Janeiro, como em outras escolas de Enfermagem no País. Entretanto, apesar do crescente interesse pelo assunto, teme-se pela continuidade de trabalhos dessa natureza. Com a aposentadoria e o afastamento desses abnegados professores, poderá a HE perder o *status* que atingiu, como ocorreu em algumas escolas que tinham criado museus e acervos, e tais núcleos de conhecimento acabaram passando para segundo plano se a direção precisa de espaço que ocupam ou não dá maior importância à História.

Cabe ainda lembrar as recomendações de dois encontros de professores e pesquisadores de HE realizado pelo LAPHE, no Rio de Janeiro, e também o último evento organizado pelo Instituto de Saúde de São Paulo – Núcleo de Investigação em Memória e Saúde, quanto à formação de uma rede entre os centros de documentação para fortalecê-los e apoiar essa área de conhecimento, principalmente junto aos órgãos de fomento à pesquisa.

Ressalta-se ainda que, no Rio de Janeiro, existem outros centros de documentação importantíssimos para as pesquisas na área de Saúde, como os da Casa de Oswaldo Cruz (da Fiocruz⁵), da Academia Nacional de Medicina e do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, dentre outros.

Referências

CALDAS, Nalva P. A experiência da criação do centro de memória da Faculdade de Enfermagem da Uerj. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 3, p. 347-357, Rio de Janeiro, dezembro, 2000.

MOREIRA, Almerinda; PORTO, Fernando R.; SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano da; AMORIM, Wellington M. de & BRITO, I. História, memória e relíquias: um pouco da história da Enfermagem no Brasil. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v. 5, n. 2, p. 78-85, Rio de Janeiro, 2001.

MOTT, Maria Lúcia & OGUISSO, Taka. Discutindo os primórdios do ensino de enfermagem no Brasil: o curso de Enfermeiras da policlínica de Botafogo (1917-1920). *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 82-92, São Paulo, janeiro/abril, 2003.

MOTT, Maria Lúcia & TSUNECHIRO, Maria Alice. Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 5, p. 592-599, Brasília, setembro/outubro, 2002.

SAUTHIER, Jussara. Memória e história: o centro de documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 4, n. 3, p. 339-346, Rio de Janeiro, dezembro, 2000.

SAUTHIER, Jussara & CARVALHO, Vilma. A missão Parsons. Documentos históricos da EEAN/UFRJ – 1922-1931. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1999.

RIBEIRO, Adalberto M. A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. *Revista do Serviço Público*, v. 2, n. 3, p. 76-91, Rio de Janeiro, junho, 1946.

⁵ Fundação Oswaldo Cruz.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNI-RIO. *Relatório da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto de 1955*. Rio de Janeiro: EEAP/UniRio, 1955. Mimeografado.

Endereços eletrônicos acessados

LABORATÓRIO DE PESQUISA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM – LAPHE. *Site* institucional. Disponível em: <<http://www.laphe.hpg.com.br>>. Acesso em: 25 de julho de 2005.

NÚCLEO DE PESQUISA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA – NUPHEBRAS. *Site* institucional. Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/nuphebras/index.htm>>. Acesso em: 28 de julho de 2005.

Instituto de Higiene: uma visão a partir da trajetória profissional dos fundadores (Paula Souza e Borges Vieira)

Jaime Rodrigues e Maria da Penha Costa Vasconcellos

Escolher os nomes de Geraldo Horácio de Paula Souza e Francisco Borges Vieira para tratar da história do Instituto de Higiene é algo inescapável. Ainda assim, pensamos ser necessário justificar essa escolha. Primeiramente, nossa intenção não foi a de monumentalizar esses personagens¹. Em seguida, a partir da perspectiva do presente, os dois fundadores da escola são encarados como homens exemplares no sentido de indicarem a atuação requerida dos profissionais de Saúde Pública até os dias atuais. Com isso, pode-se discutir a construção histórica de um modelo de atuação profissional, e não imaginar que esse modelo tenha sido aleatório. Borges Vieira e Paula Souza exemplificam a formação multidisciplinar dos profissionais de Saúde Pública e a amplitude de interesses temáticos que caracteriza esse campo do conhecimento até hoje.

A conservação e a organização dos arquivos pessoais desses homens permitem o estudo de suas trajetórias e a recuperação de práticas bastante antigas e, em certo sentido, ainda vigentes no campo da Saúde Pública.

O arquivo de Paula Souza é mais volumoso e diverso, considerando-se as tipologias. Paula Souza (1889-1951) bacharelou-se na Escola de Farmácia de São Paulo (1908) e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1913), tendo se especializado em Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins (1918-1920). No retorno de Baltimore, onde foi bolsista da Fundação Rockefeller, tornou-se catedrático da cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo (1922), assumindo a direção do Instituto de Higiene (cargo que ele conservaria até seu falecimento) e do Serviço Sanitário do Estado, até 1927.

Entre 1927 e 1929, como técnico da Seção de Higiene da Liga das Nações, visitou a Europa e o norte da África e, em 1943, assumiu a vice-presidência da Associação Americana de Saúde Pública, em Washington. Em 1945, integrou a delegação brasileira à Conferência de São Francisco que, em conjunto com a

¹ Uma discussão sobre a importância dos arquivos pessoais pode ser encontrada em CAMARGO, Ana Maria de Almeida. Arquivos pessoais: questões para um debate. In: MATOS, Edilene; CAVALCANTE, Neuma; LOPEZ, Telê Ancona & LIMA, Yêdda Dias (orgs.). *A presença de Castello*. São Paulo: Humanitas/IEB-USP, 2003. p. 101-104.

delegação chinesa, propôs a criação de um organismo internacional de saúde no âmbito das Nações Unidas. A Organização Mundial da Saúde (OMS), criada no ano seguinte, teve Paula Souza como um dos membros da sua organização interina e um de seus vice-presidentes.



Geraldo Horácio de Paula Souza e outros no escritório da United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) – 1945

Fonte: CMSP, Foto nº 218

No arquivo de Paula Souza, destacam-se relatórios e cartas que possibilitaram acompanhar o processo de criação e institucionalização da atual Faculdade de Saúde Pública da USP. Estão ali reunidos a documentação pessoal, a correspondência ativa e passiva, a produção intelectual (incluindo textos inéditos), homenagens e documentação de viagens, relatórios anuais do Instituto de Higiene e correspondências entre a direção do Instituto e a Fundação Rockefeller, além de uma vasta série de fotografias.

O acervo possui imensas potencialidades. Por meio de análises, os pesquisadores podem se debruçar sobre a atuação dessa agência internacional no Brasil, particularmente no que se refere à educação médica e à constituição do campo disciplinar da Saúde Pública; sobre o reconhecimento da influência norte-americana na educação sanitária implantada no Brasil do mesmo período; sobre aspectos biográficos de seu titular; sobre o processo de produção e circulação de

impressos por meio dos quais os sanitaristas procuraram divulgar os preceitos higiênicos, tendo em vista a formação da “consciência sanitária”; sobre o imbricamento entre as práticas sanitárias e o intenso processo de urbanização ocorrido na primeira metade do século XX; sobre a construção da sede do Instituto de Higiene (atual Faculdade de Saúde Pública) e seus significados no tempo e no espaço – apenas para mencionar algumas temáticas.

Uma análise sumária da recente produção acadêmica sobre o tema da Saúde Pública em perspectiva histórica permite identificar o interesse em compreender as formas de intervenção técnica no cotidiano, pelas quais se procurou construir novos modos de viver mais aceitáveis do ponto de vista “civilizado”. Essas temáticas têm aberto caminhos para um diálogo multidisciplinar entre profissionais de História, Antropologia, Sociologia, Arquitetura, Educação e Epidemiologia. Pesquisadores interessados nesses e em outros temas de pesquisas poderão encontrar informações valiosas no acervo do CMSP².

O recebimento de uma parte desse acervo que se encontrava em poder da família do titular ensejou uma exposição, instalada na Faculdade de Saúde Pública entre dezembro de 2004 e março de 2005, com o título “Geraldo Horácio de Paula Sousa: perfil e trajetória”. O objetivo do evento era tornar públicos aspectos da carreira do titular, por meio da exibição de seu acervo pessoal, agora custodiado pelo CMSP. Dividida em módulos, a exposição espelhava o arranjo concebido para os documentos, qual seja: Formação Educacional, Produção Intelectual, Atuação Institucional, Homenagens e Miscelâneas.

O círculo de relacionamentos, os eventos nacionais e internacionais, a filiação a sociedades científicas – todos esses são exemplos que podem ser evidenciados pelas correspondências do acervo e demonstram a amplitude da atuação profissional de Paula Souza. Além, é claro, de seus livros e artigos, que permitem insistir naquilo que se vem dizendo quanto à constituição multidisciplinar do profissional de Saúde Pública. No caso de Paula Souza, médico de formação, as questões ambientais também estavam em seu horizonte de interesses (sua tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro chamava-se *Contribuição ao estudo da autodepuração de nossos rios, especialmente do Tietê*).

Mas isso não era tudo: ele escreveu sobre Medicina chinesa clássica, sobre a implementação dos centros de saúde, sobre a ação de elementos químicos no organismo, sobre estatística sanitária, sobre legislação, fiscalização do comércio de gêneros alimentícios, doenças epidêmicas como a lepra e a febre amarela, eugenia, abastecimento de água e nutrição, sem contar que passou pelo gênero biográfico (escreveu um opúsculo sobre Emílio Ribas em 1941), apenas para ficar em alguns temas contemplados em suas obras.

² Centro de Memória da Saúde Pública/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Com Francisco Borges Vieira não foi muito diferente. Embora tenha desenvolvido sua carreira de forma mais discreta do que seu contemporâneo Paula Souza, Borges Vieira também foi um dos articuladores do projeto de implementação dos centros de saúde e da formação de gerações de profissionais de Saúde Pública – e julga-se importante ressaltar a formação de educadoras sanitárias como sinal dessa multidisciplinaridade na qual se insiste. Recorreu-se, aqui, à sua suposta discrição pessoal em função do que restou de seu acervo – bastante reduzido, se comparado ao de Paula Souza. Cartas, bilhetes, cartões postais e outros documentos que pudessem permitir saber algo mais sobre seus gostos e a visão que tinha a respeito de si mesmo parecem ter desaparecido. Restou, no entanto, sua ampla e variada produção intelectual, objeto da exposição “Não se improvisam sanitaristas! – A contribuição de Francisco Borges Vieira ao ensino e pesquisa em Saúde Pública”, montada na Faculdade de Saúde Pública entre 15 de junho e 15 de agosto de 2005.

Talvez fosse mais interessante começar a falar sobre Borges Vieira pelo final, ou quase pelo final. Em 22 de março de 1949, Vieira escrevia uma carta a Luís Correia de Mello³, atendendo a um “convite” feito por este em sua coluna assinada na *Folha da Manhã*. Melo trabalhava na elaboração de um livro que seria publicado em 1954: o *Dicionário de autores paulistas*, uma das muitas obras comemorativas do IV Centenário da Fundação de São Paulo⁴.

Borges Vieira anexou seu currículo a essa carta, relacionando sua produção bibliográfica, formação e cargos ocupados em sua trajetória profissional. Mas é a bibliografia que ocupa a maior parte das páginas – mais de cinco das seis folhas datilografadas. O texto foi plenamente aproveitado por Melo ao redigir o verbete sobre Francisco Borges Vieira em seu *Dicionário*⁵. Essa correspondência foi o ponto de partida para uma reflexão sobre sua produção intelectual. Afinal, o remetente viria a falecer pouco tempo depois, em agosto de 1950, sem chegar a ver o verbete sobre ele editado.

Francisco Borges Vieira era médico formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1917, e doutor em Saúde Pública pela Universidade Johns Hopkins, em 1920. Nascido em São Paulo em 30 de agosto de 1893, mudou-se com a família para Mogi das Cruzes, onde se deu sua formação escolar elementar, e regressou a São Paulo para cursar o secundário no Ginásio de São Bento e no Ginásio do Estado.

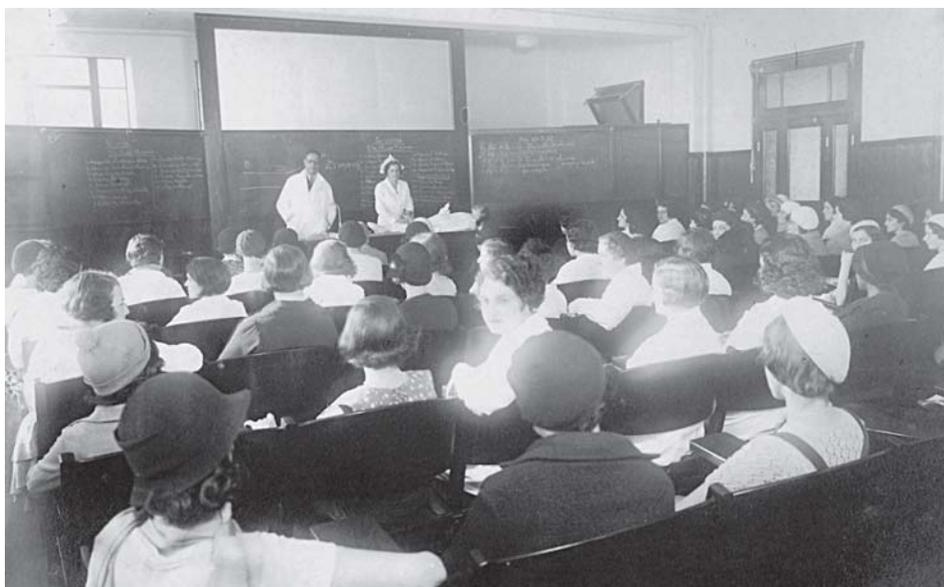
A estadia em Baltimore, entre 1918 e 1920, foi bancada pela bolsa de estudos atribuída pela Fundação Rockefeller. Além de Vieira, outros dois médicos brasileiros foram contemplados com bolsas similares, no mesmo período: Carlos Chagas e

³ Carta de Francisco Borges Vieira a Luís Correia de Mello, 22 de março de 1949. Arquivo Borges Vieira/CMSP.

⁴ MELO, Luís Correia de. *Dicionário de autores paulistas*. São Paulo: Comissão do IV Centenário, 1954.

⁵ MELO, Luís Correia de. *Op. cit.*, p. 661-662.

Geraldo Horácio de Paula Souza⁶. Juntamente com este último, Borges Vieira retornaria ao Brasil, onde Souza passaria a dirigir o Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, criado como anexo à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo⁷. A parceria entre os dois teve prosseguimento ao longo de décadas, e estendeu-se não apenas à administração do Instituto, mas também à assinatura conjunta de artigos⁸.



Francisco Borges Vieira e alunas do curso de enfermeiras socorristas para os soldados da Revolução de 1932 (18 de julho de 1932)

Fonte: CMSP, imagem nº 1.808.

Ensino, pesquisa e divulgação do conhecimento parecem ter sido os eixos da carreira de Borges Vieira, a julgar por sua ampla produção escrita. A relevância dos dois primeiros eixos já foi reconhecida, como não poderia deixar de ser em se tratando da análise da produção científica de homens ligados à vida acadêmica⁹. Seu currículo

⁶ Cf.: SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. *Ciência e Cultura*, v. 55, n. 1, p. 44-47, São Paulo, janeiro/março, 2003; BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999. p. 16.

⁷ VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa (coord.). *Memórias da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 29-30.

⁸ “A mortalidade nas crianças de 1 a 4 anos e suas principais causas em São Paulo”. *Revista de Higiene e Saúde Pública*, v. 8, n. 10, São Paulo, outubro, 1934; “A mortalidade nos escolares e suas principais causas no município de São Paulo”. *Revista de Higiene e Saúde Pública*, v. 8, n. 12, São Paulo, dezembro, 1934 (em coautoria, ainda, com Mario Mesquita); e “Centro de Saúde: eixo da organização sanitária”. *Boletim do Instituto de Higiene*, n. 59, São Paulo, 1936.

⁹ “No tocante à produção científica, Geraldo Horácio de Paula Souza, Samuel Pessoa e Francisco Borges Vieira, dentre outros, foram responsáveis pela condução e publicação de importantes trabalhos

menciona 72 obras, abarcando o período de 1917 a 1949¹⁰. A partir da definição de algumas categorias genéricas, torna-se possível visualizar as preocupações formais de seus escritos. Ao todo, foram um livro, uma tese, seis escritos de caráter administrativo, 30 artigos, 27 textos preparados para encontros científicos e sete textos de divulgação. Muitos dos textos preparados para leituras em conferências e encontros científicos foram posteriormente publicados em revistas científicas, mas computou-se aqui apenas a forma original de sua apresentação.

Dentre os textos que Borges Vieira destacou em seu currículo como material de divulgação, seis foram publicados entre 1938 e 1939 em *Viver*, uma revista médica de divulgação, algo como o que atualmente se pode chamar de “qualidade de vida”. Ali, o autor definiu-se como um médico-columnista que alertava seus leitores para os perigos sazonais ou relativos às idades da vida. As doenças sexualmente transmissíveis, as moléstias de verão e da infância foram os assuntos privilegiados por ele¹¹.

Finalmente, ressalta-se um instrumento de trabalho que os higienistas utilizaram desde o começo do século XX no Brasil e que se tornou inseparável das práticas realizadas até hoje para diagnósticos em Saúde Pública: a fotografia. Borges Vieira e, principalmente, Paula Souza foram pródigos no uso desse recurso não só para diagnosticar os males, mas também como instrumento pedagógico. Seus acervos trazem séries fotográficas didáticas importantes sobre temas como doenças, hospitais, situações ou locais anti-higiênicos nas cidades e no campo, condições de moradia das classes populares, situações de atendimento em postos de saúde – que, não por acaso, são os temas que podem ser encontrados de forma mais recorrente em pesquisas no acervo iconográfico do Centro de Memória hoje.

desenvolvidos no Instituto de Higiene. A produção científica de seus pesquisadores foi um dos fatores do reconhecimento dessa instituição. Além de publicarem diversos artigos em revistas e periódicos científicos, nacionais e estrangeiros, formaram e orientaram numerosos estudantes de graduação e pós-graduação, e ainda organizaram e coordenaram cursos importantes na sua área de conhecimento. *Dicionário histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*, verbete “Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo”.

¹⁰ No *Dicionário de autores paulistas*, são mencionadas apenas 14 obras, provavelmente aquelas que Melo considerou mais relevantes dentre as relacionadas por Borges Vieira.

¹¹ Pela ordem, Borges Vieira publicou os seguintes textos em *Viver*: “Considerações sobre o problema da sífilis”, agosto, 1938, p. 9-18; “Inimigos de nossa infância”, setembro, 1938, p. 66-68; “O verão e as doenças transmissíveis”, novembro, 1938, p. 15-18; “Doenças transmissíveis e portadores de germes”, dezembro, 1938, p. 16-21; “Defendemos nossos filhos contra a difteria”, fevereiro, 1939, p. 13-17; “A propósito da febre amarela”, junho, 1939, p. 17-23. Além dos textos feitos para essa revista, inseriu-se, na categoria **divulgação**, o texto “Noções sobre as doenças transmissíveis mais comumente encontradas no meio escolar”, publicada na *Série de Vulgarização Sanitária*, n. 1, do Instituto de Higiene, em 1935.

Autores

ALMERINDA MOREIRA

Doutora em Enfermagem, pela Universidade de São Paulo – USP; professora associada da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ.

ANA PAULA VOSNE MARTINS

Doutora em História, pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, com pós-doutorado pela Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; professora do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Paraná – UFPR; coordenadora do Núcleo de Estudos de Gênero da UFPR.

ANDRÉ MOTA

Doutor em História, pelo Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – FFLCH/USP, com pós-doutoramento pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP; coordenador do Museu Histórico da FMUSP; docente do curso de pós-graduação da FMUSP.

BENAIR ALCARAZ FERNANDES RIBEIRO

Doutora em História Social, pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo – USP.

CLAUDIO BERTOLLI FILHO

Claudio Bertolli Filho - Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo e Livre-docente em Antropologia pela Universidade Estadual Paulista. Docente nos Programas de Pós-Graduação em Educação para a Ciência e em Comunicação da UNESP.

FABIANA COSTA DE SENNA ÁVILA FARIAS

Mestre em Educação pela Universidade Federal do Paraná – UFPR, Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela UFPR.

GISELE SANGLARD

Doutora em História das Ciências e da Saúde, pela Casa de Oswaldo Cruz – COC, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; pesquisadora visitante na Casa de Oswaldo Cruz (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro – Faperj/ Fiocruz). Professora do Mestrado em História Social da Universidade Severino Sombra (USS).

JAIME RODRIGUES

Doutor em História Social, pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, com pós-doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP; professor adjunto de História do Brasil da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp.

JEAN-PIERRE GOUBERT

Doutor em História Moderna, pela Université de Rennes, com doutoramento de Estado, pela Université de Paris VI; professor titular da École des Hautes Études en Sciences Sociales – EHESS (Paris); professor da Faculté de Médecine Lariboisière Saint-Louis (Paris).

JOANA MARIA PEDRO

Doutora em História Social, pela Universidade de São Paulo – USP, com pós-doutorado na França; professora titular do Departamento de História da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

LIANE MARIA BERTUCCI

Doutora em História, pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; professora do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

LINA FARIA

Doutora em Saúde Coletiva, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ, com pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp; pesquisadora do Instituto de Medicina Social – IMS/UERJ.

LUIZ ANTONIO DE CASTRO SANTOS

PhD em Sociologia, pela Harvard University (EUA); professor associado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – IMS/UERJ.

MÁRCIA REGINA BARROS DA SILVA

Doutora em História Social, pela Universidade de São Paulo – USP; professora do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e ciências Humanas da Universidade de São Paulo – FFLCH/USP.

MARIA AMÉLIA M. DANTES

Doutora em História, pela Universidade de São Paulo – USP; professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em História Social do Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – FFLCH/USP.

MARIA GABRIELA SILVA MARTINS DA CUNHA MARINHO

Doutora em História Social, pela Universidade de São Paulo – USP; pesquisadora do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP; docente da Universidade São Francisco – USF.

MARIA DA PENHA COSTA VASCONCELLOS

Doutora em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo – USP; orientadora do Programa de pós-graduação em Saúde Pública. Coordenadora do Centro de memória da FSP/USP. Professora livre-docente da Universidade de São Paulo – FSP/USP.

MARIA RENILDA NERY BARRETO

Doutora em História das Ciências, pela Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; com pós-doutorado em História das Ciências pela Universidade de Lisboa; professora de História do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca – Cefet/RJ.

MARTA DE ALMEIDA

Doutora em História Social, pela Universidade de São Paulo – USP; pesquisadora adjunta do Museu de Astronomia e Ciências Afins – Mast, do Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT.

MONICA RAISA SCHPUN

Doutora em História, pela Universidade de Paris VII, com pós-doutorado na Universidade de Milão. Pesquisadora do Centre de Recherches sur le Brésil Contemporain (CRBC), da Ecole des Hautes Etudes em Sciences Sociales (Paris).

NORMA MARINOVIC DORO

Doutora em História, pela Universidade de São Paulo – USP; professora adjunta II da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS.

REGINA MORANTZ SANCHEZ

PhD em História, pela Columbia University (EUA); professor da Departamento de Historia da University of Michigan (EUA).

RENATO PEREIRA DA SILVA

Graduado em História pela Universidade Federal Fluminense.

RITA DE CÁSSIA MARQUES

Doutora em História, pela Universidade Federal Fluminense – UFF; professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

RÔMULO DE PAULA ANDRADE

Mestre em História das Ciências, pela Casa de Oswaldo Cruz – COC, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; doutorando do Programa de Pós-Graduação da Fiocruz.

VERA REGINA BELTRÃO MARQUES

Doutora em História Social, pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, com pós-doutorado pelo Centro de Pesquisa em História Social da Cultura – Cecult/Unicamp; professora associada da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

YARA AUN KHOURY

Doutora em Sociologia, pela Universidade de São Paulo – USP; docente do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP; coordenadora do Centro de Documentação e Informação Científica Professor Casemiro dos Reis Filho – Cedic/PUC-SP.

YARA NOGUEIRA MONTEIRO

Doutora em Ciências, pela Universidade de São Paulo – USP; pesquisadora científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – IS/SES-SP; Coordenadora da Núcleo de Discriminação no Laboratório de Estudos do Racismo, Etnia e Discriminação – Leer, do Departamento de História da USP.



EDITORA E GRÁFICA LTDA.
RUA JÚLIO DE CASTILHOS, 1.138
CEP 03059-000 - SÃO PAULO - SP
Tels: (11) 3628-2144 - Fax: 3628-2139
e-mail: paginaseletras@uol.com.br