



# HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS

ESCRITAS CONTEMPORÂNEAS

2ª edição

## ORGANIZADORES

Sônia Maria de Magalhães  
Eduardo Sugizaki  
Leicy Francisca da Silva  
Robson Mendonça Pereira  
Roseli Martins Tristão Maciel



**Universidade Federal de Goiás**

Reitora

*Angelita Pereira de Lima*

Vice-Reitor

*Jesiel Freitas Carvalho*

Diretora do Cegraf UFG

*Maria Lucia Kons*

---

### **CONSELHO EDITORIAL DESTE LIVRO**

*Prof. Dr. Clóvis Carvalho Britto – Universidade de Brasília (UnB)*

*Profa. Dra. Daniela Sacramento Zanini – Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás (PUC/GO)*

*Profa. Dra. Heloisa Selma Fernandes Capel –  
Universidade Federal de Goiás (UFG)*

*Prof. Dr. Jean-Claude Dupont – Universidade  
da Picardia Júlio Verne (UPJV)*

*Prof. Dr. Jean Luiz Neves Abreu – Universidade  
Federal de Uberlândia (UFU)*

*Profa. Dra. Lilian Rodrigues da Cruz – Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

*Profa. Dra. Maria do Carmo Pires – Universidade  
Federal de Ouro Preto (UFOP)*

*Profa. Dra. Zilda Maria Menezes Lima  
(Universidade Estadual do Ceará/UECE)*

# **HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS**

ESCRITAS CONTEMPORÂNEAS

2ª edição

## **ORGANIZADORES**

Sônia Maria de Magalhães

Eduardo Sugizaki

Leicy Francisca da Silva

Robson Mendonça Pereira

Roseli Martins Tristão Maciel

**Cegraf UFG**

© Cegraf UFG, 2022

© Sônia Maria de Magalhães; Eduardo Sugizaki; Leicy Francisca da Silva;  
Robson Mendonça Pereira; Roseli Martins Tristão Maciel, 2021

Revisão

*Fernando de Freitas Fernandes*

Projeto gráfico, editoração eletrônica e capa

*Géssica Marques de Paulo*

Créditos da imagem da capa

*Foto – Santa Casa de Goiânia*

*Fonte – Eduardo Bilemjian, Coleção Museu Zoroastro Artiaga - Museu da Imagem e do Som - GO.*

1ª edição (impressa) em 2022 pelo Cegraf UFG; ISBN: 978-85-495-0406-7.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**GPT/BC/UFG**

H673 História da saúde e das doenças : escritas contemporâneas /  
[Ebook] / organizadores, Sônia Maria de Magalhães ...  
[et. al.]. 2. ed. - Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF). -  
Goiânia : Cegraf UFG, 2022.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-495-0501-9

1. Saúde pública - História. 2. Acesso aos serviços de saúde  
- História. 3. Administração dos serviços de saúde - História.  
I. Magalhães, Sônia Maria de.

CDU:61(093)

Bibliotecário responsável: Enderson Medeiros / CRB1: 2276

## ◆ SUMÁRIO

Apresentação: saúde e doenças na história .....	7
Tuberculose e exclusão: o papel dos dispensários, pensões, sanatórios e preventórios nesse contexto.....	19
Ana Enedi Prince	
“A ciência de hypocrates”: a revista <i>ceará médico</i> e suas contribuições para a história da saúde e das doenças. ....	52
Ana Karine Martins Garcia	
Os males da modernidade: o acidente com o céσιο-137 em goiânia e os efeitos da radiação na saúde das pessoas.....	77
Daniele Roberta Oliveira de Carvalho	
Eliézer Cardoso de Oliveira	
O despejo da “Casa Verde”: a desativação do Adauto Botelho em Goiânia (1993-1995).....	108
Éder Mendes de Paula	
Do Acre à Goiânia: o tratamento fora de domicílio e a regionalização da saúde .....	140
Eduardo Sugizaki	
Adelmar Santos de Araújo	

História do povo Javaé: saúde, doenças e espiritualidade.....	164
Elias Nazareno	
Luciana Leite da Silva	
Os relatórios dos presidentes de província e a questão sanitária em Goiás no Oitocentos .....	195
Fernanda Soares Rezende	
Sônia Maria de Magalhães	
Os cirurgiões-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa: Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Bourenço da Silva (1770 – 1827).....	231
Leandro Carvalho Damacena Neto	
A varíola: reflexões acerca de uma controvérsia científica sobre a vacina .....	265
Leicy Francisca da Silva	
Nada é menos evidente que o óbvio: a construção do sexo no diálogo estabelecido entre os médicos e pacientes hermafroditas no Ocidente Oitocentista .....	301
Patrícia Simone de Araujo	
A imprensa e a repercussão dos trinta anos do acidente com o céσιο-137 em Goiânia: o caso do jornal <i>O Popular</i> .....	333
Rildo Bento de Souza	
A hanseníase entre o estigma e a mudança de terminologia..	370
Roseli Martins Tristão Maciel	
Veralúcia Pinheiro	
Minicurrículo dos autores .....	403

## ◆ APRESENTAÇÃO: SAÚDE E DOENÇAS NA HISTÓRIA

La enfermedad es antes que nada una experiencia individual, no pertenece por completo a los doctores o al estado y por lo tanto genera inquietudes, interpretaciones, significados y preguntas como: ¿Por qué yo? ¿Qué puedo hacer? ¿Cómo afecta mi vida? Hay algo intensamente subjetivo en cada enfermedad. Si entendemos como los pacientes percibieron la medicina y la enfermedad en el pasado podemos tener mayor simpatía y comprensión por el sufrimiento de las personas que actualmente están enfermas. Asimismo, la enfermedad y la muerte han sido dos de los mayores determinantes de la experiencia humana. El arte, la literatura, la moral, las relaciones sociales, las expectativas del futuro y la misma religión han evolucionado a la luz de la experiencia de la enfermedad y la muerte.<sup>1</sup>

Roy Porter

O historiador Roy Porter, por meio do seu depoimento, convoca pesquisadores de diversas áreas a pensar a doença a partir da perspectiva do enfermo. Seu convite, que fez coro com uma história social recém-revisitada, assentou os pacientes na condição de outros grupos tradicionalmente subrepresentados. Ao provê-los à categoria de sujeitos dentro do fazer-se da medi-

---

1 CUETO, M. El pasado de la medicina: la historia y el oficio. Entrevista con Roy Porter. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 209-212, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100010>. Acesso em: 15 maio 2021.

cina, o historiador aclarou uma gama de experiências, passíveis de reflexão no campo da história e, por conseguinte, inerentes à própria construção histórica das práticas médicas (Porter, 1985).<sup>2</sup>

As preocupações de Porter também inquietaram Jean Peter e Jacques Revel, ainda na década de 1970, no texto basilar *O corpo: o homem doente e sua história*. O indivíduo enfermo, outrora excluído da sua subjetividade e colocado a margem da História, ganha voz e visibilidade nesse processo, despontando do ostracismo histórico para possuir nome, origem, profissão, família e trazendo à lume a sua história (Revel; Peter, 1976).<sup>3</sup>

O alargamento do campo da história, operado na segunda metade do século XX por meio do acolhimento de análise de novos objetos, fontes documentais e aportes teóricos de abordagem, graças ao diálogo cada vez mais vantajoso da História com várias áreas do conhecimento – como a antropologia, sociologia, biologia – tem ampliando o universo de investigação dos historiadores. Neste contexto de inovações, a história da medicina, da saúde e das doenças deixou de ser domínio exclusivo dos médicos. Longe de querer afirmar que médicos e historiadores não possam construir debates profícuos. Pelo contrário, como nos adverte Benchimol:

Não obstante suas diferenças, médicos-historiadores e historiadores da medicina e da saúde compartilham uma preocupação fundamental: a humanização da medicina [...]. Ambos os grupos têm muito a lucrar com o estreitamento de seus laços,

---

2 PORTER, R. The patient's view: doing medical history from below. *Theory and Society*, Berlim, v. 14, n. 2, p. 175-198, 1985.

3 REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 141-159.



pois se é notável a carência entre os primeiros de conteúdos e ferramentas metodológicas da história, é igualmente grande a carência entre os historiadores de familiaridade com as diversas linguagens da medicina. (Benchimol, 2007, p. 1108).<sup>4</sup>

Refletir historicamente sobre a relação saúde e doenças, re-colocando-a no campo das relações humanas e de suas expressões socioculturais e políticas, impõe se debruçar sobre as pesquisas desenvolvidas na medicina, revisitando o discurso médico. Da mesma forma:

as doenças passaram a ser vistas como objetos historicamente situados, cuja existência ultrapassa o sentido biológico, incorporando também os sentidos particulares a elas atribuídos por indivíduos e grupos, e que são elaborados no interior de um complexo conjunto de relações socioculturais. (Silveira; Figueiredo, 2009).<sup>5</sup>

O clamor de Porter nos permite refletir sobre as mesmas aflições que assolaram as sociedades passadas em torno do medo da doença e da morte e que nos rondam novamente neste contexto da epidemia de covid-19, invadindo todos os setores da sociedade, tanto público quanto privado, interferindo na rotina e transformando o cotidiano dos indivíduos. O medo do contágio e da morte desestruturaram costumes radicados no interior da sociedade. A epidemia coloca em evidência a eficiência ou não dos poderes públicos, as precárias condições de vida das populações, a carência de políticas

---

4 BENCHIMOL, J. L. Carta do editor. *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1107-1108, 2007.

5 SILVEIRA, A. J. T.; FIGUEIREDO, B. G. Apresentação. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 25, n. 42, p. 374-367, 2009.

de saúde eficazes, a analogia entre condição sanitária dos estados e os interesses econômicos e políticos, problemas sanitários, estratégias de utilização dos recursos financeiros pelas autoridades locais e pela população em geral em contexto epidêmico. O isolamento e o distanciamento social promovem o sentimento de ameaça pelo mal, desencadeando ansiosos característicos de períodos de epidemia, como a sensação de um oco no peito, o abatimento, tristeza, ansiedade, apreensão e incerteza. Talvez a angústia maior seja a da espera. Não há o que fazer se não esperar por uma vacina potente o suficiente para blindar o organismo contra essa mazela desconhecida e que ameaça a saúde humana. Mesmo com os avanços científicos na área da medicina, o homem, mais uma vez, se curva submisso frente à doença, da mesma forma que os homens da medievalidade (Delumeau, 2009).<sup>6</sup> Muitos depoimentos e falas, tanto de pacientes como vários profissionais da saúde, têm granjeado espaço na mídia e vêm promovendo um amplo olhar sobre a saúde e a doença nesse contexto epidêmico. Ótima oportunidade para os pesquisadores atenderem à convocatória de Porter e conceder voz aos invisibilizados, a partir da experiência dos pacientes, nas suas narrativas.

A obra *História da saúde e das doenças: escritas contemporâneas* convida o leitor a pensar para além da dimensão biológica do corpo, do viver e do morrer, e relacioná-la com os aspectos sociais, políticos e culturais. A história traz à tona desde as mazelas do humano e as catástrofes e medos coletivos até a luta cotidiana pela sobrevivência e a constituição de conhecimentos e práticas

---

6 DELUMEAU, J. *História do medo no ocidente: 1300-1800*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009.

para o bem-estar comum. Na perspectiva da compreensão da história da saúde e das doenças, há um campo amplo, fértil e que convida ao cultivo. Pois notamos que desde aquele apelo feito pelos historiadores Peter e Revel, na década de 1970, essa tarefa foi empreendida com afinco, e a safra crescente de estudos presentes nesta obra confirmam essa tendência.

No primeiro capítulo, intitulado “Tuberculose e exclusão: o papel dos dispensários, pensões, sanatórios e preventórios nesse contexto”, Ana Enedi Prince examina a tuberculose – doença transmitida pelo bacilo de Koch – que ocasionou um grande número de mortes no Brasil e no mundo. Acreditava-se que para a cura dessa moléstia seria necessário o isolamento dos tuberculosos em instituições hospitalares, localizadas em cidades cujas condições climáticas eram consideradas como ideais, pois acreditava-se que o fator “clima” era primordial para o tratamento e a cura da tuberculose. A necessidade de isolamento dos doentes, em virtude da fácil contaminação, levou os especialistas a criarem centros especializados para cuidarem dos pacientes. Nessa perspectiva, esta pesquisa aponta a segregação causada pela tuberculose, enfermidade que alijou numerosos tísicos do convívio em sociedade e que fora aplacada pelo surgimento de pensões, dispensários, sanatórios e preventórios naquele contexto.

Ana Karine Martins Garcia, em “A ciência de Hypocrates’: a revista *Ceará Médico* e suas contribuições para a história da saúde e das doenças”, examina a revista *Ceará Médico*, que teve sua primeira publicação lançada no dia 15 de abril de 1913, e foi um importante órgão do Centro Médico Cearense (CMC). Esta associação, constituída, a princípio, por médicos, farmacêuticos

e cirurgiões-dentistas, iniciou suas reuniões e atividades em fevereiro de 1913 e teve neste periódico seu principal instrumento de divulgação e propagação de suas ideias e ações. Esta revista teve duas importantes fases; a primeira foi entre os anos de 1913 a 1919 e a segunda fase, após um período suspenso das atividades do CMC, foi entre os anos de 1928 até 1963. Assim, o texto pretende analisar um pouco da trajetória desta importante fonte para a história da saúde e das doenças, buscando problematizar sua estrutura e entender os objetivos desejados pelos sujeitos envolvidos em sua construção.

Daniele Roberta Oliveira de Carvalho e Eliézer Cardoso de Oliveira, em “Os males da modernidade: o acidente com o céσιο-137 em Goiânia e os efeitos da radiação na saúde das pessoas”, evidenciam que a capital nasceu como símbolo da modernidade e esperança para o estado de Goiás; entretanto, a “menina dos olhos” de Goiás seria manchada e marcada de azul, em setembro de 1987, por um evento impensável para o interior do país: o acidente com o céσιο-137. O fatídico evento levaria ao estremecimento da crença na modernidade e no ideal de progresso, consequências antes apenas visualizadas em horizontes distantes bateram às portas da nova capital, e o resultado foi catastrófico. Especificamente, o presente texto tem como tema central os efeitos da radiação, ocasionados pelo acidente com o céσιο-137, na saúde das pessoas, tendo sido dividido em três partes. A primeira explora o advento de uma sociedade de risco, a segunda analisa o acidente com o céσιο-137 em Goiânia, e a terceira explora o impacto da tragédia na saúde dos indivíduos, bem como as táticas da medicina para minimizar suas sequelas.

Em “O despejo da ‘Casa Verde’: a desativação do Adauto Botelho em Goiânia (1993 – 1995)”, Éder Mendes de Paula mostra como a luta antimanicomial é um movimento iniciado a partir de uma organização de familiares de usuários dos serviços de saúde mental, trabalhadores da área de saúde mental e também dos próprios pacientes. Naquele contexto inicial, o Brasil atravessava uma ditadura militar e, em conjunto com as denúncias de desrespeito aos Direitos Humanos, uma série de abusos e abandonos dos pacientes psiquiátricos começaram a reverberar socialmente. O resultado foi uma proposta de lei pelo Deputado Paulo Delgado que tramitaria por cerca de dez anos no Congresso Brasileiro. A análise aqui se concentra nas reportagens do Jornal *O Popular*, do estado de Goiás, entre os anos de 1993 até 1995, período de tramitação da lei, com o objetivo de perceber como essa questão foi retratada no periódico e que tipo de discussão foi possibilitada sobre as mudanças no atendimento de saúde mental em Goiás.

Eduardo Sugizaki e Ademar Santos de Araújo, em “Do Acre à Goiânia: o tratamento fora de domicílio e a regionalização da saúde”, propõem uma narrativa sobre a situação da saúde pública no contexto do período de implantação retardada das conquistas populares da Constituição de 1988. Mostram que o direito de todos à saúde, constituído em dever do Estado, não seguiu, até o final do século XX, o princípio da regionalização e deu lugar a uma intensa migração dos doentes em busca das metrópoles onde se concentraram a construção dos aparelhos de Estado para a saúde pública. É isso que explica o grande fluxo de doentes acreanos para Goiânia, sobretudo no período de 1996 a 2000, em busca de tratamento médico. Os autores defendem que a atual diminuição

desse fluxo deve ser explicada pelos esforços de regionalização da saúde, realizados sobretudo a partir de 2006, enfim, colocando o artigo 198 da Constituição Federal em vias de se tornar uma efetiva política pública. Finalmente, eles usam o episódio histórico narrado para exemplificar o poder de vida e morte do Estado moderno.

Elias Nazareno e Luciana Leite, em “História do povo Javaé: saúde, doenças e espiritualidade”, buscam entender como historicamente o povo Javaé foi atingido pelas sucessivas ondas de epidemias trazidas pelo colonizador. Para tanto, analisam o papel do Estado e dos seus órgãos de “assistência indígena”, Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e Fundação Nacional do Índio (Funai), na disseminação e no tratamento de doenças. Por outro lado, tendo em vista as metodologias decoloniais, em especial aquela vinculada à conversação, buscam explicitar como o povo Javaé compreende e expressa essas experiências históricas em suas narrativas e quais foram os impactos das doenças na organização social e do seu território.

Fernanda Soares Rezende e Sônia Maria de Magalhães, em “Os relatórios dos presidentes de província e a questão sanitária em Goiás no Oitocentos”, investigam as condições de existência da população goiana no século XIX, atentando, sobretudo, para o aspecto sanitário da província. Os relatórios presidenciais analisados correspondem aos primeiros quatorze volumes da coleção *Memórias Goianas*. Sendo que, do conjunto de pessoas que operaram na organização das províncias, os presidentes são as vozes que nos chegam por meio dos relatórios. E é sob o enfoque das discursividades que procuram apreender o modo como à questão

sanitária em Goiás foi significada por nossos dirigentes no decurso do Oitocentos, sobretudo a partir do recurso metodológico da análise do discurso, na perspectiva de Michel Foucault.

Em “Os cirurgiões-mor do Real Hospital Militar de Vila Boa: Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva (1770 – 1827)”, Leandro Carvalho Damacena Neto analisa as trajetórias de dois portugueses – Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva –, em Vila Boa no século XVIII. Lourenço e Bartholomeu chegaram à capitania de Goiás na segunda metade do século XVIII e construíram teias relacionais com os governadores da capitania. Na análise das trajetórias desses portugueses iremos ressaltar os casamentos e a importância das relações familiares, que era geracional, ou seja, os papéis políticos assumidos por Lourenço e Bartholomeu na Câmara Municipal da Vila, os cargos militares que assumiram, a função de administrador e cirurgião-mor que ambos exerceram no Real Hospital Militar de Vila Boa. A criação do Hospital Militar se deu a partir da reforma do Quartel dos Dragões, em 1764, e tinha como principal objetivo ofertar tratamento aos enfermos, militares feridos e doentes que compunham as companhias militares regulares pagas.

Leicy Francisca da Silva, em a “A varíola: reflexões acerca de uma controvérsia científica sobre a vacina”, estuda o conhecimento teórico e a relação dos médicos do sertão em relação a vacinação contra a varíola. Esse percurso metodológico parte da análise de um artigo escrito e publicado em 1866 por dois médicos radicados em Goiás, Thomaz Cardoso de Almeida e Vicente Moretti Fóggia, no qual explicam o tratamento da enfermidade, comparando os

temas e posicionamento destes com a dos acadêmicos de medicina em suas teses. A partir dessa análise, apontam-se características da atuação médica no interior, em descompasso em relação ao debate internacional, alinhada com o posicionamento e as produções médicas francesas, e com difícil acesso à leitura científica.

Patrícia Simone Araújo, em “Nada é menos evidente que o óbvio: a construção do sexo no diálogo estabelecido entre os médicos e pacientes hermafroditas no Ocidente Oitocentista”, esquadrinha as representações corporais criadas sobre o/a hermafrodita no Ocidente Oitocentista, em contraste com a perspectiva das pessoas nascidas nessa condição, em especial as de Herculine/Abel Barbin com a dos médicos. Para isso, defende-se o argumento de que, assim como o gênero, o sexo é um ideal criado culturalmente e não um dado puramente biológico, fundamentado em uma suposta ideia de naturalização dos corpos, circunscrita à dualidade sexual. Nesse sentido, percebe-se que a obviedade da divisão corporal tida como “normal”, a uma idealização restrita ao feminino ou masculino, é algo construído pelo social e, quando se convoca à reflexão sobre a corporeidade hermafrodita, ela se torna cada vez menos evidente. Dessa forma, urge repensar o reconhecimento de diversas formas de existir, não restritas somente à égide binária, sejam vistas longe dos olhos da abjeção/retificação e legitimadas socialmente enquanto realmente são: humanas.

Rildo Bento de Souza, em “A imprensa e a repercussão dos trinta anos do acidente com o césio-137 em Goiânia: o caso do jornal *O Popular*”, volta a setembro de 1987, quando ocorreu o acidente envolvendo o elemento químico césio-137 em Goiânia.



Considerado o maior desastre radiológico do planeta, vitimou, inicialmente, quatro pessoas e deixou centenas com sequelas físicas e psicológicas. Nessas três décadas, a imprensa se estabeleceu como uma importante fonte para se compreender esse processo. Deste modo, o objetivo deste capítulo, que, na verdade, se constitui em um ensaio, é analisar a reportagem especial multiplataforma, produzida pelo jornal *O Popular* (2017), de Goiânia, intitulada “Césio-137. 1987/2017. Ontem. Hoje. Amanhã”, na qual procura compreender os usos do passado na memória do acidente.

Roseli Martins Tristão Maciel e Veralúcia Pinheiro, em “A hanseníase entre o estigma e a mudança de terminologia”, apresentam um breve relato histórico sobre os estigmas da lepra, desde suas origens na Antiguidade, a partir das religiões de matriz judaica e cristã, buscando demonstrar suas sobrevivências na atualidade, apesar da substituição para o termo “hanseníase”. Destarte, analisam vários estudos empreendidos pelos pesquisadores das áreas da saúde, focados nos estigmas da hanseníase e na questão a respeito da mudança de terminologia; ou seja, busca-se elucidar o efeito da alteração da nomenclatura, de lepra para hanseníase, no processo de superação dos mesmos. O objetivo é demonstrar que os estigmas da hanseníase, posto tratar-se de simbologias ou construtos culturais milenares, continuam sendo uma carga a mais para os seus portadores e um obstáculo aos profissionais que lidam com esta enfermidade.

*História da saúde e das doenças: escritas contemporâneas* tenta captar múltiplas vozes, instituições e interesses que insurgem e entrecruzam nas experiências históricas aqui narradas

e examinadas, traçando percursos variados com implicações distintas. Assim, o livro que o leitor tem em mãos convida-o a embrenhar pela historiografia da saúde e das doenças, oferecendo uma amostra plena e de profundidade em termos de pesquisa, na dimensão teórica e empírica sobre objetos e temas contemplados pelas investigações na atualidade.

◆ TUBERCULOSE E EXCLUSÃO: O PAPEL DOS  
DISPENSÁRIOS, PENSÕES, SANATÓRIOS  
E PREVENTÓRIOS NESSE CONTEXTO

**Ana Enedi Prince<sup>1</sup>**

## TUBERCULOSE E EXCLUSÃO

No final do século XIX e meados do século XX, a tuberculose<sup>2</sup> aterrorizava, mutilava e matava grande parcela da população acometida, construindo assim estigmas e preconceitos sociais que provocavam impactos no cotidiano do tísico e em seus familiares, acarretando o isolamento social, em razão das dificuldades relacionadas ao controle da moléstia.

---

1 Doutora em História pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no curso de História da Universidade do Vale do Paraíba (Univap).

2 Tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa que afeta sobretudo os pulmões, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecida como bacilo de Koch.

Em princípio, a tuberculose foi idealizada em obras literárias e artísticas, dentre elas a *Montanha Mágica*,<sup>3</sup> de Thomas Mann (1980), e *Floradas na Serra*,<sup>4</sup> de Dinah Silveira de Queiróz (2000), e era identificada como uma doença de poetas e intelectuais.

A “beleza romântica do tísico” empolgou poetas e prosadores tornando-se, até certo ponto, um paradigma da elegância da época, conforme ressalta Bertolli Filho (2001),

A tez pálida, os olhos lacrimejantes, as faces rosadas e a rouquidão da voz davam destaque aos corpos lânguidos, à alvura dos dentes e à tonalidade dos cabelos, tornando os “anjos tísicos” modelos da estética feminina cultuada pelos românticos, sendo que as mulheres que correspondessem a este perfil eram situadas como objetos máximos dos desejos masculinos. (Bertolli Filho, 2001, p. 46).

Posteriormente, a tuberculose passou a ser considerada não mais como referência de elegância, mas como uma moléstia mórbida que acometia indivíduos que tinham comportamentos desregrados e condições de vida precárias. Em razão de ser vista

---

3 A obra *Montanha Mágica*, publicada primeiramente em 1924, reflete as experiências e impressões do autor durante um período em que sua esposa, que sofria de um problema pulmonar, foi internada no sanatório de Davos, na Suíça, por vários meses. A partir desse fato, o autor teve a ideia de escrever o romance.

4 O romance *Floradas na Serra*, cuja primeira edição foi publicada em 1939, retrata as angústias e expectativas de um grupo de tuberculosos internados em um sanatório em Campos do Jordão. A obra tem como pano de fundo a enfermidade e seu tratamento, numa época em que a doença era conhecida como a “peste branca”, provocava inúmeras mortes, ameaçava a saúde pública e mobilizava a sociedade.

como uma doença que atingia os mais pobres e pervertidos, ela passou a ter um tratamento estigmatizado e preconceituoso.

Goffman (1982) define o estigma como:

uma criação social, que isola certos atributos, os classifica como indesejáveis e desvaloriza as pessoas que os possuem.

O estigma tende a se tornar predominantemente importante e a superar as outras características da identidade da pessoa, que assim, fica “deteriorada”. (Goffman, 1982, p. 34).

O tuberculoso era considerado como indesejável, pois sofria discriminação de diversas maneiras, pois dentre as condições oferecidas a ele para o seu tratamento, estava o confinamento em uma instituição, seja ela uma pensão ou um sanatório, validando assim a sua condição de ser portador de uma moléstia contagiosa.

Foucault (1987) ressalta que

a sociedade é organizada minuciosamente para vigiar os seus sujeitos, exercendo, o tempo todo, normatizações e adequações sobre seus corpos. Mesmo aqueles indivíduos que fogem dos padrões são capturados de alguma forma. Afinal, “[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõe limitações, proibições ou obrigações”. (Foucault, 1987, p. 216, grifo do autor).

O isolamento dos acometidos pela tuberculose, no início do século XX, contribuiu para a sua estigmatização, pois era organizada uma ação médica que observava e coordenava os cuidados com os doentes, impedindo o contágio.

Conhecido como tratamento “higiênico-dietético”, essa prática de isolamento passou a ser empregada nos sanatórios e era imbuída por dois objetivos: cuidar e isolar o doente. Ao mesmo

tempo em que o doente necessitava de tratamento médico, era também um excluído da sociedade saudável e vivia sob estado de vigilância. Esse tipo de isolamento trazia sérias consequências pessoais e socioeconômicas, tais como a perda do emprego, dos objetos e do convívio familiar.

O tratamento cirúrgico empregado no tratamento da tuberculose também confirmava o caráter estigmatizante da doença. Esse procedimento era denominado de toracoplastia e consistia na retirada das primeiras costelas para redução das cavidades pulmonares. Em virtude da realização do procedimento, não raras vezes o paciente passava a ser reconhecido nas ruas como tuberculoso, em função da sua postura encurvada.

A denominação popular da tuberculose como “peste branca”, segundo Sontag (1984), reforçava o preconceito em relação a doença:

Outra alegoria utilizada tanto pela medicina quanto pelo senso comum como referência à tuberculose foi a “peste branca”, nome adquirido a contraponto à peste negra ou bubônica, legitimando a poderosa devastação da espécie humana do século.

O contraponto à moléstia que dizimou um quarto da população europeia reforçava a letalidade da tuberculose e a impotência diante do horror. Ao se enfatizar a ameaça que a doença representava para a coletividade se incitava o medo e também o preconceito, levantando-se barreiras reais e imaginárias contra a doença e os doentes. (Sontag, 1984, p. 95).

O sociólogo Nogueira (2009), visando demonstrar os aspectos sociais e psicológicos dos tísicos, descreveu as representações sobre a doença, referidas pelos doentes internados em sanatórios

naquela época, e identificou alguns de seus “mecanismos de defesa” para lidar com o estigma associado à doença. Entre eles, o uso de gírias entre os doentes, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Gírias entre os tuberculosos

<b>Gíria</b>	<b>Significado</b>
Afundar	Piorar
Apitar	Morrer
Avenca	Tuberculoso bastante debilitado
Bichado	Tuberculoso
Cuspir brasa	Escarrar sangue
Fazer costela	Submeter-se a toracoplastia
Goiaba	Moça tuberculosa (corada por fora, “bichada por dentro”)
Inocente	Doente novato
Micuum	Bacilo de koch
Ostra	Escarro

Fonte: Elaborada pela autora com dados de Nogueira (2009).

A segregação dos tuberculosos ocorria também nas barbearias, cujas navalhas eram identificadas com os nomes dos tuberculosos, nos restaurantes e bares, com a numeração de xícaras, copos e talheres, e nos clubes nos quais havia a categoria sócio-atleta, onde o tuberculoso podia assistir às competições, mas era impedido de frequentar bailes.

No final do século XIX e início do século XX, a tuberculose na cidade de São Paulo foi responsável por um elevado índice de mortalidade, considerado maior do que a somatória de todas as doenças pestilenciais reunidas.

No ano de 1894, quando ocorreu o primeiro ano de publicação de estatística sobre mortalidade, foi detectado que 69% dos óbitos por tuberculose de todo o estado ocorreram na capital.<sup>5</sup>

No ano de 1897, em seu Relatório, o inspetor geral da província fez um alerta relativo ao grande número de tuberculosos existentes no estado de São Paulo. Decorridos dez anos, a tuberculose era a responsável pelo maior número de óbitos ocorridos na capital paulista, representando 56,7%, do total das doenças transmissíveis, como podemos verificar na Tabela 2.

Tabela 2 - Mortalidade: doenças transmissíveis na capital de São Paulo, em 1897

<b>Doenças transmissíveis</b>	<b>Número de óbitos</b>	<b>% em relação ao total</b>
Tuberculose	406	56,7 %
Febre Tifoide	223	31,1%
Difteria	33	4,6%
Febre Amarela	28	3,9%
Varíola	26	3,6%
Total	716	100%

Fonte: Elaborada pela autora com base em Mota (2005).

5 Segundo o Dr. Jayme Serva, diretor da Seção de Estatística, é provável que esse levantamento tivesse falhas, principalmente no interior paulista, onde a coleta de dados era ainda insuficiente e realizada de maneira descuidada.



A Legislação Sanitária Paulista, no final do século XIX, defendia os procedimentos de fiscalização e vigilância da população em geral, em especial as classes menos favorecidas, consideradas como perigosas, por serem propagadoras da tuberculose.<sup>6</sup>

A Constituição de 1891, Art. 30, § 4º, determinava que os estados da Federação fossem responsáveis pela saúde pública, em suas diversas áreas, no intuito de motivar e autorizar os estados mais capacitados a criarem inúmeros órgãos sanitários (Brasil, 1891).

No que se refere ao estado de São Paulo, a partir de 1891, o Serviço Sanitário Paulista foi organizado, atribuindo-lhe o direito de intervir nos municípios, no que se referia aos serviços de saúde, toda vez que houvesse necessidade de sua participação.

Em 1911, foi aprovada uma nova reforma do serviço sanitário estadual, que estabelecia o retorno das responsabilidades municipais sobre as práticas sanitárias locais, ficando o Serviço Sanitário Estadual como órgão de retaguarda para as situações que colocassem em risco a sociedade.<sup>7</sup>

---

6 Sendo assim, era recomendado que cada pessoa deveria dispor, no mínimo, de 14 metros cúbicos livres de ar renovado, principalmente durante a noite. O arejamento regular dos prédios fazia-se necessário para garantia de saúde de seus moradores. Se essa medida era considerada necessária para garantia dos sãos, ela se tornava imprescindível para o restabelecimento dos enfermos. Quando o doente se sujeitava ao tratamento higiênico, a cura da tuberculose estava atrelada às três condições seguintes: a respirar de dia e de noite o ar puro dos campos; o repouso do corpo e do espírito; e, finalmente, o uso de alimentação sadia, variada e abundante.

7 Sendo assim, o município voltou a se responsabilizar pelos serviços de vacinação, pelos hospitais de isolamento, pelas informações estatísticas, entre outras funções. O Serviço Sanitário estadual atuaria na prevenção e controle das epidemias, no registro de estatísticas de óbitos, na fabricação de soros e vacinas e na aprovação de programas locais.

Ao analisarmos a evolução dos óbitos demonstrados na Tabela 3, podemos constatar que a tuberculose foi a responsável pelo maior número de mortes na cidade de São Paulo, no período de 1895 a 1903, totalizando 3.478 óbitos, seguida pela malária, com 1.365 óbitos, e pela febre tifóide, com 1.062 mortes.

Tabela 3 - Evolução da mortalidade por moléstias infectuosas na capital paulista no período de 1895 a 1903

<b>Moléstias</b>	<b>1895</b>	<b>1896</b>	<b>1897</b>	<b>1898</b>	<b>1899</b>	<b>1900</b>	<b>1901</b>	<b>1902</b>	<b>1903</b>
Febre Amarela	39	98	28	26	29	94	3	3	16
Tuberculose	365	434	406	418	399	365	337	361	393
Variola	22	21	26	345	1	7	46	66	13
Difteria	26	16	33	11	12	9	20	13	17
Crupe									
Febre Tifoide	93	187	223	160	112	102	68	55	62
Malária	239	283	214	149	120	118	81	99	62
Coqueluche	40	16	21	33	17	35	60	19	12
Peste	0	0	0	0	4	2	0	1	7

Fonte: Elaborada pela autora com dados de Dr. Emilio (São Paulo, 1904).

Em razão da incidência da tuberculose, que crescia muito de um ano para outro, ocupando sempre o primeiro lugar no quadro das doenças infectocontagiosas, tornaram-se, assim, urgentes, ações mais adequadas direcionadas ao combate dessa terrível moléstia.

Além da implantação de ações sanitárias, é importante destacar o aparelhamento voltado ao tratamento e cura da tuberculose da cidade de São Paulo, que incluiu o Desinfectório Central<sup>8</sup> (1893), Criação da Liga Paulista Contra a Tuberculose<sup>9</sup> (1899), Dispensário Clemente Ferreira<sup>10</sup> (1904), Instituto de Higiene<sup>11</sup> (1918), Hospital São Luiz Gonzaga<sup>12</sup> (1932), Hospital do Mandaqui<sup>13</sup> (1938) e Sanatório Esperança<sup>14</sup> (1938).

- 
- 8 Inaugurado no dia 30 de novembro de 1893, na sede da Chácara Bom Retiro, sua atuação era nos locais onde houvesse suspeita ou confirmação de doenças contagiosas, cuja função era higienizar tudo o que estava em desacordo com os preceitos higiênicos da época. Sua atuação atingia ruas, edifícios públicos e ambientes privados, cujos maiores alvos foram os cortiços.
- 9 Idealizada pelo médico Clemente Ferreira, apresentava como objetivos a construção de um sanatório popular em Campos do Jordão, de um dispensário na cidade de São Paulo e, ainda, a organização de um movimento educativo e de prevenção ao contágio fimatoso.
- 10 Instalado no dia 10 de junho de 1904, apresentava-se para os tuberculosos necessitados como uma obra meritória de assistência pública aos tuberculosos pobres.
- 11 Fundado em 1918, fruto da parceria do governo de São Paulo com a Fundação Rockefeller, tinha diversas finalidades e atribuições, dentre elas, a realização de cursos voltados à propaganda sanitária, cujo objetivo era popularizar o ensino relacionado à higiene.
- 12 O Hospital São Luiz Gonzaga, nas décadas de 1930 e 1940, desenvolveu-se nos moldes sanatoriais, atendendo aos tuberculosos que buscavam tratamento e cura para a terrível moléstia.
- 13 Instalado no Bairro do Mandaqui, cuja escolha ocorreu em virtude de ser uma região isolada, condição ideal e necessária no caso de internação para os tuberculosos, para que o mal não se alastrasse. Era muito conceituado por contar com especialistas nos mais diversos tipos de tuberculose, situação essa considerada incomum e rara para a época.
- 14 Inaugurado no dia 6 de novembro de 1938, no Bairro da Bela Vista, funcionou por mais de dez anos, como um hospital clínico e de convalescentes.

Nas décadas de 1920 e 1930, também foram instaladas pensões e sanatórios nas cidades de Campos do Jordão e São José dos Campos<sup>15</sup>, estâncias climáticas que foram procuradas pelos tuberculosos para o tratamento e a cura da tuberculose.

Na ausência de recursos para a construção de um sanatório, a Liga Paulista Contra a Tuberculose criou, em 1904, um dispensário na Capital. O dispensário atenderia, como afirmou o Doutor Clemente Ferreira, em seu Discurso inaugural, aos “deserdados da sorte, aos vencidos da vida”, com a distribuição de leite, pão e carne, além de medicamentos, como óleo de fígado de bacalhau, fortificantes e anticatarrais, e também, auxiliaria no pagamento do aluguel das moradias das pessoas que estivessem com a moléstia, impedidos de trabalharem. Os médicos ligados ao dispensário visitariam frequentemente os tuberculosos. Assim, logo após a inscrição do doente no dispensário, um médico inspecionaria sua casa, e forneceria instruções quanto à higiene, alimentação e aos cuidados que deveriam ser seguidos pela família.

Desse modo, o projeto relativo à construção de sanatório ficou relegado a um segundo plano. Paralelamente, o Dr. Clemente Ferreira, por meio da revista *Defesa contra a Tísica* (Ferreira, 1908, p. 5), cobrava das autoridades responsáveis a instalação de sanatórios, e de serviços médico-hospitalares afins, para o combate à tísica.

---

15 A migração de tuberculosos para as localidades de São José dos Campos e Campos do Jordão antecederam à construção dos sanatórios. A crença na climatoterapia que incluía fatores como altitude, umidade relativa do ar, insolação e ventos favoráveis ao tratamento da tuberculose, proporcionou a transformação de Campos do Jordão como Prefeitura Sanitária, em 1926, e São José dos Campos como Estância Hidromineral e Climática, em 1935.

## Dispensário

A Liga Paulista instalou, em 10 de junho de 1904, o primeiro dispensário destinado ao atendimento dos tuberculosos pobres, em nível nacional, que funcionou até 1913, na Rua Libero Badaró. No discurso de inauguração do dispensário, o Dr. Clemente Ferreira resumiu a função que seria exercida por esse órgão de vanguarda.

O Dispensário que hoje se abre hospitaleiramente para os tuberculosos necessitados, constitui uma obra meritória de assistência pública, um aparelho eficaz de defesa social, uma criação profícua de profilaxia antituberculose, uma escola de higiene prática e uma salutar instituição de caridade e filantropia científica. Essas múltiplas feições do Dispensário para assistência aos tuberculosos indigentes fazem dele uma das mais valiosas peças do armamento antituberculoso. (Liga Paulista Contra a Tuberculose, 1957, p. 40).

Objetivando registrar o importante e eficiente trabalho realizado pelo Dispensário Clemente Ferreira, citamos os dados compilados que referencia o período de julho de 1904 a dezembro de 1924, segundo os Relatórios dos Trabalhos do Dispensário Antituberculoso Clemente Ferreira, da Liga Paulista Contra a Tuberculose (1925), apresentado à Assembleia Geral ordinária, em 23 de maio de 1925, pelo Dr. Clemente Ferreira.

Nesse período, o dispensário atendeu 6.082 pessoas, com a realização de 311.764 consultas e 52.344 fórmulas preparadas, distribuiu gratuitamente 31.280 medicamentos e, sobretudo, propiciou 26.710 visitas domiciliares, realizadas pelos inspetores sanitários, para a verificação das condições dos domicílios habitados pelos doentes.

O Dispensário Clemente Ferreira também possuía um caráter assistencialista de distribuição de alimentos para os doentes sem recursos. Em registro, observa-se que nesse período foram distribuídos 35.343 quilos de pães, 64.242 quilos de carne e 83.083 litros de leite.

No seu papel de aparelho profilático e instrumento de educação higiênica e de pedagogia antituberculosa, o Dispensário forneceu, no período de julho de 1904 a dezembro de 1924, 915 escarradores de bolso e de aposento aos doentes infecciosos, 704 litros de solução de Lysol e 17 escovas de dentes e caixas de dentifícios em pó, considerados convenientes para a antisepsia bucal e cuidado de elevado alcance nos tuberculosos contaminantes.

No que se refere à assistência médica, podemos afirmar por meio dos dados da Separata Paulista de Tisiologia (novembro – dezembro de 1943), que no período de 1925 a 1931, o Dispensário Clemente Ferreira atendeu 2.144 tuberculosos, realizou 175.093 consultas, 2.489 visitas domiciliares e 5.519 visitas das enfermeiras (Martin, 1943).

Em relação ao período 1925 – 1931, constatamos que o dispensário teve a sua capacidade de atendimento ampliada, sendo que no período entre 1904 e 1924 a média foi de 264 pacientes ao ano, e no período de 1925 a 1931 esse número foi elevado para 306 pacientes.

Essa ampliação também se refere ao número de consultas, que no primeiro período, de 1904 a 1924, era de 1.355 ao ano, e que no segundo período, de 1925 a 1931, foi de 2.501 consultas anuais, um aumento bastante significativo.

Quanto às visitas, verificamos que ocorreram modificações na conduta do dispensário, introduzindo visitas domiciliares dos médicos e também de enfermeiras visitadoras; assim, no primeiro

período, de 1904 a 1924, as visitas que eram realizadas pelos inspetores domiciliares foram de 1.161 ao ano; e já no segundo período, de 1925 a 1931, as visitas dos médicos domiciliares foram de 355 ao ano; e a das enfermeiras visitadoras, de 788 ao ano.

O Dispensário Clemente Ferreira, considerado a principal arma do arsenal da luta antituberculose do estado de São Paulo, a partir de 1940, transformou-se em um instituto de pesquisas médico-sociais, atendendo aos doentes do interior e da capital. Assim, cada caso era estudado minuciosamente, sendo prescrito o tratamento adequado a cada paciente, e avaliadas as suas possibilidades de cura.

Se analisarmos as recomendações feitas por Kuss (1924), no que diz respeito às funções dos dispensários antituberculosos, e, também, sobre a sua organização, podemos afirmar que o Dispensário Clemente Ferreira preenchia os requisitos enumerados por esse cientista.

Descoberta do doente e de diagnóstico da tuberculose; de observação dos doentes e de vigilância profilática; de educação profilática do doente e de sua família; de ensino familiar da higiene; de seleção dos doentes para colocação nas instituições de tratamento e de socorro; de assistência social; de tratamento nos casos determinados, que são os dos tuberculosos que não podem ser recolhidos em sanatórios e hospitais e não tem recursos para se tratarem em domicílio. (Kuss, 1924, p. 496).

Nos Anais do Primeiro Congresso Nacional de Tuberculose, realizado em maio de 1939, no que se referia ao número de dispensários, foi ressaltado que: São Paulo possuía dez dispensários anexos aos centros de saúde da capital. No interior, só Campos do Jordão dispunha de um dispensário (São Paulo, 1939a).

A cidade de Campos do Jordão, com cerca de 1.700 metros de altitude, já conhecida como a “Suíça Brasileira”, em virtude da excelência do seu clima, tornou-se uma referência no combate à tuberculose. Assim, foi procurada por doentes portadores dessa moléstia, advindos das mais diversas localidades.

Em regiões onde se agravava a situação da epidemia da tuberculose, o governo concedeu incentivos financeiros para estruturação e organização de áreas propícias ao tratamento da tuberculose para onde a população se dirigia. Contudo, vale lembrar que o grande número de sanatórios advém de ações particulares, na sua maioria, religiosas.

Em razão dos estudos sinalizarem que Campos do Jordão apresentava o maior número de instituições destinadas ao combate e cura da tuberculose no final do século XIX e início do século XX, é necessário que se faça um recorte analítico objetivando demonstrar as ações das pensões e sanatórios que diminuíram o alijamento dos tísicos nesse contexto.

Nas próprias estações ferroviárias era comum ver-se doentes debruçados em bancos, tossindo, outros com hemoptises, alguns à espera do trem ou de uma possível internação. Diante desse quadro, a prefeitura sanitária foi obrigada a construir um “barracão” de madeira, que se transformou em depósito de doentes, uma verdadeira antecâmara da morte, onde os doentes indigentes, recém-chegados, eram alojados na esperança de se conseguir uma vaga em alguma pensão, paga pela prefeitura, ou alguma vaga para indigente nos Sanatórios. (Camargo, 1987, p. 18).



## Pensões

Oriundos das mais diversas localidades, atraídos pela fama das qualidades curativas do clima, os tuberculosos chegavam à cidade de Campos do Jordão e instalavam-se em repúblicas, casas particulares, pensões improvisadas, nas quais alugavam quartos. Eles foram se espalhando pelos três núcleos principais da povoação, que eram Vila Abernéssia,<sup>16</sup> Vila Capivari e Vila Jaguaribe, surgindo, então, as primeiras repúblicas e pensões.

O tipo de vida nas pensões era rotineiro. Repouso absoluto, tendo que comer sem apetite, medicação supletiva de apoio. Os doentes passavam a cada 15 ou 20 dias em consulta com o médico; em fila todos os homens eram submetidos aos raios X para radioscopia.

Objetivando regulamentar as áreas de instalação das pensões, foi publicado o artigo 1º do Decreto Estadual nº 11.781, no dia 30 de dezembro de 1940,

Artigo 1º - Ficam consideradas impróprias para a instalação de pensões e casas de habitação coletiva de doentes portadores de tuberculose, as vilas Capivari e Jaguaribe, da Prefeitura Sanitária de Campos do Jordão. Parágrafo único – Os proprietários dos estabelecimentos de que trata este artigo terão o prazo de doze meses para providenciarem a sua transferência para Abernéssia, desde que satisfaçam às exigências sanitárias impostas pela Prefeitura Sanitária e pelo Centro de Saúde local. (São Paulo, 1940, p. 6).

Ao analisarmos os registros das pensões sanatoriais instaladas no município de Campos do Jordão, no período de 1926 a 1941, cons-

---

16 A Vila Abernéssia foi a mais procurada e nela se instalaram dezenas dessas repúblicas e pensões.

tatamos que elas totalizavam 31. Sua distribuição geográfica ocorreu da seguinte maneira: 25 na Vila Abernécia, 4 na Vila Capivari e 2 na Vila Jaguaribe. Considerando o Decreto Lei nº 11.781, supracitado, as 6 Pensões (localizadas na Vila Capivari e Vila Jaguaribe) teriam de ser removidas ou transferidas. Nesse período, as pensões sanatoriais atenderam 3.563 doentes, cujas características, no que se refere a gênero, estado civil, faixa etária, profissões, procedência e destino após a saída das pensões, bem como os resultados do tratamento e período de permanência, estão representados na Tabela 4.

Tabela 4 - Características dos doentes atendidos nas pensões sanatoriais de Campos do Jordão no período de 1926 a 1941.<sup>17</sup>

<b>Gênero</b>	Mulheres	1.120
	Homens	2.442
	Dados ignorados / ilegíveis	01
	Total	3.563
<b>Faixa Etária</b>	0 a 10 anos	3
	11 a 20 anos	407
	21 a 30 anos	1.975
	31 a 40 anos	817
	41 a 50 anos	249
	51 a 60 anos	75
	61 a 70 anos	27
	Dados ignorados / ilegíveis	10
Total	3.563	

17 As características dos doentes, separados por pensões, estão descritos de forma detalhada em Prince (2017, p. 134-192).

<b>Estado Civil</b>	Solteiro	2.034
	Casado	1.395
	Viúvo	129
	Desquitado	01
	Dados ignorados / ilegíveis	04
	<b>Total</b>	<b>3.563</b>
<b>Profissões</b>	Funcionários do comércio	1.179
	Domésticas	825
	Estudantes	206
	Lavradores	201
	Funcionários públicos	167
	Professores	100
	Outras profissões	849
	Dados ignorados / ilegíveis	36
<b>Total</b>	<b>3.563</b>	
<b>Procedência dos Doentes</b>	São Paulo Capital	1.164
	Rio de Janeiro	404
	Santos	340
	Campos do Jordão	106
	Bauru	77
	Ribeirão Preto	77
	Sorocaba	60
	São José dos Campos	59
	Dados ignorados / Ilegíveis	36
	Outras localidades	1.240
<b>Total</b>	<b>3.563</b>	

	Campos do Jordão	1.021
	São Paulo	545
	Rio de Janeiro	185
<b>Destino após a saída das Pensões</b>	Santos	152
	São José dos Campos	141
	Outras localidades	433
	Falecidos	85
	Dados ignorados / ilegíveis	1.001
	<b>Total</b>	<b>3.563</b>
<b>Resultados do Tratamento</b>	Sobreviveram	2.554
	Faleceram	85
	Dados ignorados / ilegíveis	924
	<b>Total</b>	<b>3.563</b>
<b>Período de Permanência nas Pensões</b>	0 a 6 meses	2.165
	7 a 12 meses	378
	13 a 20 meses	127
	21 a 27 meses	94
	28 a 32 meses	13
	33 a 40 meses	04
	Dados ignorados / ilegíveis	782
	<b>Total</b>	<b>3.563</b>

Fonte: Elaborada pela autora com base no *Livro de Registro de Doentes n° 1*,<sup>18</sup> referente ao período de 1926 a 1941.

No que se refere à identidade dos hóspedes tuberculosos, o maior número deles era composto por pessoas do sexo masculino, na faixa etária dos 21 aos 30 anos. Quanto à profissão, 33%

18 Campos do Jordão (1941).

deles eram funcionários do comércio e 23% eram domésticas. A maioria dos pacientes, aproximadamente 32,7%, era proveniente da cidade de São Paulo.

Uma das informações relevantes dos resultados apresentados pela coleta de dados, referente às pensões, esclarece que, dos 3.563 doentes acolhidos, apenas 106 eram de Campos do Jordão, ou seja, aproximadamente 3%, reforçando a tese de que a grande maioria dos doentes atendidos pelas pensões sanatoriais era proveniente de várias partes do Brasil. De acordo com os dados pesquisados, presume-se a eficiência das pensões no tratamento da tuberculose, o que pode ser comprovado ao analisarmos os resultados, pois, dos 3.563 doentes atendidos nas pensões, 2.554 sobreviveram, ou seja, 71,7%, índice este considerado satisfatório na época. Além disso, constatamos que o período de permanência nas pensões foi relativamente pequeno, para a maioria das pessoas que ali se instalaram. Outro dado relevante se refere ao destino dos doentes após saírem das pensões: dos 3.563 doentes, ao passo que 1.001 tiveram destino ignorado. Se considerarmos uma parcela dos números ignorados, o número de pessoas que se fixou na cidade é bastante significativo.

Em virtude da demanda de tuberculosos que chegavam à cidade de Campos do Jordão, algumas medidas administrativas foram tomadas, entre elas, o alerta realizado pelo médico chefe do Posto de Higiene, no ano de 1928, por meio de uma comunicação ao povo, das regras para o cumprimento da prescrição do Código Sanitário, no que se referia às pensões, hotéis, restaurantes e botequins:

Os talheres e louças deveriam ser fervidos durante quinze minutos antes de servir a mesa; a lotação em cada cômodo

deveria ser fixada pela autoridade sanitária; a exigência de livro nas pensões, onde se anote o nome do hóspede, entrada e saída, procedência e destino; limpeza nos quartos com panos úmidos, proibida a vassoura; defesa dos alimentos contra mosquitos e sua preparação obrigatória em cozinha, pátios e quintais não poderiam conter lixo, poços, tanques e latas; roupa de cama fervida e colocada ao sol; os empregados devem lavar as mãos com água e sabão, depois de servirem os hóspedes; uso pelos hóspedes de escarradeiras portáteis, destruindo-se o escarro com soda caustica; os copos devem ser individuais. (Campos do Jordão, 1928, não paginado).

Sobre o depoimento do especialista descrevendo o cotidiano nas pensões e repúblicas, Nogueira (2009), ressalta que

o regime disciplinar das pensões variava muito. Algumas se tornaram famosas porque seus proprietários eram rigorosos e obrigavam os doentes a seguirem as prescrições médicas. Outras, ao contrário, tornaram-se conhecidas porque seus dirigentes davam muita liberdade aos pensionistas, e não interferiam na sua vida íntima. Entre esses dois tipos extremos, existiam as chamadas “repúblicas”, masculinas, femininas ou mistas, que eram casas montadas por grupos de doentes que compartilhavam das despesas e responsabilidades da organização. (Nogueira, 2009, p. 73).

## Sanatórios

Os sanatórios funcionavam como internatos, onde a disciplina era mais ou menos rígida, com horários de entrada e saída, horários de refeições e repouso, determinados aos doentes, bem como as medidas gerais e especiais do regime higiênico-dietético adotado, no estabelecimento, prescrito pelo respectivo corpo clínico.

Foucault (1979), no que se refere à segregação dos sanatórios, ressalta que,

No final do século XVIII, a introdução de certos mecanismos disciplinares no espaço do hospital como a vigilância, o controle, o registro e o isolamento do doente, dentre outros, inaugurou uma nova situação: a medicalização dos espaços, que pode ser explicada por razões econômicas como “o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propagassem”. (Foucault, 1979, p. 107).

Segundo Nogueira (2009), os sanatórios de Campos do Jordão eram considerados como casas de cura, quase que exclusivamente masculinas ou femininas – raramente eram mistas. Mesmo nos sanatórios mistos, geralmente existiam uma rígida segregação espacial e disciplinar entre os doentes dos dois sexos. Nos sanatórios, existia pelo menos um médico que era o diretor clínico, coadjuvado por enfermeiros e, quase sempre, por vários colegas. A administração geral e disciplinar era de responsabilidade de um gerente ou administrador, que poderia ser homem ou mulher. Em alguns sanatórios, as atividades de administração e de enfermagem eram exercidas por funcionárias religiosas, quase sempre católicas. Os sanatórios possuíam regulamentos, que eram afixados nas paredes, ou distribuídos pessoalmente aos doentes, especificando o horário e preços, e também continham disposições minuciosas, conforme apresentamos a seguir (Quadro 1).

## Quadro 1 - Regulamentos dos sanatórios de Campos do Jordão

<b>Regulamento Interno</b>
1º) Todo doente é obrigado a obedecer, fielmente, os regulamentos do sanatório. Aqueles que não se sujeitarem aos mesmos serão convidados a se retirar.
2º) Os doentes gratuitos, desde que o seu estado de saúde o permita, deverão prestar os serviços que lhes forem estabelecidos pela Administração, a critério do Diretor Clínico.
3º) O doente que danificar, inutilizar ou extraviar qualquer objeto do sanatório será obrigado a indenizá-lo.
4º) Os doentes deverão trazer roupas de agasalho, roupão, saco para roupa suja, e os pagantes, mais a roupa de cama.
5º) A Administração só se responsabilizará pelos objetos e valores que lhe forem confiados diretamente, pelos quais passará recibo.
<b>É expressamente proibido:</b>
1º) Escarrar fora das escarradeiras, nos jardins, dependências do prédio ou nos lenços.
2º) Trazer ou conservar em seu poder armas de qualquer espécie.
3º) Fazer uso de bebidas alcoólicas, jogar a dinheiro ou em voz alta, dançar e correr.
4º) Perturbar o silêncio absoluto, que deve reinar durante o repouso, das 12h30min às 15 horas, bem como depois das 21 horas.
5º) Permanecer em trajes íntimos (pijamas) fora de seu próprio quarto.
6º) Entrar em quartos de doentes de sexo diferente.
7º) Passear sem ordem do médico ou de quem for por ele autorizado.
8º) Passear fora dos terrenos do Sanatório sem ordem expressa da Administração ou do médico.
9º) Passear sem horário pré-fixado. Quanto à seção feminina, além das exigências anteriores, a cada doente somente é permitido sair acompanhada de mais de uma pessoa, pelo menos.



10º) Entrar em locais de serviço, dependências da administração, consultório médico, gabinete de raio X, laboratório etc., sem o devido consentimento.
11º) Passear no perímetro da casa dos hóspedes.
12º) Utilizar-se, para casos particulares, dos empregados e do material do Sanatório, salvo quando absolutamente necessário e com a devida autorização.
13º) Atirar pontas de cigarro, papéis, cascas de frutas ou outros objetos nas dependências do Sanatório ou suas adjacências.
14º) Conservar as luzes dos quartos, banheiros etc. acesas, desde que não haja necessidade.
<b>As condições para os banhos eram estabelecidas da seguinte maneira:</b>
1º) O Sanatório fornece um banho para cada internado, por semana, caso o médico permita.
2º) O dia e a hora serão previamente combinados.
3º) Perderá o direito ao banho quem não estiver no banheiro à hora determinada.
<b>Condições para Internação:</b>
1º) O Sanatório aceita para o tratamento apenas doentes julgados em condições de cura e maiores de 12 anos.
2º) Ao Diretor Clínico caberá julgar os casos que deverão ser internados e a permanência dos mesmos no Estabelecimento.
3º) Só será permitido ao internado pagante deixar o Estabelecimento, temporariamente, com licença do Diretor-Clinico, não ficando, com isto, isento do pagamento do período da licença (o tratamento, para melhor resultado, não deverá ser interrompido).
4º) O internado que deseja retirar-se do Sanatório, definitivamente, poderá fazê-lo quando lhe aprovar, com aviso prévio de 8 dias, por escrito.
5º) A Administração assiste o direito de pedir que se retire do Estabelecimento.

Fonte: Nogueira (2009).

De acordo com o *Censo hospitalar do estado de São Paulo: 1935-1938*, publicado pela Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, no ano de 1939b, a situação dos hospitais sanatórios, no que se refere a internação dos tuberculosos, era a seguinte (Tabela 5):

Tabela 5 - Hospitais para tuberculosos no estado de São Paulo, no período de 1935 a 1938

<b>Hospital/ Sanatórios</b>	<b>Lotação gratuita</b>	<b>Lotação para pensionistas</b>	<b>Lotação total do hospital</b>
<b>Campos do Jordão</b>			
Sanatório Santa Cruz	43	34	77
Abrigo São Vicente de Paula	25	-	25
Sanatório São Paulo	53	24	77
Sanatório Maria Auxiliadora	29	09	38
Associação dos Sanatórios Populares	47	22	69
Sanatório de Santos	48	-	48
Sanatório Ebenezer	22	10	32
Sanatório São Christovam	08	24	32
Pensionato Divina Providencia	21	24	45
<b>Piracicaba</b>			
Sanatório São Luiz ( fechado)	20	-	20
<b>São José dos Campos</b>			
Sanatório Maria Imaculada	22	25	47
Sanatório Vicentina Aranha	80	50	130
Sanatório Ezra (em construção)	36	-	36
Sanatório Ruy Doria	-	88	88
Sanatório Vila Samaritana	39	-	39

<b>Hospital/ Sanatórios</b>	<b>Lotação gratuita</b>	<b>Lotação para pensionistas</b>	<b>Lotação total do hospital</b>
<b>Tremembé</b>			
Empresa Sanatório Tremembé	-	29	29
<b>Capital</b>			
Hospital São Luiz Gonzaga	104	-	104
<b>Santos</b>			
Pavilhão de Tuberculosos da Santa Casa	97	-	97
<b>Total</b>			
Hospitais	Lotação gratuita	Lotação para pensionistas	Lotação total do hospital
17 Hospitais	694	339	1033

Fonte: Elaborada pela autora com base em São Paulo (1939b).

Ao analisarmos a Tabela 5, constatamos que o município de Campos do Jordão era o que oferecia o maior número de leitos para os tuberculosos na região do Vale do Paraíba, totalizando 445, seguido pelo município de São José dos Campos, com 340 leitos.

Situação essa que teve continuidade, pois segundo o *Relatório da Divisão do Serviço de tuberculose*, do ano de 1948, do Departamento de Saúde do Estado, os leitos dos hospitais para tuberculosos, no estado de São Paulo, estavam assim representados: Campos do Jordão, com 1.262 leitos, seguido por São Paulo (551 leitos), São José dos Campos (438), Taubaté (63), Campinas (35) e São José do Rio Preto, com 30 leitos.

## Preventórios

Em razão da grande quantidade de famílias que tinham seus pais tuberculosos, o tisiólogo Clemente Ferreira, diretor da Liga Paulista Contra a Tuberculose, defendia a criação dos preventórios, pois,

classifica o preventório no grupo dos meios indiretos de luta como sendo um estabelecimento destinado a acolher, a valorizar crianças frágeis, anêmicas, linfáticas, deficitárias, de preferência, ou então com o objetivo de isolamento dos que se acham expostos a fontes de contágio, à contaminação familiar, sem lesões demonstráveis pelas explorações clínicas e, sobretudo, radiografias, podendo apresentar graça alergia tuberculínica. (Ferreira, 1947, p. 3).

Sendo assim, tivemos no Estado de São Paulo, no início do século XX, dois preventórios, cujo objetivo era o atendimento aos filhos dos pais tuberculosos: o Preventório Imaculada Conceição, instalado primeiramente no Bairro do Belém em São Paulo, posteriormente transferido para Bragança Paulista (1913), e o Preventório Santa Clara (1931), em Campos do Jordão.

As damas paulistas, atendendo a solicitação da Liga Paulista Contra a Tuberculose, criaram uma instituição para preservar os filhos dos tuberculosos que frequentavam o dispensário, que foi inaugurada em 3 de abril de 1908, denominada Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosos Pobres. No ano de 1911, essa instituição adquiriu, na cidade de Bragança, uma ampla propriedade para ser um sanatório de preservação infantil, inaugurado em janeiro de 1913, com o nome de Sanatório- Preventório Imaculada Conceição.

Esse preventório dispunha de escola própria para crianças internadas, gabinete dentário e médico, regime alimentar apropriado e acomodações hospitalares (Figura 1), sendo que a maior preocupação de seus dirigentes era a formação integral da criança.

Figura 1 - Crianças do Preventório Imaculada Conceição, no dia da inauguração



Fonte: Arquivo do Preventório Imaculada Conceição

Em razão do Preventório de Bragança, desde a sua inauguração até a data de 28 de outubro de 1966, ter beneficiado 2.500 crianças e mantido 160 destas retiradas das favelas da capital de São Paulo, foi considerado um estabelecimento valioso de assistência, proteção e formação cívica, moral e intelectual aos filhos dos tuberculosos pobres.

A concretização do Preventório Santa Clara (1931), em Campos do Jordão, só se tornou possível graças à atuação de um grupo de senhoras, chefiado por Luiza e Georgina de Souza Lopes e

pelas irmãs Irene e Maria Carlota, que decidiram fundar, no ano de 1927, uma associação de combate à tuberculose infantil. O Dr. José Carlos de Macedo Soares doou uma gleba de 16 alqueires, que foi juridicamente constituída como Associação Sanatório Santa Clara. Por intermédio de campanhas comunitárias, ocorreu a construção do seu primeiro pavilhão.

O preventório era composto por horta, pomar, parque de diversão, amplas salas de tratamento para a tuberculose, laboratórios, Raio X, farmácia e gabinete dentário. Provia assistência médica completa, sob a supervisão de renomados tisiologistas, dentre eles, os médicos Marco Antonio Nogueira Cardoso e Januário Miraglia.

Existia também no Preventório uma escola primária com sete professoras, sendo que parte das aulas era administrada ao ar livre, favorecendo, assim, o contato das crianças com a natureza. A instrução religiosa era a católica, e, além de uma enfermeira diplomada, tomavam conta da Instituição as religiosas carmelitas.

Objetivando a complementação do seu trabalho profilático, o preventório mantinha um serviço “pós-preventorial”, que incluía visitas domiciliares às crianças que tiveram alta da Instituição, no prazo de 3 anos.

Figura 2 - Atividades religiosas para os internos do Preventório Santa Clara



Fonte: Arquivo do Preventório Santa Clara.

O Preventório Santa Clara também foi reconhecido como uma Instituição de apoio fundamental na formação e educação dos filhos dos pais tuberculosos, pois, desde a sua fundação até o ano de 1956, foram acolhidas pelo preventório mais de 6 mil crianças, advindas de diversas partes do Brasil.

### Considerações Finais

Analisando todo o contexto relacionado à tuberculose e acentuado pelo estigma e pelo preconceito provocado pela natureza da própria doença, pode-se afirmar que os dispensários, pensões, sanatórios e preventórios, apesar de serem considerados como estabelecimentos segregadores, contribuíram de maneira profícua e eficiente para o tratamento e a cura dessa moléstia, que vitimou milhares de pessoas.

As pensões sanatoriais antecederam os sanatórios e ambos cumpriram com os propósitos para os quais foram criados.

As pensões geralmente ofereciam aos seus hóspedes um regime disciplinar específico, que era o de obrigar os doentes a seguirem as prescrições médicas, além das refeições, banhos de sol e repouso. A transferência desses doentes para os sanatórios era realizada de acordo com alguns procedimentos preestabelecidos. Já os sanatórios funcionavam como internatos, com horários estabelecidos aos doentes e medidas, gerais e especiais, do regime higiênico-dietético, adotado e prescrito pelo respectivo corpo clínico; possuíam regulamentos, que eram afixados nas paredes, ou distribuídos aos doentes, com informações relativas ao cumprimento da sua rotina. Ao lado dos dispensários, as pensões e os sanatórios constituem os fatores mais importantes da luta antituberculosa no Brasil.

O Dispensário Antituberculoso Clemente Ferreira foi idealizado para o atendimento médico e assistencial, com consultas, distribuição de medicamentos e distribuição de alimentos de primeira necessidade para os tuberculosos pobres.

Além disso, também assinalava a importância da organização de sanatórios ou hospitais especializados onde deveria ser feito o tratamento dos doentes, isolamento nos casos graves e a educação sanitária dos enfermos.

Os preventórios foram primordiais para a formação educacional, cívica, moral e religiosa das crianças, em um período em que a tuberculose acometia seus pais, que tinham de ir para os sanatórios, ou morriam. Há de se considerar que os preventórios as acolhiam, em meio à essa triste realidade, pois, na maioria das



vezes, essas crianças não tinham para onde ir, por serem oriundas de famílias muito pobres.

Os dispensários, pensões sanatoriais, sanatórios e preventórios salvaram e garantiram melhores condições de vida aos vitimados pela tísica, que foram estigmatizados e sofreram preconceitos em razão de terem sido acometidos pela tuberculose.

## Referências

BERTOLLI FILHO, C. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

BRASIL. [Constituição (1891)]. *Constituição da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil de 1891*. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, [1891]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao91.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao91.htm). Acesso em: 19 abr. 2021.

CAMARGO, F. B. A. *Campos do Jordão e seu palácio*. São Paulo: Editora Parma Ltda. 1987.

CAMPOS DO JORDÃO (Município). Prefeitura. *Livro de registro de doentes nº 1: período de 1926 a 1941*. Campos do Jordão: Prefeitura Municipal, 1941.

CAMPOS DO JORDÃO (Município). *Publicação do Posto de Higiene de Campos do Jordão*. Campos do Jordão: Prefeitura Municipal, 1928.

DELUMEAU, J. *História do medo no Ocidente: 1300-1800*. São Paulo: Companhia de Bolso, 2009.

FERREIRA, C. *Liga paulista contra a tuberculose. Defesa contra a tísica. Defesa contra a Tísica*, São Paulo, ano 7, n. 2, p. 14-20, 1908.

FERREIRA, C. Profilaxia antituberculosa infantil pelos preventórios e vacinação com o BCG. *Revista Brasileira de Tuberculose*, Rio de Janeiro, 1947.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1982.

KUSS, G. Tuberculose VI. In: SERGENT. E. *Traité de pathologie medicale*. 2. ed. [S. l.: s. n.], 1924. v. 17.

LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE. *Comemorações em São Paulo do 1º centenário de nascimento do professor Clemente Ferreira 1857 - 1957*. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C., 1957.

LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE. *Relatórios dos trabalhos do Dispensário Antituberculoso Clemente Ferreira: apresentado à Assembleia Geral ordinária de 26 de maio de 1925 pelo Dr. Clemente Ferreira*. São Paulo: Typ. Siqueira, Nagel & C., 1925.

MANN, T. *A montanha mágica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

MARTINS, N. Homenagem ao Dr. Clemente Ferreira. *Revista Paulista de Fisiologia*, São Paulo, ano 9, v. 9, n. 6, p. 307-334, 1943.

MOTA, A. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*. São Paulo: Edusp, 2005.

NOGUEIRA, O. *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

O POPULAR. Césio-137. 1987/2017. Ontem. Hoje. Amanhã. *O Popular*, Goiânia, GO, 2017. (Especiais). Disponível em: <https://especiais.opopular.com.br/cesio-137-30-anos#ontem-hoje-amanha>. Acesso em: 05 de abril de 2018.

PRINCE, A. E. *Estância climática de Campos do Jordão: sanatórios e pensões e a luta contra a tuberculose*. Taubaté, SP: Editora Cabral, 2017. (Série tuberculose e história).

QUEIRÓZ, D. S. *Floradas na Serra*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 11.781, de 30 de dezembro de 1940. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, ano 50, n. 301, p. 6, 31 dez. 1940.

SÃO PAULO (Estado). *Relatório do Dr. Emílio relativo ao ano de 1903*. São Paulo: Typografia do Diário Oficial, 1904.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde Pública. *Censo hospitalar do estado de São Paulo: 1935-1938*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1939b.

SÃO PAULO. *Anais do Primeiro Congresso Nacional de Tuberculose*, 1939a.

SONTAG S. *A doença como metáfora: aids e suas metáforas*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1984.

- ◆ “À SCIÊNCIA DE HYPOCRATES”: A REVISTA CEARÁ MÉDICO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A HISTÓRIA DA SAÚDE E DAS DOENÇAS.

**Ana Karine Martins Garcia<sup>1</sup>**

Toda pesquisa historiográfica se articula com um lugar de produção socioeconômica, política e cultural. Implica um meio de elaboração que circunscrito por determinações próprias: uma profissão liberal, um posto de observação ou de ensino, uma categoria de letrados etc. Ela está, pois, submetida a imposições, ligada a privilégios, enraizada em uma particularidade. É em função deste lugar que se instauram os métodos, que se delinea uma topografia de interesses, que os documentos e as questões, que lhes serão propostas, se organizam. (Certeau, 1982, p. 57).

Confiança, experiência, prestígio, formação profissional, especializações, arsenal tecnológico... são algumas das palavras que permeiam o meio médico brasileiro na atualidade, mas que foram utilizadas no decorrer do processo histórico dessa classe, sobretudo a partir do início do século XX. As pesquisas e estudos no campo da história, entre o final do século XX e início do XXI, vêm ampliando

---

1 Doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

seus olhares e produções acadêmicas para a história da saúde, da medicina, das ciências, das doenças e outros assuntos que possibilitam o entendimento do cotidiano das cidades e de seus moradores.

As pesquisas da história da saúde e das doenças (Bechimol, 2001; Lowy, 2006; Santos, 1985; Teixeira *et al.*, 2018) nos trouxeram uma melhor compreensão para a problematização de temáticas como organização estrutural dos espaços urbanos, ordenamentos e controles da população, sobretudo as mais vulneráveis, campanhas de prevenções das doenças endêmicas e epidêmicas e as propagações dos ideais da ciência médica, por meio da imprensa médica, como jornais, manuais, boletins e revistas.

Assim é fundamental a análise histórica da revista *Ceará Médico*<sup>2</sup> para o estudo da saúde e das doenças, no Ceará e demais localidades brasileiras, posto que seu exame detalhado permitirá a compreensão tanto das práticas e trajetórias médicas quanto da relação da população da cidade com os médicos, ocorridas no começo do século XX

## O Centro Médico Cearense

No Ceará, entre o final do século XIX e início do XX, já existia um forte anseio por parte de alguns profissionais da saúde, sobretudo, os médicos, em construir uma associação que impulsionasse e atendesse aos ideais da ciência médica e aos interesses de profissionalização (Pereira Neto, 2001).

---

2 A revista *Ceará Médico*, publicada pela primeira vez em abril de 1913, era considerada o órgão oficial de divulgação das atividades do Centro Médico Cearense (CMC).

A cidade já exigia que seus esculápios se reunissem, para debater os casos mais interessantes, discutir as novas terapêuticas, estreitar os laços de amizade, como também prepararem para a defesa contra os detratores da classe e os gravames fiscais que começavam a incidir pesadamente sobre os profissionais da Medicina nas grandes cidades. (Leal, 1979, p. 137).

Em meio a todas essas efervescências e transformações vivenciadas na cidade, o médico Manuel Duarte Pimentel retomou seus planos, mas agora com outros objetivos. Reunindo-se no dia 20 de fevereiro de 1913, na residência do Dr. Manoel Teófilo Gaspar de Oliveira, na rua General Sampaio nº 78, com os médicos Aurélio Lavor, Eduardo da Rocha Salgado, Ignácio Dias, Virgílio de Aguiar, Eliezer Studart da Fonseca, Amâncio Filomeno, José Frota e Manoel Teófilo Gaspar de Oliveira, e com os farmacêuticos Joaquim Holanda, Perdigão Nogueira, Raul Teófilo e Alberto Eloy da Costa, fundaram a Associação Médica e Farmacêutica.<sup>3</sup> Posteriormente, essa agregação passou a ser chamada de Centro Médico Cearense (CMC).

É importante mencionar que na documentação pesquisada notou-se a ausência de mulheres nessa associação até os anos de 1930. É possível que esse fato esteja relacionado a rígida divisão de trabalhos existente entre homens e mulheres. No entanto, não se pode esquecer que além da questão de gênero também é necessário ver a problemática das classes sociais.

---

3 Para mais informações, ver o artigo intitulado “Norte Médico: história da sua fundação”. Durante as pesquisas realizadas somente encontrei um exemplar da primeira revista no setor de microfilmagem da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro. Infelizmente, no Ceará, nas instituições públicas de pesquisas, não existem mais exemplares dos primeiros anos dessa coleção.

Nesses primeiros momentos de funcionamento, a convite do Dr. Duarte Pimentel, o Dr. Eduardo Salgado assumiu o cargo de presidente do Centro Médico, tendo como secretários os médicos Virgílio de Aguiar e Teófilo de Oliveira. Contudo, em 2 de março de 1913, ocorreu a primeira eleição da diretoria e, em abril, foi criada a revista *Norte Médico*. Na segunda sessão dessa associação, no dia 25 de fevereiro de 1913, houve a preocupação de definir o estatuto de funcionamento da associação, o que ocasionou mudanças que fizeram com que essa entidade tomasse rumos diferentes dos objetivos iniciais. Dentre essas modificações, destacaram-se: a inclusão da classe dos cirurgiões-dentistas nessa associação; a alteração do nome para Centro Médico Cearense; aproximação com as práticas das pesquisas científicas; e o melhoramento das condições e locais de trabalho para a classe médica. Essas foram algumas das sugestões do médico Aurélio Lavor cuja vontade era que o CMC possibilitasse a esses profissionais uma maior visibilidade de seus trabalhos nos espaços da cidade, uma vez que a escrita também é uma forma legitimadora de poder.

Oficialmente, a inauguração do CMC foi realizada no dia 25 de março de 1913, no edifício da Assembleia Legislativa do Estado, com a presença de políticos e pessoas de grande representação na cidade. Inicialmente, o Centro não teve uma sede fixa e suas reuniões eram realizadas nas residências de seus membros. Os discursos iniciais ficaram a encargo do Barão de Studart, eleito primeiro presidente do CMC, que permaneceu no cargo até o ano de 1919, e do médico José Lino da Justa, nomeado um dos oradores do Centro. De acordo com o médico Policarpo Barbosa, nesse

primeiro momento, fizeram parte desta associação 29 médicos, 18 farmacêuticos e 8 cirurgiões-dentistas (Barbosa, 1994, p. 81).

A revista do CMC teve duas importantes fases: a primeira fase, entre os anos de 1913 a 1919, e a segunda fase, nos anos de 1928 a 1963. Costuma-se fazer essa divisão devido ao período de suspensão da publicação de sua revista, entre 1919 a 1927, e a possível parada das atividades dessa associação nesse período. Na segunda fase, essa se manteve em funcionamento até os anos de 1979, e sua revista somente funcionou até o ano de 1963.

Observou-se que a criação de tal associação na cidade de Fortaleza beneficiou profundamente aos médicos, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas, permitiu que eles estivessem mais presentes nos espaços da cidade e, assim, que apresentassem mais suas ideias entre a população. O CMC trouxe resultados em longo prazo, uma vez que nos primeiros anos do século XX pouco se valorizava as ações médicas ligadas à saúde. E nos primeiros momentos, notou-se que a preocupação desses profissionais era mostrar que no Ceará também se desenvolvia pesquisas científicas e tratamentos eficientes nos combates às principais doenças.

Novas pesquisas ainda são necessárias para tentar entender o processo de transformações que Fortaleza passou, no campo da saúde pública e da medicina, e observar como o CMC tornou-se um dos impulsionadores desses novos conceitos e planos nas atividades médicas. Porém, o principal é entender as maneiras como os médicos desta associação se tornaram confiáveis, sendo aceitos pela população de Fortaleza, e como proporcionou também aos demais profissionais da saúde um campo de trabalho mais receptivo e atuante, no começo do século XX.



## A revista

Nas propostas principais do CMC estava a criação de uma revista profissional voltada a apresentar os trabalhos realizados no campo da saúde, no Ceará, e pesquisas científicas que eram desenvolvidas no Brasil e em outros países. Assim, para o Dr. Lavor, a revista *Norte Médico*, como foi intitulada inicialmente, era “o órgão de nossa defesa e a afirmação segura de que existimos e pensamos” (*Norte Médico*, 1913, p. 2-4).

No dia 15 de abril de 1913 foi publicado o primeiro número da revista do Centro Médico, que ficou conhecida, inicialmente, como *Norte Médico*, teve publicação bimestral, que depois passou a ser mensal. Os médicos Aurélio Lavor, César Cals e Virgílio de Aguiar foram seus primeiros redatores. É interessante destacar que na primeira equipe editorial desse periódico não houve entre os membros nenhum farmacêutico e cirurgião-dentista. Este fato nos permite pensar sobre a seguinte problemática: qual à participação efetiva desses outros profissionais da saúde na construção da revista e desta associação? Possivelmente, nos artigos publicados na *Norte Médico*, poderemos encontrar alguns indícios sobre os motivos que afastaram esses demais associados de participarem mais ativamente das atividades do CMC.

Nos amplos domínios da sciencia de Hypocrates teem sido cultivadas a clinica medica e a cirurgia, porem a imprensa medica, que é o expoente maximo da solidariedade mundial da classe, por facilitar a permuta de noções theoricas e praticas entre profissionaes habitando as mais remotas regiões do globo, não tem sido até hoje considerada cousa viável no Ceará, apesar do que vai de humano e sympathico nesse tentamem.

Por certo não contamos em nosso meio professores eminentes, cientistas de alto renome que illustrem as páginas de uma revista com trabalhos originaes que façam escola, ou sabias lições professadas ex-cathedra. (Norte Médico, 1913, p. 1).

No discurso do Dr. Aurélio Lavor, idealizador da revista *Norte Médico*, é notório o ar de lamentação com que esse mencionou a falta de uma imprensa dedicada a noticiar as pesquisas e feitos no meio médico cearense. Para ele, é provável que a causa desta carência estivesse ligada à crença de que no Ceará não houvesse profissionais capacitados para desenvolver um trabalho dedicado à divulgação dos preceitos médicos, através de um periódico. Todavia, será esse o motivo da ausência de publicações médicas anteriores a revista *Ceará Médico*? E por que no Ceará a formação de uma imprensa médica antes do Centro Médico não foi considerada viável?

Em março de 1917, o nome da revista *Norte Médico* sofreu alteração para *Ceará Médico*, por sugestão do médico Carlos Ribeiro, que acreditava que essa mudança não alterava a essência e os seus objetivos.

A mudança ou modificação do nome não acarreta a menor alteração na vida e no modo de ser do nosso jornalsinho. É simplesmente um dever que se nos impunha a menos que nos quizessemos pretenciosamente arvorar em representantes de quem para tanto, não nos delegou poderes. O norte é muito vasto e já possui muito illustres collegas que tão bem, ou melhor do que nos representam na imprensa medica. (Norte Médico, 1917, p. 15).

No entanto, o Dr. Ribeiro observou que a alteração do nome ocasionava uma modificação importante na revista, pois tirava desta a obrigação de publicarem artigos e noticiarem temas que abrangessem os demais estados do norte brasileiro. Desse modo, essa mudança possibilitou que os noticiários e textos publicados ficassem mais restritos e voltados às necessidades do Estado do Ceará, e não mais do norte brasileiro como um todo.

Orgão do Centro Medico Cearense, acolherá no entanto com prazer em suas columnas os trabalhos que lhe forem enviados por médicos, pharmaceuticos ou cirurgiões dentista, em uma palavra por todos os scientistas, de aquém e de além das fronteiras do Estado. (Ceará Médico, 1915, p. 2).

Além da participação dos membros do CMC nas publicações da revista, como se mencionou antes, também foi aceito que outros profissionais, ligados à área da saúde, dos demais estados do Brasil, a publicassem nela artigos e anúncios. Outro aspecto importante, nesta pesquisa, foi saber a qual público era destinado esse periódico. No princípio, acreditou-se que a população, em geral, tinha acesso a essa revista, uma vez que se observou que várias propagandas de medicação estavam direcionadas a este grupo.

No entanto, ao analisar mais detalhadamente os anúncios, voltados ao tratamento e à cura de enfermidades cotidianas, notou-se que a intenção era alcançar os médicos e demais profissionais da saúde, já que estes poderiam dar maior credibilidade para os produtos fabricados por essa indústria, que despontava e assediava o mercado capitalista naquele momento.

Pílulas purgativas do Cirurgião Mattos

O preparado mais popular e mais antigo do Norte e Nordeste.

Mais de 60 annos no emprego no tratamento nas:

Prisões de ventre, enxaquecas, indigestões, fastios, dyspepsias, gripes, febres remittentes e intermittentes, (sezões) doenças do fígado... Enfim, em todos os casos em que se faz preciso preliminarmente, uma medicação purgativa... Todos os médicos aconselham as Pílulas Purgativas do Cirurgião Mattos. Todas as pharmacias vendem essas prodigiosas pílulas. (Ceará Médico, 1928, p. 26).

Através dessas aberturas para divulgação de anúncios, uma certa intencionalidade de ganho financeiro da revista foi observada, pois, para a publicação dessas propagandas, taxas eram cobradas pelo aluguel de espaços. Este fato permitiu a continuidade do periódico e possibilitou a classe médica, farmacêutica e dos cirurgiões-dentistas divulgarem mais suas ideias, suas profilaxias, seus consultórios de atendimento particular e os medicamentos fabricados na época, que deveriam ser adotados para a cura das doenças vigentes.

É evidente que essas publicações também davam uma maior credibilidade à ciência médica e promovia a confiança na atuação destes profissionais da saúde, diante da população de Fortaleza. Porém, é importante mencionar que entre essa população também havia muitos que resistiram e se colocaram contra as práticas médicas.

É necessário, diante dessas abordagens, refletir como as despesas financeiras dessas publicações eram controladas, de onde vinham os recursos necessários para manutenção de seu funcionamento, os possíveis lucros, que auxiliavam nos demais

gastos do CMC, e como foram realizadas as divulgações para obtenção de assinantes e empresários, que alugavam seus espaços para a divulgação de seus produtos. Essas são algumas questões importantes para compreender a organização e o contexto em que funcionava esse órgão do CMC, e que permitem observar mais a atuação da classe médica no Ceará.

Na segunda fase da revista, notou-se que além de textos críticos e reflexivos sobre a atuação da ciência médica nacional e internacional, também se observou o frequente uso de imagens, como charges e fotografias, nas páginas da *Ceará Médico*. Porém, deve-se mencionar que seu uso não estava somente voltado à publicidade da indústria de medicação, mas também à para divulgação de teorias, conceitos e práticas defendidos pelas classes médicas e outros profissionais da saúde. Desse modo, analisar as imagens presentes nesta revista, além de possibilitar o conhecimento médico-científico, também permite o entendimento sobre a construção das representações da saúde pelos médicos cearenses e as formas de poder que esses aplicavam para alcançar seus objetivos no decorrer do século XX.

Analisando os primeiros números da revista entre os anos de 1913 a 1919, notou-se o baixo número de propagandas de medicamentos nas páginas da *Ceará Médico*. Possivelmente, o insuficiente número de assinantes seja uma das causas para a parada nas publicações da revista, a partir dos anos de 1919. Contudo, são necessárias outras análises para entender as razões desses poucos números de propagandas, na primeira fase de funcionamento deste periódico, como também compreender o contexto histórico nacional, durante a segunda fase da revista, a

partir dos anos de 1928, para perceber um efetivo crescimento nos números de anúncios publicados em suas páginas.

Na segunda fase da revista, entre 1928 e 1963, houve uma diferenciação nos tipos de artigos e no aumento do número de páginas dedicadas às divulgações de medicamentos, consultórios particulares e farmácias presente na cidade. Entre os anúncios que foram analisados nas revistas desse período, notou-se a existência de publicidades dedicadas a mostrar tanto os consultórios médicos existentes em Fortaleza como os avisos de caráter informativo, sobre medicamentos e remédios utilizados no combate as doenças em outros países.

Srs. Médicos

Auxiliae a combater a tuberculose preconizando largamente a vacinação preventiva com as vaccinas de Friedmann.

Especificas, efficazzes, idoloeres, absolutamente sem nenhum perigo.

Aprovados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.

SO PODEM SER VENDIDOS SOB RECEITA MÉDICA, NA QUAL DEVE SER INDICADA A CONCENTRAÇÃO DESEJADA.  
(Ceará Médico, 1928, p. 26, grifo do autor).

No anúncio acima, observaram-se dois pontos importantes: primeiro, que a divulgação da “vacina de Friedman” tinha os médicos como público-alvo, e que o medicamento proposto para o tratamento da tuberculose deveria ser indicado e prescrito por esses profissionais; segundo, que essa vacina tinha a aprovação do Departamento Nacional de Saúde, e isso, possivelmente, dava mais credibilidade para o uso desse medicamento. Assim, analisar esse tipo de fonte é extremamente importante para as pesquisas

na área da história da saúde e das doenças, uma vez que, além de respostas e reflexões pertinentes ao conhecimento desse periódico, percebe-se também a forte influência que esse material tinha para divulgar as práticas e teorias da ciência médica.

Para conhecer mais a revista *Ceará Médico* é necessário a análise de sua estrutura, como o sumário, os artigos publicados, os assinantes e o público leitor desse periódico, durante a primeira e a segunda fase de funcionamento. Isso possibilitará descobrir e observar melhor os interesses, as práticas e os conflitos que permeavam a classe médica em Fortaleza nas primeiras décadas do século XX.

Por meio de uma análise inicial do sumário da revista *Ceará Médico*, conseguiu-se visualizar algumas das temáticas e estudos propostos pelos associados do CMC. Dentre os tópicos publicados entre os anos de 1913 a 1919, temos dois que eram fixos: “Varias” e “Centro médico”, e outros que apareciam de forma aleatória na revista como: “Notas práticas”, “Análises”, “Formulários”, “Páginas antigas” e “Publicações”. A partir de 1928, destacam-se os tópicos “Os nossos médicos”, “Trabalhos originais”, “Crônicas - variedades - informações”, “Notas clínicas e terapêuticas”, “Atas da Sociedade”, “Expediente” e “Bibliografia”. É importante destacar que, entre essas duas fases, esses tópicos sofreram em vários momentos alterações e acréscimos em suas publicações. Como, por exemplo, vem se observando com a pesquisa que o item “Bibliografia” passou a fazer parte da revista somente na edição de outubro de 1928, e tinha como objetivo apresentar obras que foram ofertadas ao Centro Médico, além do registro de publicações mensais recebidas de vários estados brasileiros e de outros países.

No espaço “Varias”, assuntos em geral sobre a medicina acadêmica, tanto no Brasil como em outros países, eram publicados; em “Centro médico”, as atas das reuniões do Centro; em “Notas práticas”, relatos de casos estudados por médicos no Ceará sobre determinadas doenças; em “Análises”, relatos de casos analisados em outros estados ou países; em “Formulários”, fórmulas de remédios destinados ao tratamento de algumas doenças recorrentes; em “Páginas antigas”, relatos de alguns médicos do Centro sobre tratamentos antigos exitosos; e em “Publicações”, livros, artigos e materiais de pesquisa lançados recentemente no Brasil e em outros países, como França e Alemanha, eram divulgados.

Observou-se, em sua segunda fase, que houve algumas reformulações no periódico. Este passou a ser uma publicação mensal, apresentando os seguintes tópicos: “Os nossos médicos”, que trazia relatos e homenagens dos redatores à atuação política e social dos principais médicos cearenses, sobretudo os associados; “Trabalhos originais”, pesquisas e tratamentos empregados no Ceará e em outros estados e países; “Crônicas -variedades - informações”, principais anúncios de pesquisas nacionais e de relatos e histórias de diferentes casos e formas de tratamentos que estavam sendo aplicados no Brasil e na Europa; “Notas clínicas e terapêuticas”, descrição dos medicamentos e anúncios farmacêuticos que demonstravam a eficiência do uso de tais remédios no combate às diferentes doenças presentes no Estado do Ceará e em outros estados brasileiros; “Atas da Sociedade”, assuntos discutidos nas reuniões do CMC; “Esculapeana”, uma parte acrescida à revista a partir do ano de 1930, críticas a ações médicas e/ou à saúde pública, tanto de Fortaleza como de outras localidades; e, por fim,



“Expedientes”, que mostravam as condições necessárias para os médicos, farmacêuticos e odontólogos para se tornarem assinantes da revista *Ceará Médico*.

É interessante perceber que a análise mais acentuada de seu sumário e dos itens que fazem parte da estrutura da revista permitiu descobrir os caminhos traçados pelos médicos, e demais profissionais da saúde, para a organização da cidade. Buscando observar como esses profissionais agiam, conseguiu-se entender como esses organizavam seus espaços de atuação e aplicavam seus preceitos junto à população de Fortaleza.

Deve-se novamente chamar atenção também para a pouca participação e publicação de artigos dos farmacêuticos e cirurgiões-dentistas, uma vez que no decorrer dessa pesquisa notou-se que a maioria das publicações dos artigos era de médicos. Isso é algo relevante, e quando se observa os primeiros redatores da revista *Ceará Médico*, já se nota que não há nenhum desses profissionais participando da construção da revista. Nos cargos assumidos na primeira diretoria do Centro Médico eles aparecem em funções gerais como conselho fiscal e nos postos de 1º e 2º secretário. Será que tal fato não tenha causado insatisfações e conflitos dos farmacêuticos e cirurgiões-dentistas? Quais motivos levaram esses profissionais a terem pouca visibilidade em uma associação criada para atender também as suas necessidades e interesses? Assim, a análise das revistas e demais fontes poderá ajudar no entendimento dessas questões, que são importantes para os objetivos desse projeto.

Para ampliar a problematização desse texto, faz-se necessária também a realização de um estudo comparativo entre alguns dos

sumários da revista *Ceará Médico*, uma vez que esses apresentam diferenças que nos ajudarão a observar questões como ordenamento urbano, teorias científicas defendidas pelos médicos e ações de prevenção junto à população. Fora a possibilidade de compreender melhor o funcionamento do CMC.

Deseja-se, por meio desse artigo, tentar perceber as ligações existentes entre a *Ceará Médico*, as demais revistas médicas brasileiras e, se possível, as estrangeiras, com o objetivo de levantar indícios sobre o processo de circulação desse material e a troca de informações que ocorriam com os demais profissionais de saúde, de fora do Ceará.

É também importante analisar as formas de organização e gerenciamento da saúde e as diferentes formas de práticas que são apontadas em alguns dos artigos publicados nessa revista, uma vez que esses possibilitaram conhecer os conflitos, os interesses e as práticas dos médicos em Fortaleza. E dentre os textos que se pretende analisar, destacamos os artigos publicados pelo médico Virgílio de Aguiar, na segunda fase do CMC, a partir de 1928, , que também criou na revista o tópico “Esculapeanas”.

Custa-me convencer que deontologia é materia que se aprenda e se discuta, porque tenho para mim que é simplesmente ethica, cousa muito de se conceber que tenha o medico creatura de maior idade, homem de educação superior. A moral é disciplina que apprendemos na lição e pratica da educação paterna, (esta que nos dá a maior e melhor base) podendo depois com a cultura ser mais perfeita e senhoril. (*Ceará Médico*, 1930, p. 8).

Uma das fortes marcas do Dr. Virgílio em seus artigos foi sempre abordar, de forma enfática, como a classe médica atuava

no Brasil e, sobretudo, como os médicos vinham desempenhando suas funções nos espaços de Fortaleza. Analisando esse tópico nas várias publicações da revista, poderemos compreender melhor as características de seu texto e suas críticas sobre os problemas enfrentados pela classe médica de Fortaleza durante a década de 1930.

Notou-se também que nessa segunda fase da revista os assuntos considerados mais problemáticos, e defendidos pelo CMC, estavam relacionados às prevenções das principais doenças como a lepra,<sup>4</sup> a varíola e o alcoolismo, também ao melhoramento das condições higiênicas da cidade, a construção de centros de saúde e, sobretudo, ao combate às práticas populares de cura. Contudo, a forma como esses artigos chegavam aos moradores da cidade e que meios esses médicos utilizaram para alcançar seus objetivos são pontos relevantes para perceber a influência dessa revista no cotidiano de Fortaleza.

Quais interesses dessa associação na criação dessa revista? Como esses associados participavam dessas publicações? Os artigos tinham ligações com os principais problemas da saúde na cidade ou eram apenas relacionados às pesquisas médicas do momento? Essas são questões pertinentes para buscar entender os interesses médicos na organização da saúde e dos moradores de Fortaleza.

Os médicos cearenses encontraram na revista *Ceará Médico* um forte aliado para o alcance de seus ideais e durante essas duas fases distintas a revista passou por diversas mudanças que estavam

---

4 Atualmente o termo “lepra” não é mais utilizado para definir a doença, mas sim “hanseníase”. Contudo, neste artigo ainda o uso, uma vez que as fontes e relatos da época estudada referem-se à enfermidade empregando tal nomenclatura.

associadas à trajetória do CMC. Portanto, acredita-se que ainda são necessárias outras pesquisas sobre essa revista e de outras fontes relacionadas a essa temática para a compreensão da construção das práticas médicas no Ceará, no começo do século XX.

### As ações e efeitos

Entre o final do século XIX e começo do XX, Fortaleza não tinha passado por grandes transformações no campo da saúde, e seus médicos tinham pouca participação nas principais atividades da saúde pública, pois, em geral, estavam mais centrados nos atendimentos na Santa Casa de Misericórdia, nas visitas aos doentes aos domicílios ou em seus consultórios. Isso, de certa forma, contribuiu para que esses profissionais não tivessem tanta proximidade com a população e suas práticas de tratamento e cura fossem vistas com desconfiança.

A fundação do CMC possibilitou que essas e outras questões fossem modificadas e que o médico que estava atuando individualmente obtivesse respaldo e credibilidade entre os moradores da cidade para as suas ações, uma vez que suas intenções não estavam somente relacionadas ao campo da teoria, mas também ao da prática.

O Centro e sua revista tornaram-se mais um instrumento de discussão e propagação dos saberes médicos e de suas ideias e práticas voltada à medicalização da cidade...Segundo a historiografia médica cearense, a associação não só reforçou o prestígio científico da medicina local como também contribuiu largamente para que o serviço de saúde pública da Capital conhecesse fase inédita de progresso e realizações. (Ponte, 2001, p. 121).

Nas palavras do historiador Ponte, os ideais de progresso também permaneciam presentes quanto às questões da saúde pública. Os médicos desejavam obter um espaço maior dentro da cidade para utilização de seus preceitos, e isso foi conquistado, sobretudo, com o advento do CMC e de suas ações em Fortaleza.

Evidentemente que, nos primeiros anos de funcionamento desta agregação, as práticas foram mais individuais do que coletivas, ou seja, seus membros, por meio dos cargos públicos, estavam mais presentes e ativos nas mudanças da saúde pública da cidade. Este fato mostra que as contribuições desta associação para as instituições públicas de saúde foram mais no campo teórico, através de atividades de palestras, debates e estudos que sugeriam determinadas ações na saúde pública do estado do Ceará. Na segunda fase de funcionamento, o CMC esteve mais ativo e participativo na organização da saúde pública em Fortaleza, seja nas matérias publicadas na revista *Ceará Médico*, seja nas atuações individuais e coletivas.

Dentre as principais instituições públicas e particulares que tiveram o apoio do CMC, entre os anos de 1913 e 1919, destacaram-se: Instituto de Proteção e Assistência à Infância, Maternidade João Moreira, Faculdade de Farmácia e Odontologia e o Instituto Pasteur. Posteriormente ao ano de 1928, observou-se mais atividades fora do CMC, mais próximas à população do Ceará, como: divulgação das normas de higiene, através de cartilhas e publicações em outros periódicos da cidade; visitação e campanhas sanitárias em algumas das escolas de Fortaleza; realização de palestras fora da sede do Centro; patrocínio da semana antialco lica nas escolas; debates e a o es sobre o tratamento da água do Rio Acarape; apoio

à fundação do Leprosário Antônio Diogo, da Casa de Saúde São Lucas, do Centro de Saúde de Fortaleza; e, mais adiante, a fundação da primeira Faculdade de Medicina do Ceará (1954).

Dentre as fortes características observadas na atuação do CMC na cidade, sobretudo em sua primeira fase, destacam-se aquelas realizadas a partir dos sonhos e anseios individuais, ou seja, cada membro realizava seus projetos e tinha o apoio de todos nas medidas tomadas por seus associados para o melhoramento da saúde pública em Fortaleza.

É importante ressaltar que as ações coletivas desta associação, nas questões da saúde do estado do Ceará, não foram prioridades, uma vez que o pensamento predominante, nos discursos de alguns dos sócios, era de que os cuidados com a saúde pública deveriam ser de responsabilidade total do governo do estado. Deste modo, não cabia a esta agregação agir de forma mais direta nas problemáticas relacionadas à saúde pública, tanto da capital como de outras localidades do Ceará. Contudo, analisando as matérias e as atas das reuniões do Centro publicadas em sua revista, notou-se que houveram certas participações e interesse desta associação em atuarem juntos nos assuntos relacionados à saúde pública da cidade.

Em seguida o Snr. Presidente comunicou que havendo-se entendido pessoalmente com o Dr. Marinho de Andrade no sentido do Centro poder enviar as enfermarias da Santa Casa uma comissão do seu seio para o estudo das entidades mórbidas reinantes ficava a dita comissão composta dos Snr. Dr. Carlos Ribeiro, Manuelito Moreira, Thomaz Pompeu e Cesar Cals. (Norte Médico, 1916, p. 18).

O trecho acima, retirado da *Ceará Médico*, do dia 6 de fevereiro, evidenciou a atuação em grupo e mostrou que esta associação não estava tão passiva das ações em prol da saúde pública na cidade. E mesmo que não tenha sido constante essas ações coletivas, possivelmente, colaboraram para que a população cearense tivesse uma maior confiabilidade e credibilidade nos profissionais da saúde.

Encontrar as atas das reuniões do CMC foi importante, uma vez que essas auxiliaram para a realização de uma análise mais efetiva da atuação dessa associação nos assuntos relacionados à saúde da cidade. As indicações das práticas coletivas e individuais de seus membros, encontradas nesta fonte, possibilitou não apenas ampliar as problemáticas referentes às ações e efeitos ocasionados, mas também perceber as medidas tomadas no combate as enfermidades presentes no começo do século XX.

Por meio da análise de alguns dos artigos da *Ceará Médico*, também foi possível observar como determinadas atitudes voltadas ao melhoramento da cidade, advindas do governo e dos responsáveis pela saúde pública, eram vistas pelos membros do CMC e como esses não se omitiam aos problemas da saúde pública local.

Levamos d´ aqui o nosso appello ao digníssimo Prefeito para que tome em consideração os escrúpulos naturaes do nosso collega da Prefeitura, sobre quem incide directamente de parte do público a responsabilidade dos damnos causados pela carne verde e patenteamos, com o exemplo, que as contravenções da saúde pública, não vingam da incapacidade da autoridade sanitária senão pouco caso por que são encarados pela administração publica, os problemas à saúde geral. (Norte Médico, 1916, p. 11).

Nesse artigo, intitulado “Attestados da carne verde”, denúncias e protestos foram feitos pelos membros do Centro Médico em relação ao modo como ocorria a venda de carnes verdes na cidade, e como a população recusava-se a cumprir a lei, em que a venda da carne somente era autorizada mediante um exame sanitário, realizado por um médico ou profissional da área. Notou-se que o Centro Médico tentou alertar as autoridades administrativas quanto à fiscalização do cumprimento dessa lei e apontou a relevância da verificação e dos exames sanitários a serem realizados pelos profissionais que eram escolhidos para o trabalho no matadouro.

É interessante que além da função científica, a revista também foi utilizada como uma forma de denunciar e de apontar sugestões do Centro, no que diz respeito à higiene pública em Fortaleza. Mais uma vez, percebe-se a força e o poder da escrita deste periódico e o alcance que se pretendia ao publicar esse tipo de matérias.

A construção da confiança nas atuações uns dos outros também foi um dos pontos observados nesta fonte. E isso é algo que transpareceu na atitude do Dr. Carlos Ribeiro quando, na reunião do dia 18 de setembro, levou o regulamento organizado por ele na Inspeção de Higiene Pública para apresentação e aprovação de seus colegas do Centro. Desse modo, “iniciou a leitura do novo regulamento de sua repartição que vai ser apresentado ao Sr. Presidente do Estado” (Norte Médico, 1916, p. 15). Esse fato mostrou o quanto essa associação uniu seus interesses aos da saúde pública do Estado do Ceará e como esses assuntos eram compartilhados, decididos e aplicados. O Dr. Ribeiro compartilhou com os demais membros do Centro Médico várias de suas medidas e determinações, enquanto esteve no cargo de inspetor de



higiene, e utilizou do espaço da revista e das reuniões do Centro para solicitar dos médicos algumas mudanças em suas práticas.

Dentre os pedidos, estava o cumprimento de algumas normas e o atendimento ao pedido da Inspetoria como, por exemplo, na reunião do Centro Médico de junho de 1917, “communicou que estava organizando a lista dos profissionais diplomados e por isso pedia a todos os membros do Centro que não tivesse seus títulos registrados que tratassem de registra-los.” (Ceará Médico, 1917, p. 36).

Dos inspetores da higiene pública, o Dr. Ribeiro foi um dos que mais aproximou os membros do CMD às questões da saúde pública na cidade. Ele também promoveu diversas modificações na Inspetoria de Higiene Pública e, através da sua participação ativa no Centro, conseguiu uma maior proximidade com os médicos de Fortaleza.

Como já mencionado, a participação em conjunto do Centro Médico com relação as atividades de saúde pública da cidade não foi tão intensa entre os anos de 1913 a 1919. Provavelmente, essa associação seguiu aos poucos as transformações e os espaços conquistados pela medicina acadêmica e, assim, adquiriu experiências somente a partir dos anos de 1928, e esse fato, possivelmente, proporcionou mais autonomia e participação nos assuntos de saúde local.

Além das práticas relacionadas à saúde, observou-se que alguns médicos também aderiram ao campo político. Possivelmente, esse foi um forte aliado na conquista de espaços para a aplicação de seus métodos e para legitimar seus conceitos e ideais, aproximando-os da população local. Não encontramos documentos

que apontassem as intenções desses médicos ao buscarem os cargos políticos, mas acredita-se que dois motivos tenham sido impulsionadores para tal escolha: primeiro, o prestígio obtido com esses cargos; segundo, uma maior participação nos assuntos administrativos da cidade.<sup>5</sup> Em geral, a busca por uma aceitação de seus conceitos e de seus métodos era o mais almejado por esses profissionais.

A revista *Ceará Médico* foi um forte aliado para os ideais de profissionalização tanto de médicos quanto de outros profissionais que agiam junto área da saúde e tinham o atestado oficial das academias de medicina para atuarem junto à população.

Deve-se destacar também que as diversas mudanças e alterações feitas neste periódico seguiram as transformações realizadas no CMC, uma vez que essa não somente era uma revista de divulgação científica médica, mas um órgão de divulgação desta associação. Por isso, estudar esta fonte é algo imprescindível para os que desejam compreender a história da saúde e das doenças, tanto no Ceará como nos demais estados brasileiros. Seu estudo é inesgotável quando se pensa nos diversos caminhos que se encontra na análise de suas páginas. A revista *Ceará Médico* traz a possibilidade de ampliação do entendimento das mudanças políticas, econômicas e sociais que foram produzidas nas cidades e, sobretudo, os efeitos no cotidiano dos cearenses no decorrer do século XX.

---

5 Dentre os médicos que assumiram o cargo de presidente do estado do Ceará, entre 1900 a 1935, estavam o Dr. João Moreira da Rocha, em 1925, e o Dr. Manuel Fernandes Távora, como interventor, em 1930. Evidentemente, que os médicos participaram também de outros cargos públicos, como foi o caso do Dr. Cesar Cals, que foi prefeito de Fortaleza, em 1930, e que assumiu, posteriormente, outros cargos políticos.

## Referências

BARBOSA, J. P. A. *História da saúde pública do Ceará: da colônia a Vargas*. Fortaleza, CE: Edições UFC, 1994.

BECHIMOL, J. L. (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

NORTE MÉDICO = CEARÁ MÉDICO. Fortaleza, CE: Centro Médico Cearense, 1913-1963. A revista *Norte Médico*, em março de 1917, passou a ser designada *Ceará Médico*.

CERTEAU, M. *A escrita da história*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CHALOUB, S. *Cidade Febri! cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo; Companhia das Letras, 1996.

LEAL, V. B. *História da Medicina no Ceará*. Fortaleza, CE: Secult, 1979.

LOWY, I. *Vírus, mosquitos e modernidade: febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NORTE MÉDICO: história da sua fundação. *Norte Médico*, Fortaleza, CE, ano 1, n. 1, p. 2-4, 15 abr. 1913.

PEREIRA NETO, A. F. *Ser médico no Brasil: o presente e o passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PONTE, S. R. *Fortaleza belle époque: reformas urbanas e controle social (1860-1930)*. Fortaleza, CE: Fundação Demócrito Rocha, 2001.

SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, 1985.

TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (org.). *História da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2018.

◆ OS MALES DA MODERNIDADE: O ACIDENTE  
COM O CÉSIO-137 EM GOIÂNIA E OS EFEITOS  
DA RADIAÇÃO NA SAÚDE DAS PESSOAS

**Daniele Roberta Oliveira de Carvalho<sup>1</sup>**  
**Eliézer Cardoso de Oliveira<sup>2</sup>**

## Introdução

A história da ciência é comumente contada a partir de uma narrativa progressista, ressaltando a acumulação gradativa de descobertas e aperfeiçoamento dos diversos campos de saberes. Mas essa perspectiva evolucionista foi questionada por vários intelectuais, dentre eles, Michel Foucault. No livro *O Nascimento da Clínica*, publicado originalmente em 1963, o filósofo francês chama a atenção para o fato de que a história da medicina não pode ser vista como uma evolução gradativa de um conhecimento cada vez maior sobre o corpo humano, sobre as doenças e sobre as estratégias curativas; como um saber que começou na Antiguidade

---

1 Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado da Universidade Estadual de Goiás (Teccer/UEG).  
2 Doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). Docente no curso de História e no Programa de Pós-graduação Teccer/UEG.

e culminou no surgimento das modernas clínicas e laboratórios de pesquisa médicos.

Para Foucault (2003), a teoria dos humores ou a crença nos miasmas, apenas só para citar dois exemplos, não podem ser vistas como bases fundadoras da medicina moderna, pois essa se assenta em outras premissas de saberes e em outros regimes de verdades. Segundo o filósofo, trata-se de camadas de práticas que se legitimam por meio de discursos que quase nada tem em comum com o modo como os atuais profissionais da medicina pensam e agem. O que se vê então, na história da medicina, são rupturas, descontinuidades, negações, destruições de discursos antigos e construções de discursos novos.

A medicina, que com uma generalização imprecisa pode ser chamada de pré-moderna, operacionalizava-se a partir da observação dos sintomas, considerados como indícios da doença. Carlo Ginzburg (1989), num belo texto, “Sinais de um paradigma indiciário”, mostra esse caráter da medicina hipocrática:

que definiu seus métodos refletindo sobre a noção decisiva de sintoma (semion). Apenas observando atentamente e registrando com a extrema minúcia todos os sintomas – afirmavam os hipocráticos –, é possível elaborar “histórias precisas de cada doença: a doença é, em si, inatingível. (Ginzburg, 1989, p. 154).

Para Foucault, uma das rupturas mais visíveis provocadas pela emergência de uma medicina “moderna” foi a necessidade de ver para comprovar a verdade da doença. O médico não se contenta mais com a descrição dos sintomas, mas precisa “ver” a doença por meio do exame clínico. “A permanência da verdade no núcleo sombrio das coisas está, paradoxalmente, ligada a este

poder soberano do olhar empírico que transforma sua noite em dia” (Foucault, 2003, p. 12).

Mas às vezes o dia pode tornar-se escuro como a noite, e as certezas do racionalismo empirista podem se desvanecer. É o caso da situação de catástrofe, que mostra os limites do controle da natureza e da busca da verdade pela ciência.

As catástrofes têm sido pouco estudadas no meio acadêmico. Ao longo da história, tragédias e infortúnios aparecem como apêndices de estudos históricos e sociológicos. Mas os estudos culturais, principalmente os de inspiração foucaultiana, abriram as portas para a análise das tragédias e das catástrofes, considerando-as potencialmente informativas para a compreensão de discursos, práticas, imaginários ou representações.

Esse preâmbulo teve o intuito de apresentar o objeto desse texto: o impacto do acidente com o céσιο-137, ocorrido em Goiânia, em 1987, na saúde humana e as estratégias da medicina para controlar os efeitos nefastos da radiação. Trata-se, portanto, de uma conexão entre os estudos sobre catástrofe com os estudos sobre a saúde e a doença humana. Na vida prática dos seres humanos, essa conexão não é inusitada, uma vez que muitas das mais letais catástrofes que afligiram os seres humanos são doenças letais, como a peste negra, a gripe espanhola e a covid-19, vigente no momento em que este texto está escrito.

Dentre as catástrofes, as mais difíceis de aceitar são aquelas provocadas diretamente pelos seres humanos, como os genocídios, as chacinas e os acidentes de vários tipos. As catástrofes naturais costumam ser mais palatáveis, pois nesse caso a questão da culpabilidade moral é bastante reduzida. Por isso, grandes tragédias

como a Enchente do Rio Amarelo, que ocorreu na China em 1931 e que vitimou mais 1 milhão de pessoas, ou a seca no nordeste brasileiro em 1877, que vitimou mais de 500 mil, são relativamente pouco conhecidas.

Mas as epidemias constituem um tipo de tragédia natural que geram maior impacto simbólico, justamente porque elas são interpretadas moralmente. As doenças são de longe a principal causa de morte dos seres humanos, mas se aceitamos relativamente bem a morte causada por doenças endêmicas, o mesmo não acontece quanto às epidêmicas. A sociedade aceita as doenças endêmicas porque elas são entendidas como de responsabilidade individual: a pessoa foi imprevidente (fumou ou tomou sol demais) ou tinha má sorte (uma predisposição genética para determinadas doenças). No que tange às doenças epidêmicas, contudo, o comportamento é diferente, pois a responsabilidade não é vista como individual, mas coletiva. Nesse caso, a culpa e o azar não são só do indivíduo e sim de todo um grupo. Por isso, Susan Sontag (2002, p. 76), autora do livro *A doença como metáfora*, afirma que as epidemias são as metáforas perfeitas da desorganização social: “as doenças epidêmicas eram comumente usadas em sentido figurado como designativas de desordem social.”

O elevado peso simbólico do acidente com o césio-137 se deve ao fato de ele concentrar em si as características das epidemias e das tragédias provocadas pelos homens. Os acidentes que envolvem o manuseio de tecnologia, como os automobilísticos e os aéreos, muito embora o seu caráter acidental, não estão isentos da culpabilidade moral, já que por trás de uma falha tecnológica sempre há uma falha humana, seja de imperícia ou de



imprevidência. Por isso uma das perguntas centrais em relação ao acidente com o céσιο-137 foi sobre quem foi o responsável por deixar um material tão perigoso desprotegido. Por outro lado, o acidente com o céσιο-137 tem a características típica de doenças epidêmicas, pois, do mesmo modo que alguém espalha um vírus ou uma bactéria, a radiação pode se espalhar de um corpo para outro e provocar doenças.

O céσιο-137 como causa de doenças é o tema central desse texto. Trata-se de um algo típico do mundo contemporâneo, pois as doenças provocadas por um material produzido sinteticamente a partir de alta tecnologia só pode ser compreendido num contexto de alta modernidade, no qual os riscos se tornam o preço a pagar pelo progresso. O texto é dividido em três blocos temáticos: o primeiro analisa a emergência de uma sociedade de risco, o segundo analisa o acidente com o céσιο-137 em Goiânia, e o terceiro analisa as repercussões da tragédia na saúde dos indivíduos e as estratégias da medicina para minimizar seus efeitos.

### A sociedade de risco e a radioatividade

Os seres humanos sempre se depararam com desafios a sua sobrevivência ou integridade física. Ataques de animais selvagens, intempéries climáticas, doenças diversas, ameaças de violência por parte de outros seres humanos, acidentes de vários tipos faziam parte do cotidiano de todas as sociedades existentes, em maior ou menor grau. Os desafios à sobrevivência ainda continuam presentes numa sociedade moderna, mas houve mudanças consideráveis no seu conteúdo e na sua percepção. O ambiente moderno é radicalmente diferente do pré-moderno, e isso exigiu

novas percepções e classificações das ameaças. Apesar da metáfora “selva de pedra”, designativa do desafio de viver numa grande metrópole, indicar uma semelhança com as florestas antigas, na prática os dois ambientes são radicalmente diferentes.

Por isso, utiliza-se “perigo” para designar as ameaças vigentes num mundo tradicional e “risco” para as do mundo moderno. A distinção não é apenas um preciosismo linguístico típico de acadêmicos, mas expressa diferenças substanciais que apareceram com a emergência da modernidade e da pós-modernidade.

Para o sociólogo inglês Anthony Giddens (1996), a “alta modernidade” (termo que ele usa no sentido de “pós-modernidade”) possui como características básicas a globalização, a reflexividade social e o advento de uma sociedade pós-tradicional. A globalização aumentou radicalmente as interações entre os seres humanos, através do desenvolvimento intenso dos meios de comunicação e de transportes. E quanto maior a interação, maiores os riscos, seja dos acidentes aéreos, dos ataques terroristas ou da disseminação de doenças epidêmicas. A reflexividade social significa que o comportamento não é mais determinado pela inércia do passado, mas por uma escolha dos indivíduos feita a partir de múltiplas variáveis. Um exemplo simples e esclarecedor é o modo como se higienizava os dentes em sociedades tradicionais, como a vigente no Brasil no século XIX, em que as pessoas valiam-se de folhas de goiaba ou carvão para higiene dental. Nesse ambiente, as variáveis eram simples: não higienizar, usar carvão ou usar folha de goiaba. Na sociedade moderna, essa atividade banal está cada vez mais complexa: escolher uma escova elétrica ou manual, usar um enxaguante bucal (a base de álcool ou não),

definir o tamanho das cerdas e a maciez da escova, determinar a técnica mais adequada de escovação (movimento horizontal, vertical, em rotação, etc.), usar o fio dental como complemento, definindo se o uso é mais adequado antes ou depois da escovação. Essa longa lista indica que uma atividade banal está sujeita a múltiplas escolhas baseadas em informações de especialistas ou provenientes de um estilo de vida.

Diante de uma gama variada de informações disponíveis (conhecimento científico e o conhecimento proveniente das diversas tradições), os indivíduos terão que escolher o seu estilo de vida; agora até as ações mais banais serão objetos de reflexão: qual escova de dente comprar? Que tipo de alimentos comer? Casar ou não casar? Mais trabalho ou mais lazer? Qual será a aparência do corpo? Portanto, para Giddens (1991), a alta modernidade possibilita aos homens e às mulheres um individualismo salutar, agindo ativamente no mundo em que vivem. Mas quanto maiores as possibilidades, maiores os riscos de algo dar errado ou maior a insegurança diante da escolha efetivada. Daí que o efeito colateral da reflexividade é a sedução do fundamentalismo, que oferece um pacote fechado que limita as opções de escolhas dos indivíduos. Esses modelos prontos fornecem certeza numa época de incerteza, daí o seu poder de sedução.

Giddens (1991, p. 16) acredita que alta modernidade oferece “oportunidades bem maiores para os seres humanos gozarem de uma existência segura e gratificante que qualquer tipo de sistema pré-moderno”. Contudo, para a maioria das pessoas, “o mundo em que vivemos hoje é um mundo carregado e perigoso” (p. 19), bem mais perigoso do que o vivido por nossos ancestrais. A moder-

nidade trouxe a possibilidade de minimizar as principais fontes de risco das sociedades pré-modernas, provenientes da natureza (doenças infecciosas, insegurança climática e desastres naturais) e da sociedade humana (guerras tribais, banditismo, homicídios, etc.), mas trouxe novas e perigosas ameaças à sobrevivência: acidentes tecnológicos, colapso ambiental e industrialização da guerra.

Portanto, a partir do momento em que as ameaças produzidas pela sociedade industrial se tornam palpáveis, o risco aparece como uma categoria central da alta modernidade. Em contrapartida, nas sociedades pré-modernas, apenas anacronicamente, pode-se falar em risco, pois

aceitar o risco como risco, orientação que nos é mais ou menos imposta pelos sistemas abstratos da modernidade, é reconhecer que nenhum aspecto de nossas atividades segue um curso predestinado, e todos estão expostos a acontecimentos contingenciais. (Giddens, 2002, p. 33).

Aceitar que a vida é uma questão de risco, isto é, que está sujeita ao acaso, foi uma das mais profundas mudanças ontológicas por que passaram os seres humanos, e, ainda hoje, muitos se obstinam a assimilá-la. Esta ideia é tão radical que sem ela os sistemas de seguridade social do Estado não existiriam. De acordo com Pierre Rosanvallon (1997) – o autor dessa hipótese – o Estado moderno surgiu, originariamente, para proteger os indivíduos da violência; numa segunda etapa, o Estado-providência amplia seu raio de ação, “transferindo para suas prerrogativas regulares os benefícios aleatórios que apenas o poder divino era suposto poder dispensar”, resgatando “as desigualdades da *natureza* ou

os infortúnios da sorte” (Rosanvallon, 1997, p. 22). Para isso foi imprescindível a descoberta das leis de probabilidade estatística, um meio eficaz para o Estado controlar as vicissitudes do acaso.

Foi muito difícil para os humanos aceitarem que os acontecimentos decisivos de suas vidas são explicados melhor pela matemática do que pelo destino; aceitar que as catástrofes estão desvinculadas de qualquer atitude moral; aceitar que não existe um sentido prévio para a vida. A noção de risco, entendida como probabilidade de acontecer um malefício, contraria as noções de destino, de sina, de plano divino, de recompensa e de castigo moral. Etimologicamente, a palavra “risco”, no latim, deriva-se de “cortar” e, do espanhol, de “cair num penhasco”; ambos os casos remetem aos resultados negativos de uma ação perigosa. De acordo com Spink (2001, p. 1279), a palavra “risco” emerge no “catalão no século XIV, nas línguas latinas no século XVI e nas anglo-saxônicas no século XVII”, isto é, “na transição entre a sociedade feudal e as novas formas de territorialidade que dariam origem aos Estados-nação”. Portanto, “risco” e Estado surgem juntos; isso não é uma mera coincidência, pois, se foi com o Estado que risco passou a significar “falar da possibilidade de ocorrência de eventos vindouros”, foi também com o Estado que “o futuro passava a ser pensado como passível de controle”.

Mas ao mesmo tempo as ações da vida foram concebidas como marcadas pelo imponderável. Desse modo, pode-se dizer que os homens e as mulheres das sociedades pré-modernas conheciam bem o perigo e a insegurança, mas apenas a sociedade moderna pode-se autodenominar sociedade de risco.

Ulrich Beck foi mais longe do que Giddens na atribuição da importância ao “risco” para caracterização sociedade moderna. A modernidade seria dividida em duas fases: na primeira, a sociedade industrial produz novas ameaças, mas elas são subestimadas; na segunda, na sociedade de risco, os perigos produzidos passam a dominar os debates públicos e privados (Beck, 1997, p. 17). Agora, a preocupação com a distribuição dos riscos é maior do que a preocupação com a distribuição econômica, uma vez que os novos riscos produzidos podem afetar a todos indistintamente (ricos, pobres, animais e plantas). Numa sociedade, em que o risco é universal, os indivíduos anseiam por certeza e segurança, mas seus esforços são inúteis, pois a ciência se reconhece incapaz de fornecer segurança, certeza e previsibilidade. Nesse aspecto, Beck parece ser bem menos otimista com a reflexividade do que Giddens, pois as escolhas dos indivíduos, reflexivas ou não, são insuficientes para livrá-los da alienação (Beck, 1997, p. 21).

Um exemplo claro na mudança da substância dos desafios à sobrevivência é a constatação de que, em sociedades pré-modernas as pessoas podiam utilizar os cinco sentidos para detectar o perigo; na modernidade desenvolvida os novos perigos – como, por exemplo, a radioatividade ou as substâncias químicas presentes nos alimentos – são imperceptíveis à visão, ao olfato, ao tato, ao gosto e à audição (Beck, 1998, p. 28). Nesse caso, só resta a alternativa de recorrer aos especialistas em ciência moderna para identificar as ameaças à vida. O nome de um especialista com sua respectiva identificação profissional nos rótulos dos alimentos serve para dar mais segurança aos consumidores, embora risco de um acidente ou de fraude industrial seja palpável. Contudo, nem sempre os especia-

listas podem fornecer uma opinião segura sobre o risco, uma vez que falta consenso entre eles sobre muitas questões importantes, tais como a periculosidade dos alimentos transgênicos ou os índices aceitáveis de radioatividade em um ser humano.

Portanto, de maneira racional ou não, as pessoas na pré-modernidade sabiam o que era perigoso e o que fazer diante dessas situações. As ameaças à sobrevivência eram palpáveis e identificáveis com os cinco sentidos. No mundo moderno, por sua vez, não se sabe com certeza se está se consumindo um alimento saudável ou um veneno.

A consequência disso é que viver numa “sociedade de risco” se transforma num ato de confiança. Se a tecnologia e o conhecimento científico fossem infalíveis, a confiança seria desnecessária; mas como não é esse o caso, quase todas as ações cotidianas dos indivíduos são um ato de confiança, um ato, para os mais reflexivos, de coragem: tomar um determinado medicamento, apesar de todos os efeitos colaterais descritos na bula, torna-se um ato de confiança no médico que o prescreveu ou na empresa que o produziu. O mesmo vale para uma simples viagem de avião que requer uma confiança absoluta no piloto, nos mecânicos e nos engenheiros projetistas. Vale também para a escolha de uma boa escola para deixar o seu filho e também para comprar uma boa escova de dente que proteja efetivamente contra as cáries. Não se admira que o transtorno de pânico seja uma das mais conhecidas doenças psicológicas do mundo moderno.

Outra importante estudiosa do risco dentro das ciências sociais é Mary Douglas. Ao contrário de Ulrich Beck e Anthony Giddens, Douglas (1985) preocupa-se menos em distinguir as dife-

renças entre riscos modernos e pré-modernos e mais em mostrar que, em ambos os casos, fatores sociais atuam na sua percepção. Contra a postura metodológica derivada da engenharia e da biologia, que procurava encontrar elementos objetivos na avaliação dos riscos, ela mostrou que os fatores simbólicos e estruturais interferem naquilo que os humanos consideram perigoso. Nesse aspecto, ela chegou a importantes conclusões como, por exemplo, que os trabalhadores geralmente tendem a considerar o seu trabalho mais arriscado à proporção em que se sentem explorados pelo patrão (Douglas, 1985); que a familiaridade com o risco tende a gerar confiança (senso de imunidade subjetiva), como no caso dos fazendeiros que habitam planícies inundáveis, pessoas que habitam próximo a instalações nucleares e trabalhadores que usam tecnologia perigosa; que as pessoas ignoram perigos muito distantes e de efeito a longo prazo (por exemplo, os males do tabaco); que as pessoas tendem a aceitar melhor os desastres naturais do que os feitos pelos homens (Douglas, 1985).

Essas reflexões são esclarecedoras para uma análise da percepção da radioatividade como risco em Goiás a partir do acidente com césio-137. Nesse caso, Foucault (2003) oferece um caminho metodológico interessante, pautado na análise da descontinuidade dos discursos sobre uma determinada prática social, como é o caso da radioatividade.

O termo não possuía a carga pejorativa que adquiriu a partir da segunda metade do século XX. Em 1918, um dos maiores defensores do aproveitamento turístico e medicinal das águas termais de Caldas Novas dizia orgulhoso que elas eram “radioativas em grau elevado” (Corrêa Neto, 1982, p. 72). O que aconteceu



com Goiás e com o mundo para que a palavra “radioatividade” fosse excluída de qualquer propaganda turística? Seguindo Mary Douglas (1985) e também Foucault (2003), é possível dizer que a palavra “radioatividade” em Goiás, nos dias atuais, evoca significados simbólicos bem diferentes do que no início do século. Antes do acidente, não estava difundida uma percepção social do risco em relação à radioatividade produzida pelo céσιο-137 em Goiás e, quiçá, no Brasil. Talvez isso explique o porquê de os médicos proprietários do Instituto Goiano de Radioterapia (IGR) deixarem a bomba de céσιο abandonada; explica também o porquê da Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen) praticamente não ter controle das fontes privadas de material radioativo no Brasil; explica também a desorientação das autoridades (incluindo médicos, policiais, defesa civil, técnicos da Cnen) durante o acidente. Assim, antes de 1987, os poucos que sabiam dos riscos da radioatividade imaginavam-nos remotos, perto das usinas nucleares ou em caso de guerra atômica; nunca imaginariam que esse tipo de risco poderia estar tão perto, num bairro pacato de Goiânia. Para a grande maioria da população da cidade, era difícil acreditar que uma quantidade tão pequena de céσιο-137 (19 g) fosse capaz de produzir tamanho mal.

Tudo mudou depois de setembro de 1987. No dia 29 de março de 1994, numa terça-feira, às 14h45min, a Central de Operações de Bombeiros de Goiânia (Cobom) recebeu uma denúncia de material radioativo num lote baldio no Setor Oeste. Em menos de 20 minutos, técnicos da Cnen, geólogo e Defesa Civil chegaram ao local. Felizmente, tratava-se apenas de umas caixas e latas, com o símbolo internacional de material radioativo, abandonadas

pelo proprietário de uma clínica, sem qualquer perigo de contaminação (Goiás, 1994). O episódio mostra a transformação da radioatividade num risco social, o que explica o fato de as crianças que encontraram as caixas e latas reconhecerem seu potencial de periculosidade e a ação rápida e coordenada ação das autoridades diante da denúncia. Em média, acontecem cerca de 22 denúncias de supostos materiais radioativos todos os anos em Goiânia, um dos índices mais altos no mundo.

Depois do acidente com o céσιο-137, até a radioatividade natural passou a ser fonte de apreensão. Em abril de 2001, a prefeita de Amorinópolis, pequena cidade distante 230 quilômetros de Goiânia, levantou a hipótese de que as dezenas de casos de câncer detectados no município estejam relacionadas à existência de uma jazida de urânio na região. Os técnicos da Cnen descartaram a relação. Um deles disse que “é mais arriscado frequentar as praias de areia monazítica da Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro do que viver em Amorinópolis” (Urânio..., 2001).

A Cnen garante que Goiânia está totalmente descontaminada, mas os vizinhos do ferro-velho onde foi aberta a cápsula contendo o céσιο-137 garantem que os 18 casos de câncer entre eles estão relacionados ao acidente radioativo. Os resíduos do céσιο-137 foram enterrados, mas permanece a dúvida, a incerteza, a angústia sobre as possíveis consequências do acidente para a população goianiense. Questões sérias, quando não se confia plenamente nas informações fornecidas pelos cientistas a serviço da administração pública.

## A catástrofe com o céσιο-137, uma história

A catástrofe teve início em 13 de setembro de 1987, quando dois moradores do Bairro Popular, catadores de papel, Roberto Alves e Wagner Motta, retiraram da sede do antigo IGR, que estava situado entre as Avenidas Tocantins e Paranaíba, um cilindro de chumbo com céσιο-137, visando utilizar o chumbo que revestia o aparelho. Levaram-no posteriormente a casa de Roberto, localizada na Rua 57. Lá romperam o lacre de proteção, abrindo-se, nas palavras de Chaves (1998, p. 12), a “caixa de Pandora”.

Posteriormente o material que foi retirado da clínica foi vendido a um ferro-velho, cujo proprietário, Devair Alves de Ferreira, fascinado pelo brilho do céσιο-137 no escuro, distribuiu-o a amigos e a familiares, aumentando a contaminação. Como resultado, as pessoas que se expuseram ao material radioativo passaram a sentir os efeitos quase instantâneos da radiação: perda do paladar, vômitos, náuseas, dores e queimaduras na pele. Alguns médicos consultados associaram os sintomas com intoxicação alimentar, até que Maria Gabriela Ferreira Alves, esposa do proprietário do ferro-velho, munida de sua intuição, associou a doença ao “estranho pó azul” e, diante disso, levou a peça, num ônibus do transporte coletivo, até à Vigilância Sanitária de Goiânia.

Chaves (1998, p. 36) ressalta que, de início, os técnicos não identificaram o que era o material, mas o cruzamento de informações entre a Vigilância Sanitária e o Hospital das doenças Tropicais, onde muitos dos contaminados foram levados, gerou a suspeita de contaminação por radiação. No dia 29 de setembro, Walter Mendes Ferreira, um físico em visita a Goiânia, recebe

o telefonema de Jadson Araújo Pires, então Secretário do Meio Ambiente, pedindo que esse se dirigisse à Vigilância Sanitária e ao Hospital de Doenças Tropicais para verificar uma possível contaminação por radiação. Borges (2003, p. 29) afirma que, por intuição, Walter Mendes pegou um cintilômetro<sup>3</sup> na Nuclebrás (Empresas Nucleares Brasileiras S/A – extinta em 1989) e quando chegou ao quarteirão próximo à Vigilância Sanitária, o medidor já acusava a existência de material radiativo.

O bom senso prevaleceu, foi a sorte trabalhando em nome da competência, pois quando o físico Walter Mendes Ferreira chegou na Vigilância Sanitária, o Corpo de Bombeiros que lá já estava, preparava-se para levar a chamada “peça” e jogá-la em um rio, se tal acontecesse, o desastre teria sido muito maior do que foi. (Borges, 2003, p. 30).

O físico sugere então cercar as imediações da Vigilância Sanitária. Dirigindo-se posteriormente onde se encontrava o ferro-velho de propriedade do Devair Alves, pediu as pessoas que saíssem do local, mas como não foi atendido pelos moradores, entrou em contato com Antônio Faleiros, secretário de saúde, que mesmo não sabendo do que se tratava seguiu as orientações técnicas. Logo acabou por descobrir que a “peça” tinha origem do extinto Instituto IGR. Encaminhou-se então ao Hospital do Câncer para falar com o médico Carlos Bezerril, antigo dono do IGR, sendo informado por este que na antiga sede havia uma fonte de césio-137, “Assim foi descoberto que o que estava acontecendo em Goiânia, era um catástrofe radiativa com césio-137” (Borges,

---

3 O cintilômetro é um instrumento utilizado para detectar e medir radiação.

2003, p. 31). A tragédia tornou-se pública, às 13 horas do dia 29 de setembro de 1987, por meio de um noticiário da TV (Chaves, 1998).

A descoberta da origem da contaminação colocou em cena alguns atores envolvidos no evento: os proprietários do antigo IGR, que ao mudarem de sua sede abandonaram a cápsula de céσιο-137; a Cnen; a Secretaria de Saúde do Estado; a Vigilância Sanitária; bem como o Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás (Ipasgo).

Neto Costa e Helou (2014, p. 18) apontam que, em 1972, o IGR havia se instalado em um terreno arrendado da Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, localizado no centro da capital. Em 1974, recebeu da Cnen o registro geral nº 103.456/74 como usuário de material radioativo, no caso, como aponta a Ação Civil Pública nº 9500085054, a bomba de céσιο-137, modelo Cesapan F/3000 (Marca Generaly), adquirida em São Paulo em 1972. Posteriormente, a clínica solicitou autorização para utilizar uma bomba de cobalto 60 modelo Júpiter Jr II, que seria, assim como a bomba de céσιο-137, utilizada no tratamento contra o câncer.

Nas ocasiões das instalações das bombas radioativas (céσιο-137 e cobalto-60), Chaves (1998) aponta que houve fiscalização, por parte da Cnen, das instalações físicas da clínica, considerando-as dentro dos padrões estabelecidos pela legislação. Após o acidente com o céσιο-137, a defesa da Cnen se apoiou nesses dois pontos como forma de se resguardar suas responsabilidades. Em 1984, o Ipasgo havia comprado toda a propriedade da Santa Casa, inclusive aquela onde se encontrava localizada o IGR.

Havia ainda naquela ocasião uma disputa judicial entre a Santa Casa de Misericórdia e Amaurillo Monteiro de Oliveira,

proprietário do prédio da Avenida Paranaíba nº 1587, local onde se encontrava construído o IGR. Em 1985, o IGR já havia passado por diversas mudanças societárias, contando com a saída da médica Isis Dourado Monteiro e a entrada de Orlando Alves Teixeira e Crisei de Castro Dourado, também médicos.

Diante das mudanças societárias e aquisição do terreno pelo Ipasgo, o IGR se encontrou duplamente pressionado para a realização da mudança de sua sede. A solução se deu quando o então presidente do Ipasgo intermediou junto à Caixa Econômica do Estado de Goiás (Caixego) um empréstimo para que os proprietários do IGR construíssem uma nova sede – Rua 1 A, nº 305, setor Aeroporto. Durante a mudança de sua sede, apenas a bomba de cobalto 60 foi transportada, a bomba de césio-137 ficou “esquecida” na antiga sede do Instituto, completamente abandonada.

De 1987 a 1989, Goiânia sediou o Campeonato Mundial de Motovelocidade, hoje Moto GP, por ironia do destino seria justamente em meio a esse evento internacional, que reforçava a imagem cosmopolita da cidade, que aconteceu uma das maiores catástrofes radioativas do mundo, e a maior catástrofe de Goiás e do Brasil, em termos de radiação. O acidente radiológico desgastou a imagem do estado, gerou preconceito e prejuízos financeiros.

**Os efeitos da radiação do césio-137 no organismo e a estratégia da medicina para combatê-los**

O acidente com o césio-137 tornou-se paradigmático da materialização do risco em catástrofe, porque sintetiza o medo do descontrole tecnológico e o medo de doenças contagiosas. A aversão à tecnologia pertence a uma tradição antiga, embora tenha

adquirido visibilidade com o movimento dos trabalhadores luditas na época da Revolução Industrial. No caso da energia nuclear, a tecnologia passou a ser execrada por parte considerável da população depois das bombas atômicas lançadas sobre as cidades japonesas de Hiroxima e Nagasaki e depois do acidente de Chernobyl.

O acidente com o céσιο-137 foi diferente porque não foi uma explosão, mas apenas uma disseminação da radioatividade e por isso é conhecido como “radiológico” e não como “radioativo”. Apesar de menos letal do que a explosão de uma bomba ou de um reator nuclear, a difusão do céσιο-137 pode provocar sérios danos ao ser humano, sendo complicado identificar as vítimas para interromper o ciclo da contaminação. Segundo o Relatório de Rex Nazaré Alves, o profissional da Cnen responsável pela descontaminação de Goiânia, encaminhado a CPI do Senado Federal sobre o Acidente de Goiânia,

durante o período de 30 de setembro a 21 de dezembro, foram monitoradas e registradas 112.800 pessoas do público. Desse total somente 249 foram identificadas com taxas de exposição indicativas de contaminação interna e/ou externa. (Alves, 1988, p. 3).

Ainda com base no relatório, das 249 pessoas identificadas como expostas ao contato com o material radioativo, 49 foram internadas e destas 21 exigiram atendimento médico intensivo. Entre elas, 10 apresentaram complicações no quadro clínico, 4 faleceram e 1 paciente teve o braço amputado.

Em termos estatísticos, a quantidade dos contaminados e das vítimas fatais não é muito significativa, principalmente

se comparar com outros tipos de tragédias. Contudo, a mente humana, ao lidar com o risco, raramente pensa estatisticamente, mas, quase sempre, simbolicamente. Nesse sentido, o acidente com o céσιο-137 foi de baixo peso estatístico, mas de elevado peso simbólico. E o peso simbólico adveio certamente do medo do efeito da radioatividade no corpo humano. Assim:

A gravidade do quadro clínico dos pacientes, as informações alarmantes sobre a contaminação de águas, consequências nefastas sobre mulheres grávidas e o número exagerado de áreas afetadas acarretaram grande afluência da população ao Estádio Olímpico. (Alves, 1988, p. 17).

A elevada percepção do risco sobre a radiatividade em Goiânia faz com que seja pertinente acompanhar o quadro clínico das pessoas mais atingidas pela radiação para ter uma noção dos efeitos sobre o corpo.

O Relatório sobre o acidente produzido pela Agência Internacional de Energia Atômica<sup>4</sup> informa que a especificidade do acidente de Goiânia foi o elevado índice de contaminação externa e interna com o céσιο-137:

O acidente é o único em que as vítimas incorreram em exposições externas agudas de corpo inteiro, seguidas por exposição crônica de corpo inteiro, em baixas taxas de dose de céσιο-137 depositado internamente. (Iaea, 1988, p. 41, tradução nossa).

E quais são os efeitos dessa exposição no corpo dos sujeitos?

Roberto dos Santos Alves e Wagner Mota Pereira romperam a unidade de cesioterapia, no dia 13 de setembro de 1987,

---

4 International Atomic Energy Agency (Iaea).



com intuito de vendê-la como sucata a um ferro-velho. Levada para a casa de Roberto, os rapazes tentaram retirar o chumbo e chegaram a romper a fonte do céσιο-137. No mesmo dia, os dois foram acometidos de vômitos, ao que interpretaram como uma indisposição alimentar. No dia seguinte, Wagner sofreu diarreia, tonturas e começou a ficar com uma das mãos inchadas. No dia 15, apareceu queimadura na mão e no braço e ele continuou a sentir os sintomas descritos anteriormente. Por isso, no dia 23, foi internado no Hospital Santa Rita, permanecendo lá por quatro dias. No dia 28, foi transferido por seus pais para Hospital de doenças tropicais, onde continuou internado. Apenas a partir do dia 30 de setembro é que os médicos descobriram que se tratava de contaminação radioativa, e ele mais onze pacientes foram levados para uma enfermaria isolada, no Hospital Geral de Goiânia, para tratamento específico da contaminação radioativa. Antes disso, esses pacientes foram diagnosticados com intoxicação alimentar, dermatite ou pênfigo.

No dia 1º de outubro, Wagner e mais cinco pacientes foram transferidos para o Hospital Marcílio Dias, no Rio de Janeiro, por terem um quadro mais grave de contaminação. No dia 10 de outubro, ele retornou a Goiânia e continuou o seu tratamento no Hospital Geral de Goiânia. No dia 14 de outubro, Roberto dos Santos Alves teve o antebraço amputado em decorrência do manuseio da fonte de radiação; ele ficou internado no Hospital Geral de Goiânia até o dia 23 de novembro, quando foi levado para

o posto de atendimento dos radioacidentados na Febem (GO).<sup>5</sup> Wagner e Roberto representam os casos graves com contato direto com a fonte radioativa, mas que conseguiram responder bem ao tratamento e escaparem com vida.

Infelizmente outras quatro pessoas infectadas não sobreviveram, apesar de receberem tratamento médico especializado e de alta tecnologia. O caso mais paradigmático e trágico foi o da garota Leide das Neves. A menina se contaminou porque o seu tio, Devair Alves Ferreira, após comprar parte do equipamento de Wagner e Roberto, ficou encantado com o brilho azul do céσιο-137 em pó e o distribuiu para parentes e amigos, dentre eles, seu irmão Ivo Alves Ferreira, o pai de Leide. No dia 24 de setembro de 1987, a garota ingeriu a substância radioativa, enquanto se alimentava, tornando-se um caso extremado de contaminação elevada. De acordo com a publicação do jornal *O Estado de São Paulo*, de 24 de outubro de 1987,

a menina Leide morreu no início da noite, vitimada por contaminação e ingestão de Césio 137 em níveis nunca antes observados pela medicina nuclear. A menina – que ingeriu pó de céσιο comendo pão com as mãos sujas – quando seu quarto no hospital estava às escuras mostrava uma aura azulada, pelo efeito do céσιο que continuava a irradiar. Até os médicos

---

5 Havia três níveis de atendimentos: um atendimento primário, localizado no prédio da Febem, para aos casos menos graves ou já quase recuperados; um atendimento secundário, localizado no Hospital Geral de Goiânia, para casos que necessitava de internação clínica; e um atendimento terciário, localizado no Hospital Naval Marçílio Dias, no Rio de Janeiro, para onde os casos bastante graves, que necessitavam de alta tecnologia e atendimento personalizado, eram encaminhados.

tinham que se aproximar dela com precaução para não se contaminar. (Morrem..., 1987, p. 12).

Diferente da idealização da radioatividade nas histórias em quadrinhos, em que a exposição à fonte radioativa é capaz de transformar pessoas comuns em heróis poderosos, como foi o caso de Hulk, Homem-Aranha e o Demolidor, os casos reais documentados de contaminação radioativa são tristemente trágicos. Leide, por exemplo, alimentava-se por via parenteral, sofria febre alta constante, diarreia e sangramento nos olhos e no nariz.

A partir do momento em que tomaram conhecimento da contaminação radioativa, foi solicitada à Agência Internacional de Energia Nuclear uma orientação quanto ao tratamento dos radioacidentados. De acordo com o Relatório de Rex Nazaré, os pacientes foram submetidos às seguintes avaliações:

Avaliação hematológica completa do sangue periférico e da medula óssea; avaliação bioquímica envolvendo pelo menos duas dezenas e parâmetros representativos do metabolismo do organismo humano; avaliação da coagulação sanguínea; avaliação do “status” imunológico; análises microbiológicas seriadas nos pacientes imunodeprimidos ou com radiodermites; análise citogenética com vista à dosimetria biológica; exame eletroencefalográfico e eletrocardiográfico; exames cintilográficos; exames oftalmológicos; espermogramas; termografias; exames no contador do corpo inteiro e análises radioquímicas de urina, fezes e exames anátomopatológicos. (Alves, 1988, p. 61).

Sendo um mal invisível, a radiação não permite que a medicina moderna veja diretamente a causa da doença, como nos casos das enfermidades causadas por vírus, bactérias ou por mutação celular.

Usando o vocabulário de Foucault (2003), é como se a medicina retornasse ao tempo antes do surgimento da clínica e se amparasse apenas nos sintomas para determinar a doença. Nesse sentido, os medidores de radiação, como o contador Geiger, foram muito importantes como sinalizadores da existência da contaminação. O problema é que ele só era capaz de medir a contaminação externa dos indivíduos e não havia meios para medir a contaminação interna. Só na primeira semana de novembro que o Hospital Geral de Goiânia improvisou um contador de corpo inteiro, para medir as altas doses de radiação dos pacientes em estado mais grave.

A primeira medida profilática para descontaminar externamente os pacientes foram os “banhos repetidos, com água e sabão neutro” (Alves, 1988, p. 59). Aqui cabe uma sutil análise do discurso: tanto no relatório de Rex Nazaré à CPI do Senado como no Relatório da Aiea, consta apenas o banho com água e sabão, mas os médicos utilizaram também o vinagre e o dióxido de titânio (Borges, 2003, p. 67), o que provavelmente foi omitido por ser um imprevisto que não teve sua validade confirmada. As narrativas da história da ciência costumam, segundo Foucault (2003), omitir as derrotas e se agarrarem ao sucesso para dar uma ilusão de progresso acumulativo.

Os primeiros sintomas da contaminação se manifestavam minutos depois do contato com a fonte radioativa e eram náuseas, vômitos, tonturas, cefaleias, formigamento da pele e diarreia. Posteriormente, nos casos mais graves, apareciam crises de vômito, queda nos cabelos e lesões cutâneas.

O problema maior era a contaminação interna, que os médicos não sabiam no início como determinar e nem tinham noção

de como eliminá-la do organismo. A confiança na ciência e na técnica como monopolizadoras da verdade, uma das marcas mais expressivas da modernidade, em épocas de catástrofe, perde o seu vigor. Indicativo disso foi o medo e a insegurança entre os próprios profissionais da saúde diante do inusitado acidente radiológico:

Entre a equipe do laboratório clínico havia algum medo ou preocupação com a saúde pessoal, mas isso foi amenizado pelas garantias pessoais e instruções informais dadas pelos dois médicos assistentes. A comunidade médica geral de Goiânia, entretanto, estava relutante em ajudar. (Aiea, 1988, p. 43, tradução nossa).

Ao contrário do Relatório da Aiea, que usa o eufemismo “relutante”, a médica da Cnen, Rosana Faria, foi muito mais explícita quando afirmou que “no início, por desinformação ou medo, o pessoal se negava até a entrar no hospital” (Borges, 2003, p. 100). Muito desse receio entre os profissionais era resultado da falta de informação. O médico do trabalho de Furnas, no dia 16 de dezembro de 1987, afirmou que “não existem na formação curricular de medicina informações ou esclarecimentos sobre contaminação, irradiação e proteção radiológica” (p. 102). A ciência não se antecipa aos problemas do mundo real, mas vai se aprimorando na medida em que aparecem os desafios. Nesse sentido, a catástrofe possui uma certa positividade heurística ao possibilitar a emergência de saberes sobre o mundo, saberes expressos na forma de relatórios, simpósios, conferências, teses e dissertações. Por mais que seja aterradora essa informação, a catástrofe não gera apenas sofrimento, mas também conhecimento.

O desafio de eliminar o céσιο-137, que se inseriu internamente no organismo dos radioacidentados, levou a utilização, pela primeira vez na história dos acidentes radiológicos, de um novo produto:

a partir do dia 2 de outubro, iniciou-se o tratamento com o “azul da Prússia”, em doses recomendadas pela literatura científica (3 gramas/dia), até atingir a dose plena de 10g/dia. Durante um certo período associou-se um diurético, via oral, ao “azul da Prússia”. (Alves, 1988, p. 63).

Mais uma vez, a escrita lacônica do relatório disfarça as subversões, os receios, as experimentações que ocorreram no tratamento, quando indica sem nenhum comentário adicional que foram usadas doses mais de três vezes maiores do que era indicado pela literatura científica. Ao confrontar o Relatório com outras fontes, percebe-se que o aumento da dose do azul da Prússia foi resultado da insistência do físico especializado em radioproteção da Cnen, Carlos Alberto Nogueira, que passou a integrar a equipe após a morte das duas primeiras vítimas. Segundo a opinião de Weber Borges (2003, p. 125).

Pelo seu otimismo o seu trabalho incomodava os médicos; insistiu e conseguiu que fossem aumentadas acima do padrão da literatura médica as doses diárias de azul-da-Prússia; forçou e muito, conseguindo a criação da sauna “atômica” e da ginástica na rotina de tratamento dos doentes para apressar a liberação do céσιο pelo suor.

O acidente com o céσιο-137 em Goiânia provocou índices de contaminação interna nunca presenciados antes. Era preciso então usar estratégias fora do padrão para a eliminação do material radioativo. O Azul da Prússia possuía a vantagem de eliminar o

césio-137 pelas fezes, mas ainda não se sabia quais eram as doses seguras a ser aplicadas nos seres humanos. O aumento das doses do produto exigiu que os pacientes ingerissem até três litros de água misturada com potássio por dia, além de diuréticos.

Outra estratégia foi a eliminação do césio por meio do suor. Inicialmente visto como um problema, pois diferente das pessoas com contaminação apenas externa, que se livravam do produto radioativo com banhos intensos, as com contaminação interna tornavam-se permanentemente uma fonte de disseminação da radiação por meio do suor. Daí a estratégia de acelerar a sudorese por meio de exercícios físicos e de um ambiente quente.

Aqui é impossível não olhar a narrativa da história da medicina com certa ironia. A medicina tradicional se caracterizava por tentar expelir o mal do corpo por meio de sangrias, laxantes, estímulo à sudorese, etc. A medicina moderna foi baseada na inserção de algo no corpo (vacinas e medicamentos) para combater o mal. Durante o tratamento dos radioacidentados, em um outro contexto bem diferente, estratégias antigas de disseminação do mal do corpo foram utilizadas novamente.

Enfim, é preciso ressaltar que a equipe de profissionais fez o possível para salvar vidas e minimizar o sofrimento das vítimas da radiação. E a grande maioria delas foi salva, apesar de terem que conviver com sequelas da contaminação. Apesar desse inegável e louvável sucesso, cabe as ciências humanas mostrar que houve hesitações, recuos, improvisações, subversões. Isso mostra apenas o caráter humano da medicina.

## Considerações finais

Enfim, com o acidente com o céσιο-137, cerca de 249 pessoas foram classificadas e separadas em três níveis de radiação. A maioria das pessoas conseguiu sobreviver aos efeitos mais diretos da exposição radiológica. Já os efeitos tardios, em caso de contaminação em baixas dosagens, mas de forma sistemática ou alta dosagem de irradiação, mas de forma não letal são: câncer, feridas degenerativas, esterilidade. Importante frisar que não existe uma enfermidade específica ligada aos efeitos tardios da radiação, tal fato mostrou-se um grande problema por parte da população afetada de alguma forma pela tragédia, pois ainda hoje muitos buscam reparação/pensões junto ao Poder Público, sem no entanto conseguir estabelecer umnexo causal devido ao abismo de dados entre o evento e as doenças adquiridas posteriormente.

Nos relatórios oficiais, tanto o apresentado por Rex Nazaré Alves (1988) como o elaborado pela Agência Internacional de Energia Atômica (Iaea, 1988), ressalta-se o sucesso da descontaminação da cidade de Goiânia e do tratamento das vítimas. Não cabe a esse texto questionar a efetividade ou não das medidas tomadas pelo poder público ou pela equipe médica. Mas o objetivo foi mostrar que a história da medicina não pode ser contada a partir de uma narrativa que ressalta apenas as continuidades, os sucessos e os acertos. A medicina, como todas as ciências, transforma os seus discursos e suas práticas, num percurso marcado por vacilos, recuos, descontinuidades, retornos, como foi ressaltado por Foucault (2003) com muita propriedade.



Além do mais, o fim da contaminação deixou como herança a ampliação dos riscos em relação à radioatividade em Goiânia. O termo que foi até usado para fazer propaganda das propriedades termais das águas de Caldas Novas no começo do século XX, atualmente se constitui num estigma que marca a imagem de Goiânia. A cidade, assim como as outras que enfrentaram uma catástrofe radioativa, conheceu de perto o paradoxo do progresso na modernidade, expresso a partir da expressão “sociedade de risco”. Não há nenhuma tecnologia isenta de perigos e muitas vezes os perigos se materializam em acidentes e estes, quando são de grandes proporções, transformam-se em catástrofes.

### Referências

ALVES, R. N. *Relatório do acidente radiológico em Goiânia*. Goiânia: CNEN, 1988. Relatório apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado Federal em 10 de março de 1988. Disponível em: <https://www.ipen.br/biblioteca/outros/18866.pdf>. Acesso em: 3 out. 2020.

ATOMIC ENERGY AGENCY (IAEA). *The radiological accident in Goiânia*. Viena: IAEA Austria, 1988. Disponível em: [https://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub815\\_web.pdf](https://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub815_web.pdf). Acesso em 03 out. 2020.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A; BECK, U.; LASH, S. (org.). *Modernização reflexiva*. São Paulo: Unesp, 1997.

BECK, U. *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós, 1998.

BORGES, W. *Eu também sou vítima: a verdadeira história sobre o Acidente com o Césio 137 em Goiânia*. Goiânia: Kelps, 2003.

CHAVES, E. G. *Atos e omissões: catástrofe com o Césio 137 em Goiânia*. 1998. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, São Paulo, São Paulo, 1998.

CÔRREA NETO, O. As águas termais de Caldas Novas. *In: ORIENTE, T. (org.). As fabulosas águas quentes de Caldas Novas*. Goiânia: Oriente, 1982. p. 69-87.

DOUGLAS, M. *Risk acceptability according to the sciences*. New York: Russel Sage Foudation, 1985.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp, 1991.

GIDDENS, A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GIDDENS, A. *Para além da esquerda e da direita*. São Paulo: Unesp, 1996.

GINZBURG, C. *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Cia das Letras, 1989.

GOIÁS (Estado). Coordenadoria Estadual de Defesa Civil. *Relatório de danos n. 009/94*: 29 de março de 1994. Goiânia: Coordenadoria da Defesa Civil de Goiás, 1994.

MORREM duas vítimas da radiação. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, p. 12, 24 out. 1987. Seção Saúde. Disponível em: <https://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19871024-34558-nac-0012-999-12-not/tela/fullscreen>. Acesso em 14 maio 2021.

NETO COSTA, S. B.; HELOU, S. (org.). *Césio-137: consequências psicossociais da catástrofe de Goiânia*. 2. ed. Goiânia: Editora UFG, 2014.

ROSANVALLON, P. *A crise do Estado-Providência*. Goiânia: Editora da UFG; Brasília: Editora da UnB, 1997.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, 2001.

URÂNIO goiano gera opiniões. *Diário da Manhã*, Goiânia, 19 abr. 2001. Arquivo da Cnen, Abadia de Goiás (GO).

◆ O DESPEJO DA “CASA VERDE”: A DESATIVAÇÃO DO ADAUTO BOTELHO EM GOIÂNIA (1993-1995).

**Éder Mendes de Paula<sup>1</sup>**

Introdução.

O movimento antimanicomial no Brasil ganha força durante os últimos dez anos de ditadura militar, fez parte de uma série de reivindicações em todo mundo ocidental, que exigiu mudanças de paradigma na prática da psiquiatria. No seu contexto particular, as insurgências tiveram como pano de fundo, a luta pela redemocratização não permitindo pensar o processo desmembrado das questões políticas.

O Hospital Psiquiátrico Aduino Botelho foi inaugurado em Goiânia em abril de 1954. Durante os anos que esteve em funcionamento foi primordial para auxiliar a estabelecer um padrão comportamental para a nova capital do estado, Goiânia, cujo batismo cultural se deu em 1942.

---

1      Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente na Universidade Federal de Jataí (UFJ).

O Hospital Psiquiátrico “Adauto Botelho” nasceu no bojo de todos esses ideais, funcionou como mecanismo de auxílio na esterilização do ambiente ao se propor retirar do corpo social os indesejáveis. Mas, principalmente por agir sobre o comportamento saudável, para que estes, pelo medo da doença, auxiliassem no processo de exclusão dos ditos doentes mentais. (Paula, p. 63, 2011).

Os grandes hospitais psiquiátricos que sustentavam o sistema asilar brasileiro, com foco em internações infundáveis, foram expandidos durante o regime Vargas. O Serviço Nacional de Doenças Mentais estava sob a direção do médico psiquiatra Adauto Junqueira Botelho, e iniciou, com autorização do governo, a construção de cerca de oito sanatórios em vários estados brasileiros.

O nosocômio de Goiás foi construído neste contexto, e atravessou todo o período da Ditadura Civil-Militar, sofrendo com a precarização a partir do aluguel de leitos em hospitais particulares, mas sem perder sua função de amontar pessoas. Na década de 1970, em conjunto com as denúncias sobre o desrespeito aos Direitos Humanos, por parte do regime ditatorial brasileiro, também eclodiu um movimento que buscava qualidade de vida aos usuários e trabalhadores em saúde mental.

Neste ínterim, uma sequência de eventos e debates foram realizados com o intuito de provocar uma reflexão sobre a prática da psiquiatria, corroborando para uma mudança no tratamento dos usuários e eliminando a grande internação. Estas questões ganharam corpo, passaram por sistematizações que culminaram na proposta de lei do Deputado Paulo Delgado, que tramitou por dez anos até ser promulgada, propondo uma reforma psiquiátrica.

No período de tramitação da proposta de lei, denúncias sobre maus tratos e péssimas condições de trabalho eram presença marcante na imprensa, o que levou às exigências de mudanças nas instituições e organização para o seu fechamento. Por esta sequência de fatos, se estabeleceu a seguinte questão: Como foram representadas na imprensa as discussões sobre as mudanças no atendimento à saúde mental, entre 1993 a 1995, em Goiás?

Esse recorte se justifica por ser o período após a apresentação do projeto Lei do Deputado Paulo Delgado e o início das reflexões sobre as mudanças necessárias na saúde mental, depois de uma década de denúncias de descaso e abandono a nível nacional. Em outro plano, é também após a elaboração da carta constitucional de 1988, chamada de Constituição Cidadã.

As fontes aqui utilizadas foram reportagens sequenciadas, entre os anos de 1993 e 1995, do jornal *O Popular*. A escolha deste periódico se deu por ser um veículo com grande circulação no estado de Goiás, sobretudo na capital Goiânia. O noticiário faz parte de um conglomerado empresarial de comunicação, possuindo também emissora de televisão local.

Com o objetivo de chegar a respostas das problematizações levantadas, metodologicamente, a análise do discurso foi escolhida para auxiliar nas análises. As construções textuais foram observadas em relação com outras produções discursivas:

esses recortes [...] são sempre, eles próprios, categorias reflexivas, princípios de classificação, regras normativas, tipos institucionalizados: são, por sua vez, fatos de discurso que merecem ser analisados ao lado dos outros, que com eles mantêm, certamente, relações complexas, mas que não consti-

tuem seus caracteres intrínsecos, autóctones e universalmente reconhecíveis. (Foucault, p. 25, 2009).

Neste sentido, a problematização está também alicerçada na fonte de origem do discurso, pois o jornal possui um determinado espaço social, uma visão defendida e que orienta as narrativas ali constituídas. É neste processo que se pretende compreender o fechamento da maior instituição psiquiátrica pública do estado de Goiás e quais foram as reverberações deste fato.

#### As Denúncias, A luta: Uma Reforma.

Após o golpe de 31 de março de 1964, institui-se no Brasil um período de exceção em que diversas liberdades foram tolhidas em nome da “Segurança Nacional”. A partir desse período, uma série de movimentos sociais foram perseguidos e vários grupos que contrariavam o regime político sofreram com prisões, torturas e desaparecimentos.

Naquele contexto, muitas denúncias chegavam a diversas comissões dos Direitos Humanos, referentes às atitudes do governo brasileiro, no mesmo período em que a luta pela redemocratização do país se desenhava no fortalecimento dos movimentos sociais.

As informações acerca das políticas de saúde mental, ou da ausência delas, foram possíveis porque, diante do cenário de denúncias acerca da violência e da inabilidade do Estado brasileiro em garantir os direitos dos cidadãos, tanto usuários quanto familiares e trabalhadores do setor, passaram a relatar o descaso e o abandono nas instituições asilares.

Assim, a década de 1970 revelou um período conhecido como:

era da “indústria da loucura”, em plena ditadura militar, se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. (Pitta, 2011, p. 4583).

Diante desta operação, o governo militar conseguia utilizar as instituições como forma de controle, como um espaço legalizado de prisões e torturas. As verbas repassadas para a iniciativa privada eram condicionadas ao número de internos, neste sentido, levava os manicômios a deterem de forma prolongada os seus pacientes.

O processo de redemocratização do país, possibilitou que os relatos viessem à tona, que a temática começasse a ser discutida no intento de compreender a função de um lugar que, ao contrário de oferecer um tratamento, realizava um processo inverso.

É importante salientar que o tema dividia os psiquiatras,

é claro que havia os que se beneficiavam com os aluguéis de leitos, mas eram donos de hospitais particulares. [...] Muitas denúncias realizadas pelo grupo de médicos que se incomodavam com a situação, que problematizavam os manicômios à luz das práticas que estavam sendo debatidas na Europa e nos E.U.A., eram feitas a partir da imprensa especializada. Mesmo diante da censura, dos riscos de serem julgados pelo governo militar, alguns médicos se posicionavam contra as atitudes e denunciavam o autoritarismo dos militares vinculado ao aluguel de leitos. (Paula, 2016, p. 90).

Esta questão é significativa porque entrevê outro aspecto da tortura durante a ditadura militar brasileira, possibilitando



compreender que a mesma ocorria de forma legalizada em algumas instituições. Ao mesmo tempo, o tópico permite refletir sobre o posicionamento dos médicos e as resistências que existiram contra as medidas tomadas pelo governo naquele período.

No final da década de 1970, em 1978, um dos marcos para a construção do Movimento pela Reforma Psiquiátrica foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e de Instituições, realizado no Rio de Janeiro:

O congresso possibilitou a vinda ao Brasil de diversos e importantes nomes do cenário mundial no campo da Saúde Mental, como Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e, em especial, Franco Basaglia, que iniciaram uma série de debates e conferências pelo Brasil. (Yasui *apud* Devera; Rosa, 2007, p. 67).

O evento foi importante porque apresentou os direcionamentos que parte dos profissionais da saúde queriam, a partir dos nomes de pesquisadores que problematizavam a loucura e as instituições manicomiais. O nome de Franco Basaglia se destacava e, a razão disso, foi a reforma psiquiátrica italiana que acabou servindo de modelo para a que se projetou no Brasil.

A partir do momento em que as reflexões se valiam de debates a respeito da função dos hospitais psiquiátricos e que a loucura fazia parte das construções socioculturais, constituía-se uma representação destes profissionais em prol de uma reforma estrutural nas políticas de saúde mental brasileiras.

A lei da Anistia, em 1979, predispôs um vislumbre de tempos menos obscuros em que a democracia pudesse iluminar, de fato, os espaços silenciados pelos eletrochoques e desaparecimentos. É

neste contexto da década de 1980 que se avolumam as denúncias por parte da imprensa, o movimento antimamícomial se empodera e passa a realizar uma série de eventos: I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, Encontro Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, também em 1987, Intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, em 1989.

O filme *Em nome da razão*, obra do cineasta Helvécio Ratton, realizado no ano de 1979, mostra de forma crua o abandono e a desumanidade do Hospício de Barbacena. As imagens, captadas a partir de uma negociação dos médicos com a secretaria de saúde do estado de Minas Gerais, demonstram uma vontade dos profissionais de que as coisas ali vivenciadas pudessem ser vistas para que providências fossem pensadas.

Outro ponto importante, foi a promulgação da Constituição brasileira, em 1988. Conhecida como “Constituição Cidadã”, a carta visava não só aspectos humanitários como também de garantia de direitos, o que permitia pensar de forma mais efetiva uma reforma psiquiátrica.

Neste sentido, em 1989, ocorre

a aprovação pela Câmara dos Deputados do Projeto de Lei nº 3.657,<sup>2</sup> de autoria do deputado Paulo Delgado, cuja proposta defendia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais. Esta aprovação estimulou, nos anos seguintes, a uma mobilização em estados e municípios, para a aprovação de leis com conteúdo e direção do Projeto do Deputado Paulo Delgado. (Yasui, 2006, p. 44).

---

2 Brasil (1989).

No entanto, apesar da Constituição efetivar a possibilidade de democratização social, os anos de 1990 iniciaram de maneira conturbada, resultando no atraso das votações e possibilidades de reformulação do Projeto de Lei em questão. O governo Collor, que terminou em escândalos de corrupção apenas dois anos após ser eleito, convulsionou as Câmaras dos Deputados e do Senado em outras prioridades.

O projeto só foi aprovado no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, de tendência neoliberal, que assinou em 2001 a lei 10. 216, conhecida como “Reforma Psiquiátrica”. O texto de 1989 era muito distante daquele que foi aprovado,

no primeiro, temos uma proposta de substituição de modelo e, no outro, de proteção, de direitos e redirecionamento. A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. (Yasui, 2006, p. 56).

Entre o que foi apresentado como proposta e a redação final da lei, aconteceram discussões, emendas e vetos que desenharam a aprovação da Lei nº 10. 216 (Brasil, 2001). Neste contexto, o movimento para o fechamento de hospitais e debates sobre sua substituição ganharam vários, se não todos, os estados brasileiros.

Particularmente em Goiás, o manicômio que representava essa presença do Estado na saúde mental, era o Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Esse debate sobre o movimento pela Reforma Psiquiátrica no estado, é percebido na capital em 1995, quando

inaugurada a Casa de Atenção Integral em Saúde Mental Água-Viva, [...] o ano de 1995 foi marcado também por vários acontecimentos, como a desativação do Hospital Psiquiátrico Professor Adauto Botelho, em função das péssimas condições de suas instalações; fundação da Associação dos Usuários de Saúde Mental do Estado de Goiás (AUSSM/GO). (Arantes; Toassa, 2017, p. 52).

O fechamento do hospital, por ser cogitado antes da lei ser promulgada trouxe uma série de discussões no início dos anos de 1990. O sanatório se tornou um ícone de descaso e abandono, configurando um espaço de representação da exclusão em Goiás.

### O Despejo da “Casa Verde”

O jornal *O Popular* teve sua primeira edição no mês de abril de 1938, tendo como fundadores os irmãos Joaquim Câmara Filho, Vicente Rebouças Câmara e Jaime Câmara. A família, vinda do Rio Grande Norte, residiu primeiramente na Cidade de Goiás e, posteriormente, se mudaram para Goiânia, recém-construída.

O sucesso do periódico se dá por ser

um dos primeiros jornais do estado a adotar um modelo comercial de jornalismo. Ainda assim, o periódico manteve as práticas do jornalismo goiano de possuir ligação político-partidária. Afinal, entre seus fundadores havia um jornalista ligado à Revolução de 30, Joaquim Câmara Filho, quem veio a ocupar cargos públicos expressivos durante o governo de Pedro Ludovico Teixeira. (Azevedo, 2018, p. 2).

Neste sentido, compreende-se que as relações políticas faziam parte do processo de editoração do jornal, bem como das possíveis ideias veiculadas que coadunavam com o projeto político

vigente. Goiânia é fruto do que foi intitulado de “Revolução de 30” e, como tal, o jornal *O Popular* tinha em suas bases os ideais de mudança da capital e da Marcha para o Oeste, impulsionada pelo governo de Getúlio Vargas.

Durante esse período, o jornal teve impulsão e se popularizou. As redes sociopolíticas dos irmãos Câmara garantiram que os negócios expandissem, ocupando cargos estratégicos a partir de nomeações realizadas pelo interventor Pedro Ludovico Teixeira. É importante ressaltar que Câmara Filho foi diretor do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), em Goiás, órgão responsável pela censura de publicações que de alguma forma contrariassem as políticas governamentais.

O periódico pôde, ao longo dos anos, alcançar espaços e, juntamente com emissoras de rádio e tv, consolidar um grande conglomerado de comunicação do estado de Goiás. Nos anos de 1990, é possível afirmar ser um jornal de grande circulação, alcançando diversas cidades do estado e com emissora de tv retransmitindo o maior canal de tv aberta do país.

Sobre a saúde mental, o jornal tem um número considerável de reportagens sobre o processo de desospitalização em Goiás. De forma irregular, entre 1993 e 1995, as notícias sobre a questão foram sendo publicadas, estabelecendo uma certa linha de sucessão de fatos.

Tais discursos abordaram desde a construção de anexos ao presídio até a notícia de encerramento das atividades do Aduauto Botelho, em Goiânia. O ponto essencial é a análise e reflexão desta linha criada pelo jornal, que faz parte da memória sobre a saúde mental em Goiás.

Em junho de 1993 uma discussão acerca de um anexo ao Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás (Cepaigo),<sup>3</sup> relata:

Ao visitar ontem de manhã obras do anexo do Cepaigo que servirá de manicômio judiciário, o desembargador Lafaiete Silveira, corregedor geral da justiça, considerou que aquela unidade atenderá em partes as necessidades que o poder judiciário tem hoje de acomodar e realizar os exames dos detentos e réus em julgamento que sejam portadores de doenças mentais. [...] O desembargador lembrou que atualmente muitos sentenciados estão sendo internados em condições inadequadas no Hospital Adauto Botelho e no Cepaigo. (Anexo..., 1993, não paginada).<sup>4</sup>

A prisão não estava separada da ideia de “loucura” ou doença mental, a construção de um manicômio judiciário em anexo ao Cepaigo soava como uma solução para lidar com o chamado louco infrator, mas na verdade perpetuava uma prática de tratamento. Não é no sentido médico, mas de condição social, uma permanência da prática de se aprisionar pessoas com transtornos mentais.

O indivíduo considerado inimputável precisa de um olhar distanciado da prisão, dada a particularidade de sua situação, é

---

3 Em outubro de 1962, o governador do estado de Goiás Mauro Borges sancionou a Lei nº 4.191 (Goiás, 1962), instituindo a autarquia Cepaigo. Posteriormente, a Lei nº 13.550, de 11 de novembro de 1999, extinguiu o Cepaigo, bem como a Superintendência de Justiça e do Sistema Penitenciário, que passou a ser chamada Superintendência de Justiça, ambos jurisdicionados à Secretaria de Segurança Pública e Justiça (Goiás, 1999). A supracitada lei criou a Agência Goiana do Sistema Prisional (Agesp), que posteriormente foi regulamentada pelos Decretos nº 5.200, de 30 de março de 2000, nº 5.605, de 17 de junho de 2002, e nº 5.934, de 20 de abril de 2004 (Goiás, 2000, 2002, 2004).

4 Reportagem publicada no jornal *O Popular*, em 3 de junho de 1993.

previsto em lei a possibilidade de tratamento em outra instituição que não a prisão. Essa iniciativa do manicômio judiciário coadunava, ou até mesmo coaduna, com os discursos de que os indivíduos não são recuperáveis e os sistemas servem como forma de realizar este controle, discriminação e segregação.

O que corrobora para esta tese é o fato de que a lei nº 10.216 (Brasil, 2001) permitiu que fosse elaborado o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), que tenta construir um caminho diferente para aquele considerado semi ou inimputável em Goiás. O principal nome da implantação do Programa foi o promotor Haroldo Caetano da Silva, que possui algumas publicações a respeito tanto do histórico como da atuação do Paili em Goiás.

Segundo Silva (2006), o levantamento das medidas de segurança foi o início do projeto, pois a constatação da não aplicabilidade da lei acabou gerando possibilidade de se estruturar alternativas. O impacto deste inquérito teria levado a duas decisões: a primeira, de não se recolher à cadeia pessoas com transtorno mental, e a segunda, de se levar a tratamento os presos doentes identificados no presídio.

Esse novo caminho apontado institucionalizou o Paili, em 26 de outubro de 2006, trazendo como alternativa para o atendimento do louco infrator uma equipe multidisciplinar, responsável pela decisão de seu tratamento, e não mais o juiz.

Essa configuração, torna o Programa

responsável pela execução das medidas de segurança no Estado de Goiás, é inovadora. O PAILI coloca a pessoa submetida à medida de segurança no ambiente universal e democrático do Sistema Único de Saúde, sem distinção de outros pacientes,

o que poderá favorecer sobremaneira a almejada inclusão à família e à sociedade. (Silva, 2006, p. 9).

O foco da humanização pareceu estar alcançado com a institucionalização do Paili, os casos passaram a ser observados de perto tanto pelo aparato judicial como pelos médicos, agora responsáveis diretos pelas decisões de tratamento e tendo possibilidades para isso nas clínicas do SUS.

O que é possível observar, portanto, é que a estrutura proporcionada pela lei 10.216/01 favorece a busca de alternativas, por caminhos mais humanitários no tratamento ao doente mental. No entanto, nos anos de 1990, determinados discursos não tinham constituído corpo ou forma, pois era um campo completamente desconhecido e, que colocou em pauta, corpos rejeitados e já segregados, e a discussão sobre os mesmos exigia uma desconstrução.

No entanto, já eram temas presentes em pautas que discutiam a relação entre loucura e direitos dos indivíduos, numa tentativa de fazer ver estes corpos separados pela dita “anormalidade” como detentores de liberdades como qualquer outro. Os debates após os anos de violação de Direitos Humanos proporcionados pela ditadura militar, colocavam como ponto principal a cidadania.

No dia 30 de agosto de 1993, o jornal *O Popular* publica um trecho da palestra proferida por Maria Henriqueta Camarotti, psiquiatra e neurologista, intitulada “Cidadania e loucura: a cultura como alvo e a cultura como meio”.

Quando o paciente entra na rede de atendimento psiquiátrico, ou no sistema de saúde mental, ele é progressivamente destituído de sua cidadania. Ele é impedido de optar por ir e vir,



é preso, afastado do convívio familiar, social, do seu trabalho. Segregado dos companheiros, perde o direito de ter seu próprio dinheiro, até mesmo da aposentadoria. Chega a um ponto que ele não tem nem carteira de identidade. (Loucura..., 1993, não paginada).

A palestra, ou pelo menos o trecho publicado no jornal, parece funcionar muito como uma denúncia sobre a situação à qual os usuários dos serviços de saúde mental eram relegados. As palavras da médica ocupam um espaço de poder, o mesmo poder responsável pela desumanização dos indivíduos nos hospitais psiquiátricos, o saber médico.

Os discursos de mudança que romperam paradigmas, que possibilitaram que os médicos também pensassem outras formas de tratamento, foram legitimados ao longo do processo de construção da luta antimanicomial. As discussões políticas também colaboraram com o processo, pois é no bojo do questionamento das ditaduras na América Latina e sua violenta forma de agir que estão radicados argumentos que conseguem vislumbrar o campo e o alcance dos Direitos Humanos.

Da mesma forma, durante estes períodos obscuros em que liberdade de pensamento era sinônimo de subversão, a desumanização nestas instituições se tornava um mecanismo do Estado para o controle daqueles que não se adequavam ao seu padrão<sup>5</sup>.

---

5 Tratei este assunto na dissertação de mestrado intitulada *Os sons do silêncio: o louco e a loucura em Goiás*, defendida no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* da Universidade Federal de Goiás, em 2011. Outro trabalho que também aborda o assunto, sobretudo sobre os alugueis de leitos psiquiátricos durante a ditadura militar no Brasil, é o de Tenório (2002), é o artigo intitulado “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”.

Assim, os discursos sobre a anormalidade, em termos médicos, legitimavam a perseguição dos comportamentos que, politicamente, eram considerados fora da normalidade.

A coexistência destes discursos, seja antes ou durante a luta antimanicomial, construía uma rede de legitimação, sistemas de dispersão em que há uma regularidade nas temáticas, posições, funcionamentos, desenhando uma formação discursiva.

Chamaremos de regras de formação as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas). As regras de formação são condições de existência (mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva. (Foucault, 2009, p. 43, grifo nosso).

A condição de existência destes discursos tem como limites a luta antimanicomial e o rompimento de paradigmas que ela representou, de um lado, o modelo hospitalocêntrico, centrado na grande internação e, do outro, a possibilidade de tratamentos diversos focados nos aspectos da humanização. Ambos refletem a dinâmica social de seus períodos e a visão sobre estes corpos considerados anormais, cuja violência dos tratamentos levou à uma discussão pública sobre o fechamento dos sanatórios.

Não obstante, ainda em 1993, o jornal *O Popular* traz a seguinte Manchete: “Adauto pode fechar se não mudar logo”, e a primeira impressão que se tem é que falta um responsável por esta mudança. A chamada é subjetiva e parece intimar a própria instituição a responder as questões, sem que haja um órgão responsável pelas mudanças necessárias ou mesmo o fechamento gradual.

A abstração segue no conteúdo da reportagem permitindo uma isenção do Estado, deixando de nomear os responsáveis diretamente pela situação:

No dia 31 de dezembro próximo, vence o prazo de dois anos dado pelo Ministério da Saúde para que os hospitais psiquiátricos se adequem as novas normas de saúde mental, e o Hospital Aduino Botelho corre o risco de ser fechado porque ainda não realizou as mudanças exigidas, ficando, portanto, sem o repasse das verbas do Inamps a partir daquela data. O assunto foi discutido ontem de manhã, durante Assembleia dos servidores do hospital e representantes do Fórum Estadual de Defesa do Aduino Botelho, quando todos se posicionaram contra o encerramento das atividades da unidade. (Aduino..., 1993, não paginada).<sup>6</sup>

Curiosamente, o Ministro da Saúde no período, Henrique Santillo, radicado em Anápolis (GO) desde os cinco anos de idade, naquele momento, intimava de fato o governo do estado sobre as mudanças que deveriam ter sido aplicadas ao hospital. A possível responsabilidade sobre a não realização das reformas necessárias, pelo que subentende a reportagem, eram do então governador Íris Rezende.

O jornal, no entanto, se esquivava de atribuir o encargo, deixando que a assembleia e o fórum de defesa da instituição parecessem ter o compromisso com a aplicação das possíveis verbas recebidas.

A reportagem ainda continua:

Os participantes do encontro criticaram a falta de iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde para resolver o problema e os

---

6 Reportagem de *O Popular* publicada em 12 de novembro de 1993.

servidores, que não quiseram se identificar temendo represálias, denunciaram que a situação ali dentro tem piorado nos últimos meses. (Adauto..., 1993, não paginada).

A situação do nosocômio, assim como de outros hospitais psiquiátricos, evidenciava um descaso do poder público e uma ausência de políticas direcionadas para a saúde mental. Ainda assim, o periódico não especificou a responsabilidade do poder executivo de fazer as mudanças necessárias para adequação do sanatório, o que ainda não era pensado pela lei, que foi aprovada em 2001.

Sem também nomear o secretário de saúde, responsabiliza a secretaria inclusive por possíveis represálias em relação às denúncias das condições, sem a personificação da parte envolvida, os discursos sobre o descaso parecem não ter um remetente. Esta ausência permite que os sentidos, as interpretações das narrativas se esvaíam e não ganhem um corpus necessário para constituir uma mudança significativa.

A reportagem soa como uma frase sem sujeito, onde a ação é o descaso denunciado de forma nebulosa, não permitindo a reflexão sobre os papéis desempenhados por cada componente social. Este silenciamento não é como o interdito dos usuários dos serviços de saúde mental, invisibilizados pelo poder que diz sobre eles e por eles, mas aparenta um mecanismo de proteção em relação ao Estado negligente.

O silêncio funciona como

o espaço do múltiplo, é a condição de vir-a-ser do discurso, onde o real, as coisas, 'estão lá', mas não se pode falar delas. Penso que o que funda o discurso é o interdito, é a interdição de não se poder falar qualquer coisa, para que se possa falar alguma coisa. (Tfouni, 2006, p. 130).

O periódico, neste sentido, procura não trazer à tona os nomes políticos, não problematiza a cena em demasia e, aparentemente, cumpre o papel de realizar a denúncia sem se preocupar em apontar os responsáveis pela situação. É uma interdição da real situação dos doentes que se encontravam internados, das condições de trabalho da equipe médica do hospital.

A interdição desses discursos permite, no espaço de poder ocupado pelo jornal, construir uma narrativa sem se comprometer em dar direito de resposta aos nomes citados. Com isso não se aprofunda naquilo que se propõe, que é de realizar a denúncia.

Em se tratando da publicação de maior circulação e alcance do estado de Goiás, o que se legitima é a continuidade das representações de vidas tidas como de menor importância e que o foco seria a estrutura física da instituição e não as formas de tratamento.

O ganho da luta antimanicomial pela reforma psiquiátrica, nos primeiros anos de 1990, foram as possíveis melhorias nas estruturas físicas, tentando constituir um ar mais humanitário às instituições. Todavia, existe um ponto a ser considerado, o fato de que aquelas mulheres e homens abandonados nos sanatórios não eram reputados como “úteis” ao Estado.

A expressão pode soar um tanto ríspida, mas a historiografia sobre a temática evidencia que os manicômios eram utilizados desde o século XIX, no Brasil, como um espaço de amontar pessoas. Roberto Machado e Magali Engel são apenas alguns nomes que construíram reflexões acerca da utilização do manicômio como controle social, apesar de não ser o foco, essas produções são importantes para levantar os debates acerca do papel das instituições e a interpretação social da loucura.

No entanto, é o sanatório o espaço de legitimação da exclusão que perdurou por muitas décadas, o modelo hospitalocêntrico permitia um inchaço desta população cada vez mais “guardada”. Essa exclusão física do chamado “anormal” não tinha intenção, como o decurso da História demonstrou, de possibilitar reinserção, foram corpos categorizados e abandonados.

Os investimentos foram diminuindo e, a prova dessa questão é a precariedade com que vários destes manicômios chegaram na última década do século XX, entre eles, o Adauto Botelho, em Goiás. Destarte, a pauta nestes primeiros anos em que se configurava a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) não era o modelo de atendimento ou tratamento, mas a estrutura física.

Essa questão de focar na estrutura física do prédio, e não em relação às necessidades dos pacientes, fica mais evidente no ano de 1994, quando reportagens direcionadas para esse cunho são publicadas, nos dias 07 e 10 de abril, e, novamente, no dia 14, apenas repetetindo as informações para noticiar a visita do Secretário ao prédio.

O hospital Adauto Botelho terá mais 120 dias para adequar-se às normas do Ministério da Saúde. Findo esse prazo, se não passar por mudanças técnicas, e não sofrer as reformas físicas necessárias será descredenciado e proibido de funcionar como hospital psiquiátrico. (Adauto..., 1994a).

O hospital Adauto Botelho vai passar por uma reforma parcial como primeiro passo para sua reestruturação total. [...] Uma das primeiras coisas a serem feitas será a retirada das grades, implantação de jardins nos pátios e banheiros individuais para os pacientes. (Adauto..., 1994b).<sup>7</sup>

---

7 Reportagens de *O Popular* publicadas, respectivamente, nos dias 7 e 10 de abril de 1994.

Ambas reportagens não localizam as mudanças de paradigma sobre o atendimento, o envolvimento dos familiares, as mudanças nas escolas de medicina, além de, mais uma vez, não nomear os responsáveis pela realização das reformas necessárias.

No primeiro olhar, o jornal procura trazer as possibilidades de reformas na estrutura da instituição, que é pública, o que nos permite entender que na esfera privada as reestruturações já vinham acontecendo. E este olhar do periódico exclusivo para esses pontos, sem questionar os processos clínicos, se explicam no contexto de debate da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A proposta inicial da lei configurou dois grupos de argumentos antagônicos.

Uma primeira frente, representada pelo movimento social em saúde mental, denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, se posicionava favorável à ideia original e foi reconhecido como signatário do projeto apresentado à Câmara dos Deputados em 1989. Uma segunda frente aglutinava três grupos distintos, porém complementares: os proprietários dos hospitais psiquiátricos, através da Federação Brasileira de Hospitais (FBH); a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM) e psiquiatras ligados as universidades, representando a “psiquiatria científica-acadêmica”. (Pereira, 2004, p. 158).

Esses posicionamentos estavam bem delineados, um movimento que partia do princípio humanitário da extinção dos manicômios e a quebra dos paradigmas de tratamento, outro com interesse na permanência da instituição, principalmente dentro do setor privado, e que defendia a existência do hospital com técnicas tidas como mais modernas.

Enquanto o projeto de lei era debatido, se articulava a permanência dos hospitais, um rompimento que não expressava a angústia dos que iniciaram o processo a partir das denúncias. Neste ponto de vista, tanto os proprietários de hospitais quanto os professores não expressavam simpatia ao projeto inicial do Deputado Paulo Delgado.

O Movimento de Luta Antimanicomial, por sua vez, articulava possibilidades de debate e incitava reflexões acerca do fechamento das instituições asilares:

A extinção dos manicômios que no Brasil detêm 89 mil leitos, sendo 72 mil particulares, foi defendida ontem em Goiânia pela Plenária Nacional do Movimento Antimanicomial que reúne psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, usuários dos serviços de saúde mental e familiares. O encontro que tem representantes de todo o país, está acontecendo no Centro Formador de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde e termina hoje cedo com a votação final das propostas. (Profissionais..., 1994, não paginada).<sup>8</sup>

Pelo número discrepante entre leitos privados e do SUS, em 1994, ratifica-se a prática de aluguéis de leitos ao longo dos anos, confirmando o nosso sistema hospitalocêntrico. É possível compreender que a luta antimanicomial se coloca no mesmo campo dos movimentos sociais, caracterizando um prélio que surgiu a partir das denúncias de descaso e abandono por parte do Estado.

O slogan “por uma sociedade sem manicômios” não se traduzia em extirpar a psiquiatria, mas redirecionar a função dos diagnósticos, desconstruir os estereótipos sobre os pacientes e as

---

8 *O Popular*, 11 dez. 1994.



instituições, possibilitar que o tratamento fosse conduzido de forma a respeitar a vontade dos pacientes, entre outros. No entanto, isso também simbolizava (re)pensar o lugar do médico e sua relação com familiares e usuários dos serviços de saúde mental, isso significava refletir as práticas legitimadas pelo saber médico.

O percurso da psiquiatria no século XX esteve alicerçado na relação entre saber e poder, centrada na figura do médico, amparado por mecanismos como as instituições, os postulados e os medicamentos. Esta estrutura científica possibilitava a interdição dos pacientes, e o saber é que passava a dizer por eles e sobre eles.

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico; [...] um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; [...] um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; [...] finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (Foucault, 2009, p. 220).

Assim, o modelo brasileiro aplicado ao longo do século XX anulava os pacientes, como se os mesmos não existissem enquanto sujeito de saberes, apenas o médico legitimado pela instituição e seu aparato é quem poderia dizer, assumindo praticamente a vontade dos doentes como doentes.

A disputa entre a luta antimanicomial, interpretada como um movimento social, e a proposta de uma reforma psiquiátrica vinda dos médicos, proprietários de hospitais e alguns familiares

traduziam a necessidade de manutenção do saber-poder por parte do segundo grupo.

O paradigma hospitalocêntrico garantia a relação já estabelecida entre médicos e pacientes, a existência da instituição como forma de garantir lucros aos donos e um espaço de abandono para as famílias que excluía seus entes que apresentavam algum transtorno mental.

Essa oposição entre as possibilidades da reforma tinha interesses antagônicos, mas a política de Estado era garantir o fechamento dos hospitais públicos, pelas péssimas condições, mas garantindo campo de atuação para o setor privado. O ponto é que não era uma política pública a substituição do modelo existente, mas reformas que poderiam garantir o funcionamento da instituição ou fechá-la pela não aplicação das verbas, como aconteceu com o Adauto Botelho em Goiânia.

O sucateamento e posterior desativação da instituição dava uma ideia de que o Estado se movia, que atuava no debate que estava acontecendo desde 1989, mas qual era o planejamento para quem ainda era interno?

O jornal *O Popular*, se manteve tímido na divulgação do debate, não foi encontrada menção sobre a divisão de pensamento no âmbito da elaboração da lei. A construção realizada, a partir disso, é uma visão superficial do processo por parte dos leitores.

Os interesses dos setores nas mudanças do texto original, proposto por Paulo Delgado, não foram ponderados de maneira substancial impedindo que se problematizasse sobre as vidas que ainda estavam no hospital. O periódico não aprofunda as questões, apenas apresenta os resultados das ações, falhando em

assegurar subsídios para que os leitores pudessem elaborar suas interpretações com mais clareza.

Após o anúncio de uma reforma parcial, em 1994, encontramos, um ano depois, o prazo para desativação:

A Secretaria Estadual de Saúde, terá prazo de seis meses para desativação total do Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho e construção de unidade de tratamento de saúde mental, de acordo com estudo já existente na secretaria. Termo de Ajuste de Conduta, neste sentido, será assinado pelo Procurador Geral de Justiça e o secretário de saúde [...] tendo em vista conclusão do inquérito civil público sobre a situação do hospital, que o considerou sem condições de funcionamento. (Termo..., 1995, não paginado).<sup>9</sup>

Em um mês foi iniciada a desativação com a retirada dos pacientes, que foram distribuídos para outras instituições de Goiás, demonstrando que o foco não era quebrar os paradigmas em relação aos que se encontravam internados. Neste sentido, é importante salientar que o objetivo é demonstrar como se articularam, durante a discussão sobre a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), mecanismos para garantir a manutenção de um sistema, sem pensar efetivamente nas condições dos pacientes e suas famílias.

A problematização da grande internação, a perda de humanidade por parte dos usuários do serviço de saúde mental, não era levada em consideração. A grande questão é que o fechamento de uma instituição pública não garantia o tratamento humanizado em outros espaços, que as famílias, sem alternativa, acabavam procurando no setor privado.

---

9 Reportagem do jornal *O Popular*, de 15 de junho de 1995.

O que se tentava desconstruir era a representação das instituições enquanto espaço de “amontar” as pessoas, cujo abandono se traduzia em violência contra as vidas que ficavam encarceradas nos sanatórios. Como é possível perceber, a dimensão das discussões tinha dois pontos distintos: o social, que obrigava repensar toda a estrutura de oferta de tratamentos, e outro, que gostaria de manter determinados paradigmas, sob o enunciado de técnicas mais modernas de tratamento.

Os debates, entre os anos de 1993 a 1995, se aproveitavam dos contextos que atrasaram a votação da proposta original, para construir uma nova ordem e possibilitar a revisão e modificação do projeto de lei.

Neste intervalo, são “despejados” do Adauto Botelho os pacientes que ainda se encontravam lá. Não é uma defesa da instituição, principalmente no estado precário em que se achava, mas de colocar a reflexão sobre o que mudou na vida de seus internos após o seu fechamento.

De acordo com o diretor do hospital, o Adauto Botelho tinha 203 pacientes internados. Com o início do processo de sua desativação, acertado com o Ministério Público para acontecer em seis meses, 50 pacientes foram encaminhados para asilos, 10 para a vila São Cotolengo, em Trindade, 20 para clínicas privadas e alguns foram devolvidos para suas famílias. Durante visita ao Adauto Botelho, que teve a presença do próprio secretário de saúde, Carlos Mendes, os vereadores e as entidades foram informados de que o governo deverá construir uma nova unidade psiquiátrica nas proximidades do antigo Hospital JK. (Adauto..., 1995, não paginado).<sup>10</sup>

---

10     Matéria de *O Popular*, em 9 de maio de 1995.

As pessoas continuaram institucionalizadas, mudando para outras entidades e organizações, o ponto fulcral que se lutava para transformação, naquele momento, sofre uma derrota. Se pensarmos a lógica do movimento antimanicomial e sua trajetória, percebemos que a simples distribuição dos pacientes representava uma vitória do sistema vigente.

A proposta era muito maior do que adequar arquitetonicamente os espaços, era não mais interditar o outro sobre o direito de dizer sobre si, de ter ciência sobre o seu tratamento, de compreender o seu período terapêutico. Outra questão importante era repensar a relação existente entre governo e setor privado, o aluguel de leitos psiquiátricos fazia girar a indústria da loucura.

O jornal *O Popular* também traz a notícia com um aspecto de ganho social com o fechamento do hospital, o que não é questionado, mas não estabelece as responsabilidades com aquelas vidas que continuaram institucionalizadas.

Entre 1995 e 2001, muitas questões foram colocadas, e os debates tomaram rumos específicos até a lei ser sancionada. No entanto, para que tenhamos uma visão geral das intencionalidades que cercaram a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), necessário faz-se observar momentos específicos dessa trajetória e, ainda, repensar os debates que foram travados ao longo desses seis anos.

### Considerações finais

O Movimento Antimanicomial surgiu a partir de experiências muito particulares, e se configurou enquanto movimento social fundamentado em uma pauta bem específica. O foco era

conseguir desconstruir os paradigmas que envolviam a relação psiquiatria-sociedade, garantindo que os usuários dos serviços de saúde mental pudessem ter um atendimento humanizado.

As propostas eram de transformações profundas e vieram à tona com um conjunto de denúncias sobre violência e abandono por parte do Estado, nas clínicas, sem contar os alugueis de leitos no setor privado, que garantiam internações infundáveis. Mesmo em um contexto de ditadura militar, não impediu que familiares, pacientes e trabalhadores da saúde mental expusessem os problemas das instituições e dos tratamentos psiquiátricos dispensados no Brasil.

Inaugurado em 1954, o Hospital Aduino Botelho representou o “poder psiquiátrico” no estado de Goiás. Manteve-se funcionando desde o apogeu dos sanatórios até as denúncias e a necessidade de repensar as práticas e a institucionalização de pessoas.

O Movimento Antimanicomial também se faz presente em Goiás, as denúncias também aparecem, mas é a partir da Constituição de 1988 que possibilita que, um ano depois, o Deputado Paulo Delgado possa propor um projeto de lei que visava uma Reforma Psiquiátrica.

Esse projeto tramitou por dez anos até ser aprovado, e reportagens sobre as discussões acerca das propostas de desospitalização são encontradas no Jornal *O Popular*, entre os anos de 1993 e 1995. Assim, é perceptível uma divisão das intenções em relação à reforma: uma que atendia mais as questões sociais e outra que, a despeito das mudanças profundas, mantinha o sistema hospitalocêntrico como epicentro da problemática.

Ao longo das reportagens é possível perceber que não se encontra uma preocupação efetiva com os pacientes, havia um esforço para se fechar o sanatório, mas não sobre a desinstitucionalização dos pacientes. É o que acaba acontecendo com o fechamento do Adauto Botelho, onde os enfermos são distribuídos entre outras clínicas, deixando evidente que havia uma intenção de manutenção do sistema vigente em prol do setor privado.

### Referências

ADAUTO Botelho fecha terça-feira: cerca de 200 internos foram transferidos para casa ou instituições. *O Popular*, Goiânia, GO, 9 maio 1995.

ADAUTO Botelho pode fechar se não mudar logo. *O Popular*, Goiânia, GO, 12 nov. 1993.

ADAUTO Botelho tem mais 4 meses para fazer reforma. *O Popular*, Goiânia, GO, 7 abr. 1994a.

ADAUTO será reestruturado antes da reforma. *O Popular*, Goiânia, GO, 10 abr. 1994b.

ANEXO do Cepaigo vai servir de manicômio. *O Popular*, Goiânia, GO, 3 jun. 1993.

ARANTES, D. J.; TOASSA, G. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: Trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MS, v. 9, n. 2, p. 47-60, 2017.

AZEVEDO, N. R. Memórias de Goiânia: 80 anos de O Popular. *In: Semana de história memória e historiografia na construção do passado*, 17. 2018. *Anais [...]*. Goiânia, UFG, 2018. p. 2.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de lei nº 3.657, de 12 setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Autor: Paulo Delgado. *Câmara dos Deputados*, Brasília, DF, 12 set. 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 14 maio 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 20 abr. 2021.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, n. 6, v. 1, p. 60-79, 2007.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2009.

GOIÁS (Estado). *Decreto nº 5.200, de 30 de março de 2000*. Aprova o Regulamento da Agência Goiana do Sistema Prisional – Agesp. Goiânia, GO: Governo do Estado de Goiás, 2002. Disponível em: [https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa\\_legislacao/61771/decreto-5200](https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/61771/decreto-5200). Acesso em: 14 maio 2021.



GOIÁS (Estado). *Decreto nº 5.605, de 17 de junho de 2002*. Aprova o Regulamento da Agência Goiana do Sistema Prisional. Goiânia, GO: Governo do Estado de Goiás, 2002. Disponível em: [https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa\\_legislacao/61489/decreto-5605](https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/61489/decreto-5605). Acesso em: 14 maio 2021.

GOIÁS (Estado). *Decreto nº 5.934, de 20 de abril de 2004*. Aprova o regulamento da Agência Goiana do Sistema Prisional - Agesp e dá outras providências. Goiânia, GO: Governo do Estado de Goiás, 2004. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/go/decreto-n-5934-2004-goias-aprova-o-regulamento-da-agencia-goiana-do-sistema-prisional-agesp-e-da-outras-providencias?r=c>. Acesso em: 14 maio 2021.

GOIÁS (Estado). *Lei nº 13.550, de 11 de novembro de 1999*. Modifica a organização administrativa do Poder Executivo e dá outras providências. Goiânia, GO: Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, 1999. Disponível em: [https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa\\_legislacao/81392/lei-13550](https://legisla.casacivil.go.gov.br/pesquisa_legislacao/81392/lei-13550). Acesso em: 14 maio 2021.

GOIÁS (Estado). *Lei nº 4.191, de 24 de dezembro de 1962*. Cria o Centro Penitenciário de Atividades Industriais de Goiás (Cepaigo) e dá outras providências. Goiânia, GO: Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, 1962. Disponível em: <http://www.gabinetecivil.go.gov.br/downloads/Autarquias%20Estaduais.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

LOUCURA x cidadania. *O Popular*, Goiânia, GO, 30 ago. 1993

PAULA, É. M. *Da (in)visibilidade à categorização: o louco infrator em Goiás (1930-2010)*. 2016. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

PAULA, É. M. *Os sons do silêncio: o louco e a loucura em Goiás*. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

PEREIRA, R. C. *Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)*. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PITTA, A. M. F. *Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PROFISSIONAIS defendem o fim dos manicômios. *O Popular*, Goiânia, GO, 11 dez. 1994.

SILVA, H. C. *Execução penal*. Porto Alegre: Magister, 2006.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TERMO obriga Saúde a desativar o Adauto. *O Popular*, Goiânia, GO, 15 jun. 1995.

TFOUNI, F. E. V. O interdito como fundador do discurso. *Revista Letras & Letras*, Uberlândia, MG, v. 22, n. 1, p. 127-137, 2006.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

## ◆ DO ACRE À GOIÂNIA: O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

**Eduardo Sugizaki<sup>1</sup>**

**Adelmar Santos de Araújo<sup>2</sup>**

### Apresentação

No presente capítulo, vamos apresentar um recorte de episódio da história da implantação da saúde pública brasileira, nos moldes do artigo 196 da Constituição de 1988, onde a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, e do artigo 198, que determinou que os serviços de saúde deveriam ser oferecidos por uma “rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (Brasil, 2016, p. 118-119).

Ocorre que, entre a letra da Constituição e a efetiva prestação do serviço, a que todo o cidadão tem direito, há considerável distância. Como um cidadão pode ter acesso ao seu direito consti-

---

1     Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente no Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PPGH/PUC/GO).

2     Doutor em Educação pela PUC/GO. Docente universitário e na Educação Básica em Goiás. Professor Pesquisador no Centro de Educação Popular e Pesquisas Econômicas e Sociais (Ceppes).

tucional à saúde se, doente, não encontra em sua própria cidade e mesmo em seu estado o tratamento de que necessita? Mas o que ocorre se a sua doença não é uma raridade nacional, mas uma que se posiciona no primeiro lugar das enfermidades que mais leva a óbito no estado, uma doença do sistema circulatório?<sup>3</sup>

Não será possível responder a essas perguntas de maneira geral, mas era decisivo que fossem formuladas para justamente apresentar o episódio e o recorte a se discutir aqui.

No raiar da década seguinte à promulgação da Constituição, eis que surge um conceito que, bem ou mal, contém uma resposta bem determinada para o problema do cidadão que não tem como gozar do direito à saúde quando seu município não tem tratamento para sua doença. A Portaria n° 237, de 9 de dezembro de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), parece ter sido o primeiro documento nessa esfera do poder público a se referir a “Tratamento Fora de Domicílio (TFD)”. Ao que parece, apenas tudo não passava de uma categoria orçamentária ou o nome de uma rubrica de pagamento com recursos públicos da União.

O episódio que nos interessa aqui, entretanto, é que essa alíquota se transformou em programa de governo, como se percebe pelo impacto da Portaria n° 55, de 24 de fevereiro do ano seguinte, emitida pelo mesmo órgão público (Brasil, 1999).

---

3 Em 2015, a primeira causa de mortalidade no Acre são as doenças do aparelho circulatório (810 falecimentos), enquanto as causas externas de mortalidade (479) e as neoplasias (474) ocupam o segundo e o terceiro lugares, respectivamente, de um total de 3.573 falecimentos (Acre, 2016).

Dissemos “programa de governo” embora a Portaria enunciasse pretensões bem menores: “Dispõe sobre a rotina do Tratamento fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações do SIA/SUS [...]” (Brasil, 1999, não paginada). Contudo, pretendendo mostrar que se tratava de algo que viria a merecer o nome de “programa de governo”, tomemos apenas o exemplo a seguir, entre muitos existentes nos arquivos. O governo do estado de Alagoas, à época do senhor governador Renan Calheiros, publicou o manual “Saiba tudo sobre o TFD” onde a expressão “programa TFD”, coerentemente com o conjunto de fatores que põe em operação (Alagoas, 2017), já sinaliza que, embora pago com recursos da União, foi nos estados que o TFD assumiu plenamente ares de Programa de Governo. Nosso recorte, entretanto, não será o estado de Alagoas, mas o Acre.

O mais interessante da história é que o TFD surgiu como uma resposta a um direito que havia sido formulado, da maneira mais explícita e inequívoca possível. Segundo o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2016), quando o cidadão se apresentasse doente ao Estado, ele teria direito a um serviço de saúde regionalizado. Mas, na ausência do serviço em sua região, o cidadão teria o direito de acesso ao serviço em um ponto mais distante, concebido constitucionalmente como uma rede regionalizada e hierarquizada em um sistema único de saúde. A partir da localidade de domicílio, o uso de serviço de maior nível técnico e tecnológico seguiria uma escala de atendimento, onde o deslocamento para um auxílio inexistente seria o menor possível, já que buscado na própria região. Cada deslocamento para um

nível de complexidade maior de atendimento e maior distância do domicílio constituiria, assim, uma exceção.

No caso do Acre, entretanto, o que era para ser exceção, ser transportado para tratamento fora de seu próprio município, tornou-se uma regra, sob a pena de, alternativamente, ficar sem tratamento médico. Esse é o recorte amplo, mas haverá ainda uma maior especificação. Embora o destino dos acreanos enfermos fosse representado por uma dezena de cidades, Goiânia, localizada a cerca de 2.482 km do Acre, tornou-se o destino da maioria deles.

Apenas desde 2006, essa situação que era geral no país, mas particularmente grave na região amazônica, entra em processo de reversão, e esforços são feitos para o cumprimento da Constituição.

A propósito do conceito de TFD, embora as duas portarias tenham lhe dado forma e efetividade, regulamentando o modo como os recursos do tesouro nacional, via SUS – Ministério da Saúde, seriam aí aplicados, a prática do transporte financiado com recurso público para fora do domicílio é anterior às portarias. Eis o testemunho de um cidadão rio-branquense: “No início da década de 90, já era possível encontrar centenas de pessoas aguardando por passagens na também chamada fila da morte” (Araújo, 2002, p. 30). Eram pessoas buscando transporte para levar doentes para tratamento em São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro ou Goiânia; como também para trazer de volta os que, para lá tendo ido, precisavam voltar para serem enterrados no Acre.

## Acreanos em Tratamento Fora de Domicílio, em Goiânia (1996-2000)

Graças a um testemunho de época (Araújo, 2002), temos um retrato narrativo da situação dos acreanos em Goiânia, no período entre os anos 2001 e 2002. O serviço do TDF, da Secretaria de Saúde do Acre, fretava da Inácio's Turismo Ltda. uma viagem semanal de ônibus, para ida e volta, do trajeto Rio Branco (AC) – Goiânia (GO), para pacientes e acompanhantes. Havia também transporte aéreo por passagens individuais. Os ônibus “do TFD”, como passaram a ser chamados pelo povo, chegava em Goiânia aos domingos e retornava a Rio Branco nas terças, sempre lotado.

O ponto em embarque e desembarque era na Rua 29A, Setor Aeroporto, entre o Hotel Rio Branco e a Avenida Anhanguera, onde a Inácio's Tur montara um escritório. Os hotéis (Rio Branco, Adelar, Goiás, Nicanos, Rezende, Itaipu), hospedarias (como a São Francisco) e pousadas (Tropical, Juruá, entre outras) da região tinham acreanos como maioria dos hóspedes. Também, em função dos tratamentos prolongados, edifícios residenciais inteiros, como o Melsamar e o Marte, tinham grande número de locadores acreanos, por tempo determinado ou indeterminado. O tratamento do câncer, por vezes, pedia uma temporada de meio ano. Ao lado, o Setor dos Funcionários tinha locadores de barracões quase especializados na clientela aqui em questão, além de suas pousadas e hospedarias, como a da Dona Luzia, onde os hóspedes podiam dizer “eu me sinto no Acre aqui... (risos)” (Araújo, 2002, p. 34).

A escolha do Setor Aeroporto havia sido estratégica. Ali estavam os laboratórios, clínicas e hospitais de maior interesse dos pacientes do Acre. Mas um mapa da distribuição da hospedagem



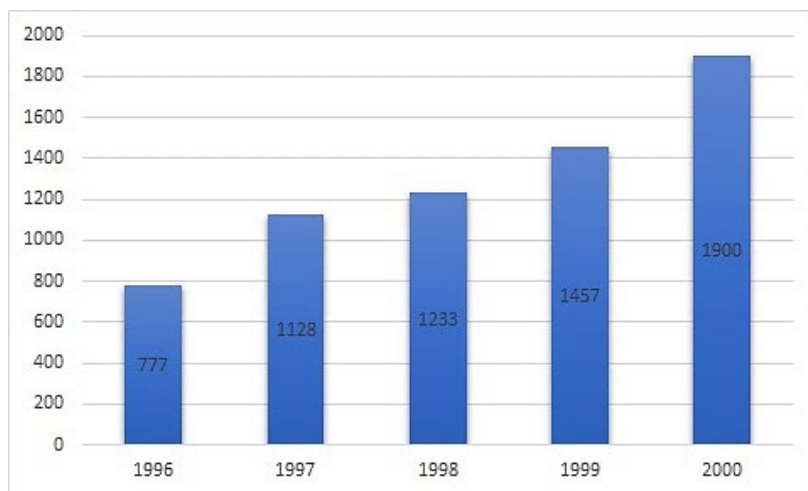
acreana em Goiânia precisaria também rodear outros importantes hospitais públicos. Por exemplo, o entorno do Hospital Araújo Jorge, da Associação de Combate ao Câncer. No seu entorno, os acreanos encontraram várias hospedarias e casas a baixo custo, que tinham a vantagem de diminuir o custo de transporte interno na Cidade para o acesso ao Hospital.

Havia também pacientes que chegavam no “ônibus do TFD”, sem recursos para a hospedagem, e que passavam a depender da ajuda dos outros acreanos para se instalar em algum lugar; ou com recursos, mas que não encontravam vaga em estalagem; ou os que acampavam nas calçadas, ao longo da Rua 29A, fazendo que o Inácio’s Tur ganhasse o apelido de “ônibus dos sem-terra”. Os quartos para pernoite chegavam a ser alugados por grupos de pessoas.

De que maneira a situação vinha chegando ao descrito, em primeiro lugar, pela crescente oferta do TFD por parte do Ministério da Saúde, via Secretaria da Saúde do Acre. O gráfico abaixo foi composto nos arquivos deste órgão público e seus limites estão circunscritos a aquilo que foi permitido o acesso aos pesquisadores.

A Figura 1 foi composta pelos autores deste artigo com base nas fichas de controle interno da Secretaria de Saúde do Acre e se restringe aos anos que os pesquisadores tiveram acesso permitido. Ela apresenta o número total de pacientes transportados para fora do estado do Acre, ano por ano, no período de 1996 a 2000. Porém, a particularidade da presença dos acreanos em Goiânia fica evidente quando se reclassifica o número de pacientes do mesmo período da Figura 1, distribuindo-os pelo estado de destino, seguindo as mesmas fichas de controle da Secretaria da Saúde do Acre.

Figura 1 - Número de atendimentos a pacientes acreanos em TFD, de 1996 a 2000



Fonte: Elaborada pelos autores com base nas fichas do TFD da Sesacre.<sup>4</sup>

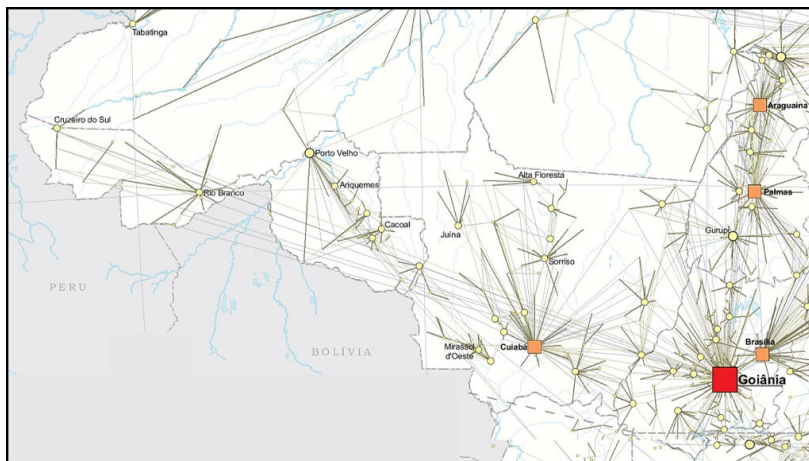
Durante este período (1996-2000), os estados de Rondônia, Mato Grosso e Maranhão receberam 645 pacientes; o Distrito Federal, 907; e o estado de São Paulo, 998 – embora, neste caso, com distribuição destes pacientes entre diferentes cidades paulistas. Goiânia recebeu praticamente sozinha todos os 3.521 pacientes que vieram para Goiás, quase um terço a mais do que a soma de todos os outros estados de destino.

Quando tomamos o relatório *Regiões de influência das cidades – 2007*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), logo vemos que esse fluxo de transporte de pacientes não passou despercebido e representou um dos suportes significativos para que Goiânia estivesse entre as quatro maiores metrópoles

4 Acre (2016).

nacionais no quesito deslocamentos para serviços de saúde, conforme a Figura 2.

Figura 2 - Deslocamentos para serviços de saúde, em 2007, do estado do Acre à Goiânia



Fonte: Adaptada pelos autores com base em IBGE (2007).

A Figura 2 tem a vantagem suplementar de mostrar que as linhas que ligam diversas cidades do Acre à Goiânia constituem, de longe, a maior distância percorrida por pacientes brasileiros em busca por tratamento fora do domicílio.

Algum detalhamento dessa procura por tratamento em Goiânia talvez possa ser interessante ou útil. Para isso, tomemos a tabela de detalhamento do ano de 1996 (Tabela 1) e a comparemos à Tabela 2, do ano de 2000.

Tabela 1 - Detalhamento do destino de pacientes acreanos em TFD, em 1996

<b>Especialidades</b>	<b>GO</b>	<b>DF</b>	<b>SP</b>	<b>MT</b>	<b>AM</b>	<b>RJ</b>	<b>PA</b>	<b>MG</b>	<b>PR</b>	<b>MS</b>	<b>MA</b>	<b>PE</b>	<b>Total</b>
Cardiologia	153	2	14	1	-	-	-	-	-	-	-	1	171
Urologia	7	11	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	21
Neurologia	25	29	8	-	1	-	-	-	-	-	-	-	63
Oncologia	116	3	10	6	11	7	7	-	1	-	-	-	161
Dermatologia	1	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	4
Infectologia	3	1	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	8
Otorrinolaringologia	6	15	3	1	-	-	-	-	-	1	-	-	26
Buco-Maxilo-Facial	2	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Oftalmologia	10	-	62	-	-	2	-	6	-	-	-	-	80
Endocrinologia	4	2	16	27	-	-	-	-	-	-	-	-	50
Pneumologia	3	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	7
Gastroenterologia	3	1	6	1	2	-	-	-	-	-	-	-	19
Nefrologia	3	5	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	11
Hematologia	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Ortopedia	8	104	1	1	-	1	1	-	-	-	1	-	117
Angiologia	2	7	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	12
Reumatologia	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Traumatologia	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Ginecologia	5	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	9
Proctologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>184</b>	<b>140</b>	<b>41</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>777</b>

Fonte: Elaborada pelos autores com base em fichas do TFD/Sesacre.<sup>5</sup>

5 Acre (2016).

Das fichas do TFD da Secretaria da Saúde do Acre, utilizadas para a composição da tabela acima, do ano de 1996, descobre-se que 153 pacientes vieram a Goiânia em busca de cardiologia. Os 25 pacientes de neurologia foram ultrapassados pelos 29, que se dirigiram ao Distrito Federal. De um total de 161 pacientes que procuraram a oncologia fora do Acre, 116 vieram à Goiânia. A ortopedia do Distrito Federal recebeu 114 pacientes, contra 8 em Goiânia, completando com a angiologia os únicos três tópicos em que a procura por Goiânia foi superada por alguma outra cidade. Cardiologia e oncologia continuaram a ser as especialidades mais procuradas em Goiânia, nos anos de 1997 a 2000. Vejamos a tabela deste último ano.

Tabela 2 - Detalhamento do destino do Tratamento Fora de Domicílio, no ano de 2000

<b>Especialidades</b>	<b>GO</b>	<b>SP</b>	<b>DF</b>	<b>RO</b>	<b>MA</b>	<b>MT</b>	<b>AM</b>	<b>RJ</b>	<b>PA</b>	<b>MG</b>	<b>PR</b>	<b>MS</b>	<b>PE</b>	<b>CE</b>	<b>RS</b>	<b>Total</b>
Cardiologia	472	22	2	1	-	-	2	2	2	-	-	-	1	-	-	504
Urologia	17	8	6	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	1	-	35
Neurologia	66	14	28	-	18	1	1	1	2	-	2	1	-	2	-	135
Oncologia	359	49	18	119	-	5	7	7	2	2	2	-	-	1	-	573
Dermatologia	5	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	16
Infectologia	13	49	4	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	67
Otorrinolaringologia	10	7	10	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	30
Buco-Maxilo-Facial	-	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Oftalmologia	40	47	-	-	-	4	1	1	-	6	-	-	-	1	1	101
Endocrinologia	24	2	4	-	3	6	-	1	-	-	1	-	-	2	-	43
Pneumologia	19	5	8	-	-	1	1	-	3	-	-	-	-	-	-	37
Gastroenterologia	16	13	8	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	40

<b>Especialidades</b>	<b>GO</b>	<b>SP</b>	<b>DF</b>	<b>RO</b>	<b>MA</b>	<b>MT</b>	<b>AM</b>	<b>RJ</b>	<b>PA</b>	<b>MG</b>	<b>PR</b>	<b>MS</b>	<b>PE</b>	<b>CE</b>	<b>RS</b>	<b>Total</b>
Nefrologia	17	9	6	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	4	-	39
Mastologia	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Hematologia	3	5	3	1	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	16
Ortopedia	54	4	55	3	74	14	4	3	-	-	1	-	-	2	-	214
Angiologia	13	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	18
Reumatologia	8	1	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Traumatologia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Ginecologia	1	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4
Proctologia	2	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	4
Virologia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>1142</b>	<b>248</b>	<b>164</b>	<b>124</b>	<b>96</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>1900</b>

Fonte: Elaborada pelos autores com base nas fichas do TFD/Sesacre (Acre, 2016).

Entre os anos de 1996 e 2000, a procura por Goiás sempre foi a destacadamente maior. Em 1997, Goiás recebeu 576 pacientes, de um total de 1128 em TFD. Em 1998, o percentual da participação de Goiás cresceu mais: foram 630 do total de 1233 pacientes. No ano de 1999, a tendência de opção preferencial por Goiás seguiu ampliando-se: foram 815, do total de 1457 pacientes.

A particularidade dessa situação está ligada a uma preferência por Goiânia que certamente é anterior ao período de 1996-2000, em relação ao qual foi possível o acesso às fichas do TFD, na Sesacre. Essa tendência já existia porque, em setembro de 1995, um grupo de pacientes e seus acompanhantes, Ivanilde, Manoelzinho, Gerson, Noêmia, Antônio Lira, Margarida, Raimunda

Albuquerque, Ilda, Rita Dulce e Iolanda Lira, começou a reunir-se em Goiânia para discutir a situação dos acreanos na cidade. Em 5 de janeiro de 1996, com o apoio da Diocese de Rio Branco, realizaram a assembleia de criação da Associação das Pessoas que Fazem Tratamento de Saúde Fora do Estado do Acre (Asfeac), aprovaram os estatutos e elegeram a primeira diretoria. Foi essa diretoria que alcançou o estado de coisas descrito anteriormente, entre os anos 2000 e 2001, em que o estado do Acre fretava um ônibus exclusivo para pacientes e acompanhantes e, para casos especiais, adquiria passagens de avião. Além disso, a Associação conseguiu do estado duas salas para funcionamento de apoio aos pacientes, uma em Rio Branco e outra em Goiânia. Embora o trabalho prático da Associação fosse o apoio aos pacientes em trânsito, principalmente em Goiânia, seu objetivo político estratégico foi definido estatutariamente como a reivindicação de programas de saúde para o estado do Acre, de maneira que a regionalização da saúde, definida pela Constituição, fosse cumprida e o TFD fosse reduzido a casos excepcionais, deixando de ser um programa de governo, como era na prática.

Uma função fundamental da Associação, cuja fundação retroalimentou a procura por Goiânia, havia sido dada pela Portaria 55 do Ministério da Saúde, a que já fizemos referência. Ela definiu a norma de que o empenho do recurso para o TFD depende obrigatoriamente do agendamento da consulta e do atendimento no local de destino do deslocamento do paciente. A Associação assumiu, através da conexão entre o escritório de Rio Branco e o de Goiânia, a função dos agendamentos nos consultórios médicos e laboratórios clínicos.

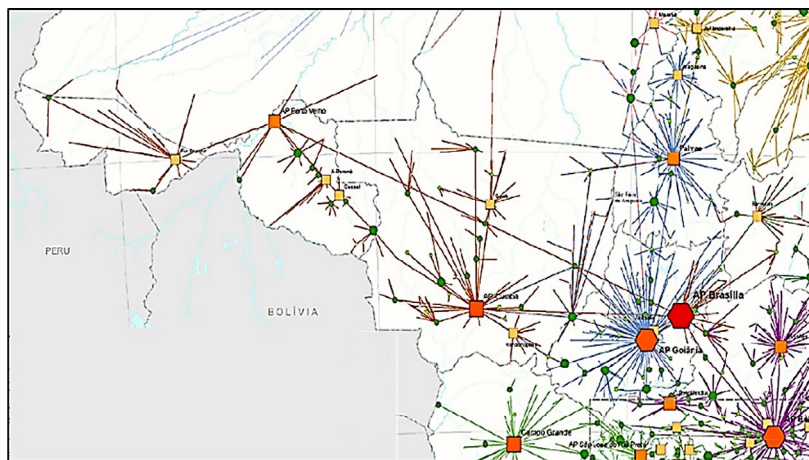
## A redução do fluxo do TFD para Goiânia e em geral

Uma pessoa específica da Associação ocupou o papel de pivô do agendamento das consultas e exames, tornando-se o elo essencial entre o escritório de Goiânia, o de Rio Branco e os próprios pacientes, via contato telefônico. Na situação atual, em que a Associação não possui mais o escritório de Goiânia e, em função da quase completa paralização do fluxo do TFD no contexto da pandemia do covid-19 (G1 Acre, 2020), a mesma pessoa pivô do agendamento das consultas continua a desempenhar esse papel de conexão entre pacientes e consultórios médicos, embora já não mais em nome da Associação e sem seu suporte institucional e financeiro. Nós a encontramos e a entrevistamos sobre a situação atual, que é a do progressivo e lento desfazer do grande fluxo dos acreanos para Goiânia, com o processo de regionalização da saúde capitaneado pelo Ministério da Saúde.

O mapa do relatório *Regiões de influência das cidades – 2018*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Figura 3), mostra uma situação muito diferente da relação entre Rio Branco e Goiânia, em relação a aquela da edição de 2007, que vimos, anteriormente, na Figura 2.



Figura 3 - Deslocamentos para serviços de saúde de baixa e média complexidade, do estado do Acre à Goiânia, em 2018



Fonte: Adaptada pelos autores com base em IBGE (2018).

A diferença entre os dois mapas dos relatórios do IBGE, *Regiões de influência das cidades*, de 2007 e 2018, entretanto, precisa ser minimizada pela diferença de critérios de construção. No mapa de 2018 (Figura 3) aparecem apenas os deslocamentos para tratamentos de alta complexidade, ao passo que o mapa de 2007 (Figura 2) enfoca conjuntamente todos os deslocamentos para tratamento de saúde. Essa diferença pode explicar o desaparecimento das linhas de intersecção entre Rio Branco e Goiânia que, mesmo não captadas pelo IBGE, continuam a existir, mesmo sem a Associação e sem o fretamento de ônibus especial, conforme o testemunho dos recepcionistas de hotéis, da Rua 29A, e da antiga agente da Associação: remanesce o agendamento de consultas necessário para a execução do TFD e, atualmente, o transporte é aéreo.

Essa informação coaduna com a notícia de imprensa referente ao ano de 2017, do G1 Acre, intitulada “Mais de 7,6 mil pessoas foram atendidas pelo TFD no Acre e investimento foi R\$ 14,8 milhões no ano passado” (Rodrigues, 2018). Essa matéria informa que o recurso para a aquisição da passagem só pode ser empenhado quando o paciente tem o agendamento da consulta fora do estado. Nosso levantamento *in loco* apurou que a pessoa que cumpria esse papel, pela Associação, continua a fazer essa ligação, voluntariamente, para auxiliar seus concidadãos acreanos. Saab (2020) informa que, em 22 de janeiro de 2020, havia uma demanda represada por falta de recursos, mas que ela foi toda atendida, com a emissão de 138 passagens para TFD, externo ao estado do Acre.

Não é difícil compreendermos a ainda existente busca pelo TFD externo ao estado, se levarmos em consideração o que diz o *Plano Estadual de Saúde: 2016 – 2019*:

Dos 774 estabelecimentos em saúde registrados, a maioria está na região do Baixo Acre, no município de Rio Branco, sede da macrorregião de Saúde, onde se concentra a execução da maioria das ações de média e alta complexidade. Nas regiões de saúde do Juruá/Tarauacá Envira e do Alto Acre, não contamos com centrais de regulação. Na região do Alto Acre não contamos com ambulatórios especializados e na região do Juruá/Tarauacá e Envira não contamos com laboratórios de saúde pública. (Acre, 2016, p. 107).

Caracterizemos um pouco estes 774 estabelecimentos, entretanto, para que se possa ter uma ideia da situação atual do Acre. São apenas três centros de atenção hemoterápica e/ou he-

matológica em todo o estado. Dos 207 centros de saúde/unidade básica de saúde, 84 estão em Rio Branco. Dos 266 consultórios médicos, 250 estão na capital. Há cinco hospitais especializados, quatro na capital. A metade dos 16 hospitais gerais está distribuída entre apenas dois municípios do estado, sendo que os outros 20 municípios não possuem nenhum ou apenas um. Das 46 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, 25 estão na capital. São apenas duas unidades de alta complexidade no estado, ambas em Rio Branco: o Hospital Geral de Clínicas de Rio Branco é responsável pela linha de cuidado cardiovascular e pela linha de cuidado traumatológico; a Fundação Hospitalar Estadual do Acre é responsável pela linha de cuidado cerebrovascular e sedia a Unidade de Alta complexidade em Oncologia (Acre, 2016).

#### A regionalização da saúde no estado do Acre

Não há dúvidas de que a razão tanto para demonstrada curva ascendente do fluxo do TFD entre os anos 1996 e 2000 bem como a situação atual de desmonte do arranjo do TFD para Goiânia sejam consequências das políticas de governo para a viabilização do direito à saúde, tal como foi concebido na Constituição de 1988. O movimento ascendente do fluxo do TFD esteve ligado às políticas de governo paliativas. O decréscimo do fluxo esteve ligado à implantação da regionalização da saúde.

Em uma tese dedicada à questão da regionalização da saúde no Acre, Costa (2017) oferece importantes subsídios para a compreensão da distância entre o artigo 198 da Constituição de 1988 e a realidade que vimos, descrita acima. O autor defende que os

primeiros governos, após a promulgação da Constituição, foram resistentes à regionalização e que o resultado das tensões foi a adoção da estratégia da municipalização da saúde. No seu entender, entretanto, a responsabilização dos municípios pela gestão e execução de serviços e ações de saúde em seus territórios não é a regionalização da saúde definida na Constituição e contribuiu para uma descentralização desarticulada da regionalização, que se expressava numa relação direta dos municípios com o Ministério da Saúde, isolando o ente estadual (Costa, 2017).

Vários autores confluem com a posição de Costa (2017) de que o esforço na direção da efetiva regionalização da saúde começou com o Pacto de Gestão de 2006, pelo qual o Ministério da Saúde, em intensas negociações com representações dos gestores estaduais e municipais começou a alterar a Norma Operacional de Atenção à Saúde, de 2002, em busca de uma regionalização solidária e cooperativa, o que significava inicialmente uma “articulação entre municípios ‘exportadores’ e ‘importadores’ de serviços, sob a coordenação dos governos estaduais” (Machado, 2009, p. 105).

Confrontando-se a narrativa de Costa (2017) e a de Machado (2009), percebe-se que a alteração fundamental da implantação da regionalização foi a inclusão dos governos estaduais no processo negocial.

Mesmo considerando as críticas dos agentes de base contra o excesso de centralismo de Rio Branco e a falta de autonomia das regiões, recuperadas por Costa (2017), a construção das três regiões do estado do Acre envolveu um processo participativo, iniciado em 2002, que levou em consideração as enormes peculiaridades geográficas do Acre, sobretudo o problema da

dificuldade de transporte e a falta de aparelhos de saúde que caracteriza historicamente a região, realidade também descrita por Albuquerque (2013).

Costa (2017) aponta para os nódulos de estagnação e a falta de avanço no processo de regionalização da saúde no estado do Acre, a falta de investimento direto em aparelhos de saúde pública na hierarquia da regionalização: município satélite, município sede, município polo; descentralização da assistência, da capacidade decisória e dos investimentos públicos em relação a Rio Branco.

### Considerações teóricas e finais

A consciência teórica dos estados nacionais de seu efetivo poder sobre a vida e a morte das populações através da construção de aparelhos de estado de governança da vida biológica do rebanho humano data dos séculos XVII e XVIII, destacadamente nos estados de língua alemã, durante o período mercantilista em que a capacidade produtiva populacional passa a ser identificada com a potência do soberano (Rosen, 1980, 1983, 1994).

Foucault (1993, 1994, 2000) leu nesse surgimento alemão da saúde pública, descrito por Rosen, o nascimento de uma transformação na soberania política do Ocidente. Ela que havia sido fundada no poder de morte do soberano transforma-se em poder sobre a vida do rebanho humano, mas um poder que passa a precisar esconder sua potência de morte sob a teleologia da promoção da vida.

Mbembe (2016) vem mostrando que este poder de fazer viver e deixar morrer, a que se refere Foucault, traduz-se no quadro do

imperialismo, no poder discricionário de quem deve viver e quem deve morrer, que pesa sobre as populações inutilizáveis para a reprodução do capitalismo na forma da necropolítica: política do fazer morrer.<sup>6</sup>

Quando se toma por objeto, como aqui, um recorte regional dos problemas da saúde pública, vê-se bem como o poder de decisão do Estado implica permanentemente nessa decisão de quem deve viver e quem pode morrer. A situação de grande abandono em que vive a população interiorana, ribeirinha e pobre do Acre, na falta quase absoluta de aparelhos de saúde pública, que obriga a população a pedir socorro para transportar-se para uma região longínqua de seu domicílio, como Goiânia, dá ao Estado a faculdade de permitir que migalhas orçamentárias apareçam como salvação.

O abuso governamental do recurso ao TFD foi, no caso aqui estudado, uma maneira pela qual o governo federal adiou o cumprimento da Constituição de 1988. Do ponto de vista dos governos estaduais, esse recurso foi uma maneira de reforçar o clientelismo político (Vieira, 2002), uma prática pontual de poder de decisão sobre quem pode viver sob a roupagem da benevolente promoção da vida.

A conquista do território acreano é um fenômeno relativamente recente. Implicou numa exploração de proporções imensas das riquezas naturais amazônicas, sobretudo do látex para a fabricação da borracha. Foi para esse fim que o Estado brasileiro suscitou a migração nordestina para aquela região habitada pelos

---

6 Para uma exposição mais ampla do que a presente, acerca das ideias de Rosen, Foucault e Mbembe, ver Sugizaki (2020).

povos originários, com tudo o que isso significou de morte tanto para eles quanto para os migrantes. Durante os ciclos da borracha e depois deles, não foi em benefício das populações locais que se reverteram os imensos lucros da extração do látex, haja vista a situação de grande abandono em que vive essa população.<sup>7</sup> Do ponto de vista dela, a efetiva regionalização da saúde construída desde as reivindicações de base e por métodos de descentralização do poder, conforme as vozes que falam através de Costa (2017), na contramão do clientelismo a que se prestou o TFD, conforme a denúncia de Vieira (2002), é o que se espera de uma governança da saúde que se encaminhe na direção da comunidade e da coletividade e não na direção do reforço do poder de Estado.

## Referências

ACRE (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde: 2016 – 2019*. Rio Branco, AC: Sesacre, 2016.

ALAGOAS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Regulação e Auditoria. Gerência de Regulação. Assessoria Técnica de Tratamento Fora do Município. *Saiba tudo sobre o TFD (Tratamento Fora de Domicílio)*. Maceió, AL: Sesau, 2017.

ALBUQUERQUE, M. V. *O enfoque regional da política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Tese. (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

---

7 Para mais informações, ver Araújo (2019) e Araújo e Sugizaki (2020).

ARAÚJO, A. S. *Parteiras no Alto Purus: vida e saber*. Rio Branco: Edufac, 2019.

ARAÚJO, A. S. *Transmigração e saúde: do Acre a Goiás (1996-2000)*. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2002.

ARAÚJO, A. S.; SUGIZAKI, E. História e memória no Alto Purus. *Habitus*, v. 18, n. 2, p. 635-650, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em 12 mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n° 237, de 9 de dezembro de 1998. [Dispõe sobre o Tratamento Fora do Domicílio]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 238-E, 11 dez. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria n° 55, de 24 de fevereiro de 1999*. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html#:~:text=Considerando%20a%20Portaria%20SAS%20FMS,Art](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html#:~:text=Considerando%20a%20Portaria%20SAS%20FMS,Art). Acesso em: 22 abr. 2021.



COSTA, A. P. C. *Regionalização do Sistema Único de Saúde na Região do Juruá, Tarauacá/Envira, Acre, no início do século XXI*. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins fontes, 2000.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1993. v. 1.

FOUCAULT, M. La naissance de la médecine sociale. *In*: FOUCAULT, M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. t. 3, p. 207-228.

G1 Acre. *Com parte das viagens suspensas no AC, TFD é recomendado atender recém-nascido com cardiopatia grave*. G1 Acre, Rio Branco, AC, 12 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2020/08/12/com-parte-das-viagens-suspensas-no-ac-tfd-e-recomendado-atender-recem-nascidos-com-cardiopatia-grave.ghhtml>. Acesso em 25/10/20.

IBGE. *Regiões de influência das cidades: 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv40677.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

IBGE. *Regiões de influência das cidades: 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728\\_folder.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728_folder.pdf). Acesso em: 22 abr. 2021. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728\\_folder.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101728_folder.pdf). Acesso em: 22 abr. 2021.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde. Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

MBEMBE, A. Necropolítica. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 123-151, 2016.

RODRIGUES, I. Mais de 7,6 mil pessoas foram atendidas pelo TFD no Acre e investimento foi R\$ 14,8 milhões no ano passado. *GI Acre*, Rio Branco, AC, 24 ago. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2018/08/24/mais-de-76-mil-pessoas-foram-atendidas-pelo-tfd-no-acre-e-investimento-foi-r-148-milhoes-no-ano-passado.ghtml>. Acesso em: 25 out. 2020.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E D. (org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 25-82.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

SAAB, R. Saúde expede mais de 130 passagens e zera demanda do TFD no estado. *Agência de Notícias do Acre*, Rio Branco, 21 jan. 2020. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/saude-expede-mais-de-130-passagens-e-zera-demanda-de-saida-e-retorno-do-tfd-no-estado/>. Acesso em: 25 out. 2020.

SUGIZAKI, E., Do nascimento da saúde pública à saúde coletiva: reativar a contra-história. *Revista História: Debates e Tendências*. Passo Fundo, RS, v. 21 n. 1, p. 79-99, 2021.

VIEIRA, A. C. Clientelismo e serviços de saúde. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, MA, v. 6, n. 1, p. 1-29, 2002.

## ◆ HISTÓRIA DO POVO JAVAE: SAÚDE, DOENÇAS E ESPIRITUALIDADE

**Elias Nazareno<sup>1</sup>**

**Luciana Leite da Silva<sup>2</sup>**

### Introdução

A história dos povos indígenas no Brasil foi dividida pela historiografia em diferentes etapas. Entretanto, grande parte das narrativas historiográficas acerca destes períodos parece ignorar o fato de que essas populações já habitavam o que conhecemos agora como Brasil, desde tempos imemoriais. No momento da chegada dos portugueses calcula-se que existiam aproximadamente mil e trezentos povos que perfaziam algo em torno de três ou quatro milhões de indígenas (Nazareno, 2019). Como se sabe o contato foi catastrófico para esses povos. Dos prováveis mil trezentos povos restam hoje trezentos e cinco. O século XVI foi palco de um

---

1 Doutor em Sociologia pela Universidad de Barcelona. Docente no curso de História e no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás (PPGH/UFG).

2 Doutora em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente na Rede Estadual de Educação de Goiás.

intenso processo de interação entre brancos e índios, no qual os primeiros contavam, sem saber, com aliados poderosíssimos na empresa colonial. Como afirma Monteiro (1994, p. 17), no século XVI os “surto de contágios, conspiraram para debilitar, desorganizar e, finalmente, destruir os Tupiniquins”. Este fenômeno se estenderia aos demais povos indígenas em praticamente todo o território que paulatinamente seria ocupado pelo colonizador.

Desde o início do processo colonizador, o contato entre brancos e diferentes povos indígenas passou a ser cada vez mais frequente. Confusos com tamanha diversidade em termos étnicos e linguísticos, os colonizadores trataram logo de classificá-los entre os que aparentemente lhes eram mais próximos e compreensíveis e aqueles que seriam diferentes de tudo o que até então conheciam. Deste modo, dividem as populações indígenas entre os povos Tupi e Tapuia, palavra de origem Tupi que significa bárbaros (Monteiro, 2001). A partir da chegada e instituição do primeiro governo geral, de Tomé de Sousa, em 1549, vieram também os jesuítas, cabendo a estes a gigantesca e inútil tarefa de catequizar e civilizar os indígenas. Entre as estratégias utilizadas por essa ordem para atingir seus objetivos, estavam a instituição dos aldeamentos e o aprendizado da língua Tupi. O aprendizado da língua indígena teria como objetivo fundamental utilizá-la como correia de transmissão dos valores do mundo, dito civilizado, para os “selvagens”. De acordo com Palacin (1981), o aprendizado da língua Tupi era uma das principais obrigações dos jesuítas, e aqueles que não se dedicavam com a atenção necessária eram muito criticados e, em alguns casos, punidos com o retorno à Portugal. Como resultante dessa estratégia, foi criada a chamada língua geral ou Nheengatu,

utilizada como principal meio de comunicação no Brasil até o final do século XVIII (Nazareno, 2019). Isso explica em grande parte a distinção entre Tupi e Tapuia.

Foi com esse tipo de classificação que os colonizadores adentraram o território brasileiro. Grande parte da Região Centro-Oeste era (e ainda é) ocupada por povos considerados Tapuia. São, na verdade, povos pertencentes ao tronco linguístico Macro-Jê. Logo, foram vistos e tratados como inimigos a serem capturados e escravizados, pelo menos até o final do século XVIII (Karasch, 1992, 1997). Havia uma diversidade enorme de povos, dentre estes, os Avá-Canoeiro, povo pertencente ao tronco linguístico Tupi, mas igualmente considerado Tapuia pelo colonizador, Bororo, Boxeti (ou Poxeti), Norocoagé, Apinayé, Corti, Javaé, Karajá, Kaiapo, Kraô, Xacriabá, Xavantes. Muitos destes povos desapareceram e com eles perdemos grande parte dos seus conhecimentos.

A história da ocupação da Região Centro-Oeste, a exemplo das demais regiões do Brasil, foi marcada pela extensão das políticas adotadas pelo Estado português, com diferentes nuances. Desde a política organizada pelos jesuítas e demais ordens religiosas que chegaram ao Brasil, também no século XVI, como Beneditinos, Franciscanos e Carmelitas, até a política dos aldeamentos organizados a partir de Pombal, no século XVIII, os indígenas foram sendo utilizados, ora como escravos, ora como supostos súditos da coroa portuguesa.

Neste capítulo iremos abordar como foi o contato e seus desdobramentos entre o colonizador e um dos povos citados acima, o povo Javaé. A escolha deste povo em particular se deve, em grande parte, às estratégias de isolamento adotadas por ele em

relação à incursão dos colonizadores, já a partir do final do século XVI. Dentre as estratégias está, por exemplo, a sua interiorização na ilha do Bananal, na medida em que o branco, e junto a ele, suas doenças, se aproximavam de seu território. Este tipo de atuação tem sido interpretado por estudos recentes, vinculados à nova história indígena (Almeida, 2010, 2017; Monteiro, 1994, 2001), como protagonismo indígena e também como de resistência e de desobediência epistêmica pelos estudos decoloniais (Araújo, 2019; Maia, 2020; Nascimento, 2019).

O objetivo deste capítulo é entender como, historicamente, o povo Javaé foi atingido pelas sucessivas ondas de epidemias trazidas pelo colonizador. Para tanto, será analisado o papel do Estado e dos seus órgãos de “assistência indígena” – Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e Fundação Nacional do Índio (Funai)<sup>3</sup> – na disseminação e no tratamento de doenças. Por outro lado, tendo em vista as metodologias decoloniais, em especial aquela vinculada à conversação (Haber, 2011, p. 19), para a qual “aprender es conversar, en el sentido en que aprender es hacer versiones de uno en relación con otros”, buscaremos explicitar como o povo Javaé compreende e expressa essas experiências históricas em suas narrativas e quais foram os impactos das doenças na organização social e do seu território.

---

3 Para mais informações sobre o SPI, ver Brasil (2020).

## Breve história do povo *Berò Biawa Mahãdu* (Javaé)

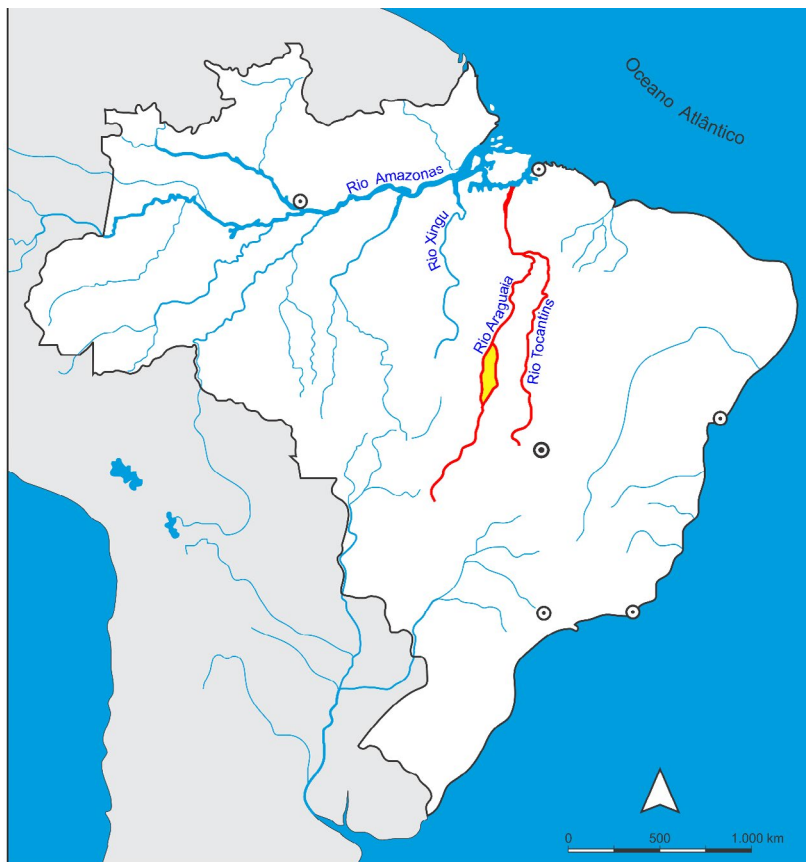
Os Javaé são um dos poucos povos da antiga capitania de Goiás que sobreviveu às violentas ondas de colonização destinadas a obtenção de mão de obra, cristianização, promoção da navegação pelo Rio Araguaia e exploração de recursos da região. Como afirma Araújo (2019), durante um longo período foram tratados por antropólogos, órgãos governamentais, exploradores e missionários como pertencentes ao povo Karajá, ou como seu “subgrupo”. Os Javaé compartilham com os Karajá e os Xambioá aspectos cosmológicos, ritualísticos e pertencem ao tronco linguístico Macro Jê. Falantes do *Iny Rybè* os três grupos compõem o povo *Iny* (“ser humano” ou “gente”), que ao longo de vários séculos compuseram e compartilharam a ecologia do Vale do Araguaia<sup>4</sup>. Segundo Mendonça, tanto os Javaé quanto os Karajá se autodenominam *Itya Mahãdu* (“o povo do meio”), por pertencerem a um nível intermediário do cosmos (entre o nível subaquático e o nível celeste). Outra autodenominação é *Ahana Òbira Mahãdu* (“o povo de fora” ou “o povo com a face de fora”), referindo-se ao acontecimento mítico em que os humanos saíram do fundo das águas (espaço fechado) para o nível terrestre (lugar amplo e aberto) (Rodrigues, 2021, não paginada). A Figura 1 apresenta a localização dos Javaé na etnoregião Araguaia-Tocantins.

---

4 A Ilha do Bananal é dividida ao meio pelos Rio Jaburu e Riozinho, os quais são tidos como um limite natural entre o território Javaé (leste) e Karajá (oeste). As narrativas orais e os documentos escritos a partir do século XVII asseguram que os Javaés habitavam toda a bacia do rio Javaés (braço menor do rio Araguaia), enquanto os Karajá habitavam o curso do rio Araguaia, no lado ocidental da Ilha do Bananal (Rodrigues, 2021).



Figura 1 - Mapa do Brasil com destaque à etnoregião do Araguaia/Tocantins



Fonte: Rodrigues (2008).

Embora exista uma história de intensas trocas culturais entre os *Iny* da Ilha do Bananal, os Javaé não se reconhecem como sendo pertencentes ao povo Karajá e, especialmente no século XXI, vêm negando esta aceção no sentido de se afirmarem como povo que possui uma trajetória histórica específica e única (Araújo, 2019, p. 17).

De acordo com o Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal – PPTAL/Funai,<sup>5</sup> os Javaé vivem nos territórios próximos ao rio Araguaia há pelo menos quatro séculos e foram os primeiros a chegarem ao médio Araguaia e ao interior da Ilha do Bananal. Esta afirmação é corroborada por

depoimentos da população regional, de servidores da Funai, da população Javaé e Karajá, mas também pela grande quantidade de vestígios de ocupação remota e recente, tais como artefatos líticos, cerâmica utilitária, vasos funerários, restos de casas, restos de plantações etc. (Brasil, 2007, p. 22).

Ao contrário do que ocorreu com os grupos vizinhos, os Javaé não sofreram os ataques das expedições escravagistas que percorreram o Vale do Araguaia entre os anos 1598 e 1750. A partir de 1770, quando se estabeleceu uma política de aproximação entre instituições colonizadoras e os povos da bacia do Araguaia, apareceram os primeiros registros oficiais se referindo especificamente aos Javaé. Os aldeamentos resultantes deste projeto provocaram uma dizimação em razão da brutalidade das guarnições militares, dos trabalhos forçados e da epidemia de sarampo. A memória nativa ainda carrega os traumas dos presídios e das bandeiras empreendidas no último quartel do século XVIII. A fuga para o interior da ilha possibilitou um relativo isolamento em relação aos não indígenas, durante o século XIX, e

---

5 O projeto resulta de uma coletânea de documentos que viabilizaram o processo de homologação da Terra Indígena *Ināwébohona* e se constituiu a partir da associação entre as narrativas tradicionais do povo Javaé e as pesquisas elaboradas por arqueólogos, biólogos, engenheiros e antropólogos.

se configurou como uma verdadeira estratégia de enfrentamento aos empreendimentos colonizadores.<sup>6</sup>

No início do século XX, ocorre uma reconfiguração destas relações já que os Javaé, a “partir de 1900, recebem em suas aldeias moradores da região, comerciantes, autoridades provinciais, missionários católicos, e etnógrafos” (Brasil, 2007, p. 21). Em 1911, tem-se o primeiro contato oficial do SPI com os habitantes do interior da Ilha. Entre os anos 1900 e 1950, intensifica-se o comércio, as visitas regulares em suas aldeias e a ocupação do interior da ilha por pecuaristas regionais. Entre 1950-1980, estima-se que as epidemias teriam reduzido a população pela metade. É também um período marcado pelo esbulho do patrimônio indígena, aumento do consumo de álcool, dispersão da população, disputas com fazendeiros e órgãos indigenistas. A partir da década de 1990, se inicia a retomada de aldeias tradicionais e de parte dos territórios que foram ocupadas por invasores, processo que foi acompanhado por uma relativa recuperação da população (Rodrigues, 2008, 2021).

---

6 Muito provavelmente, em função desse isolamento, as pesquisas acadêmicas acerca dos Javaé são relativamente escassas, até bem pouco tempo, e os vinculam, na maioria das vezes, como um subgrupo Karajá. Podemos encontrar estudos relacionados a esse povo, em áreas como a antropologia, a música e a história (Bonilla, 2000; Rodrigues, 2021) e, mais recentemente, sob um enfoque intercultural e decolonial (Araújo, 2019; Maia, 2020; Nascimento, 2019; Nazareno; Freitas, 2013; Pin, 2014; Silva, 2014, 2019).

## SPI, Funai, invasões territoriais, saúde e doenças entre os indígenas

O dualismo entre povos “tupi” e “tapuias” se expressa sob uma nova roupagem, nas primeiras décadas da República, por meio do dualismo entre litoral (espaço colonizado) e sertão (espaço desconhecido, a ser colonizado). Conforme analisa Nísia Lima Trindade (1998), neste período emerge junto com o imaginário do sertanejo os projetos de incorporação destes espaços, por meio da construção de ferrovias, expedições, mapeamento, delimitação de fronteiras e políticas de saneamento. Tudo isso sob a égide do Estado, que “reuniu atores sociais informados pelo cientificismo dominante entre a intelectualidade” (Lima, 1998, p. 164.). Neste sentido, projetos como as expedições do Marechal Rondon, no início do século XX, foram idealizados como caminhos legítimos para a incorporação, progresso, civilização e modernização, pois englobava ao mesmo tempo a construção de linhas telegráficas, o reconhecimento cartográfico, estudos da fauna e da flora, e as próprias condições epidemiológicas. Nesta trajetória, os contatos com os povos indígenas foram incorporados como parte do próprio processo de domínio da natureza (Lima, 1998).

É sob esta perspectiva que Rondon, positivista ortodoxo, propõe a criação de uma agência indigenista do Estado brasileiro, a qual se concretizou, em 1910, sob a denominação de Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN), designada por apenas SPI, a partir de 1918. Sua experiência de contato com povos indígenas se tornou um dos pilares do trabalho desta instituição, que se organizou a partir da criação das frentes de atração e pacificação de povos indígenas.

Sob inspiração dos aldeamentos jesuíticos, instituídos a partir do século XVI, as principais estratégias podem ser assim sintetizadas: atrair os índios; utilizar intérpretes do mesmo tronco linguístico para comunicação com os “arredios”; instalação de posto e roçado dentro de territórios indígenas; exibição de armas de fogo; trocas de presentes; pacificação e confraternização.

Assim como durante todo período colonial e imperial, a República replica o binômio convívio e contaminação que, nas palavras de Darcy Ribeiro, “ensina que as armas de conquista foram alguns apetites de ideias, um equipamento mais eficiente de ação sobre a natureza, bacilos e vírus, sobretudo vírus” (Ribeiro, 1956, p. 3). Neste artigo, intitulado “Convívio e contaminação: efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas”, Darcy Ribeiro apresenta os impactos das frentes de atração e pacificação do SPI sobre o aumento da mortalidade entre os indígenas. Este estudo e as experiências do médico sanitarista Noel Nutels serviram de base para a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), em 1956.

Até então, não houvera nenhuma organização sistemática no atendimento à saúde indígena, e esta proposta também fora subsidiada pela noção de processo civilizatório. Neste caso, o SPI falava em civilizar a medicina indígena:

São inegáveis as profundas diferenças e divergências existentes entre a “Medicina” Indígena e a dos civilizados; enquanto aquela se baseia em falso e primitivo conceito de vida, e se exerce empiricamente através de práticas supersticiosas e mágicas, a dos civilizados se baseia em técnicas e métodos científicos experimentais sob a condição da moral civilizada

cujos valores se tornam incomparáveis àqueles dos primitivos silvícolas. (Plano do Serviço Médico Sanitário, 1946 *apud* Brito e Lima, 2013, não paginado).

Este documento evidencia que além da violência física, operou-se uma violência epistêmica na medida em que as noções de saúde e doença são impostas desde a perspectiva ocidental, bastante influenciada pela ideia cristã de que corpo e alma são coisas distintas. O corpo seria o carcereiro da alma. Percepção diametralmente oposta à dos povos indígenas que, a partir de suas cosmologias holísticas, não separam cultura e natureza, corpo e mente. Na verdade, sequer problematizam tais questões.

O conhecimento científico, hoje considerado hegemônico partiu da prática, porém, dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática, a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico, positivista, destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo. Com a divisão entre mente/alma e o corpo, a ciência médica passa a cuidar apenas do corpo, colocando o sagrado, o subjetivo absolutamente à margem na abordagem do doente. (Nazareno, Cardoso, 2013, p. 250).

O primeiro contato oficial entre o SPI e o povo Javaé se deu em 1912 e se tornou intermitente com a criação do Posto Indígena Damiana da Cunha, em 1952, na aldeia Barreira Branca, no atual estado do Tocantins. No entanto, entre estes dois períodos o contato se deu por intermédio do Posto Indígena Redenção, conforme consta no relatório do SPI de 1930, “continua os Javahé

a nos visitar, no Posto Redenção Indígena, onde os temos fraternalmente recebidos, proporcionando-lhes a assistência possível” (Brasil, 1930, p. 75).

O mesmo documento expõe a situação sanitária registrada no corrente ano: “vários casos de gripe, impaludismo e outras enfermidades entres os nossos protegidos indígenas e entre os nossos companheiros do Serviço” (Brasil, 1930, p. 80). Se encontram ainda referências à construção de picadas e estradas que fizessem ligação entre este posto e as aldeias Javaé, como alternativa à navegação pela costa da Ilha, que levava de 15 a 20 dias (Brasil, 1930).

Segundo Costa (1987), a criação do SPI não significou a elaboração de um sistemático serviço de assistência à saúde dos grupos indígenas, ainda que a presença desta instituição tenha sido um dos grandes vetores de diversos tipos de epidemias. Nem mesmo o Susa atenderia de forma satisfatória às demandas, as quais se limitaram à rota aérea da Força Aérea Brasileira (FAB). Em 1968, este programa foi incluído na estrutura do Ministério da Saúde como Unidade de Atendimento Especial (UAE) e, em 1973, conveniou-se a Divisão de Saúde da Funai, órgão que assumiu a responsabilidade da execução da assistência médica.

A Constituição de 1988 consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 1999, criou-se o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, composto por Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis), implantados em terras indígenas para atender a população. O propósito desta nova política consiste em

garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural,

geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura [...]. (Brasil, 2002, p. 13).

Esses Dseis, em suas diretrizes, visam promover uma integração entre saúde indígena e medicina ocidental, preparar recursos humanos, monitorar a saúde indígena e garantir ambientes saudáveis. Trata-se de pequenos postos de saúde que cuidam de doenças de menor complexidade e, caso necessário, encaminha-se o paciente para a cidade mais próxima que possua recursos hospitalares, no caso dos Javaé, Gurupi ou Palmas, no estado do Tocantins.

O fato é que todo o processo a que foram submetidos historicamente e que, em grande medida, tiveram como agentes as próprias instituições SPI e Funai, atingiu de forma violenta as condições básicas da saúde do Povo Javaé, o território e a segurança alimentar. A mudança na alimentação, a poluição das águas, a pesca predatória, a dificuldade de se fazer roça, em razão da presença do gado, a inserção de produtos industrializados, dentre outros fatores, têm contribuído em grande medida no aumento de doenças como hipertensão e diabetes, atingindo inclusive a população mais jovem.

**Perspectiva Javaé de saúde, doença, corpo e espiritualidade.**

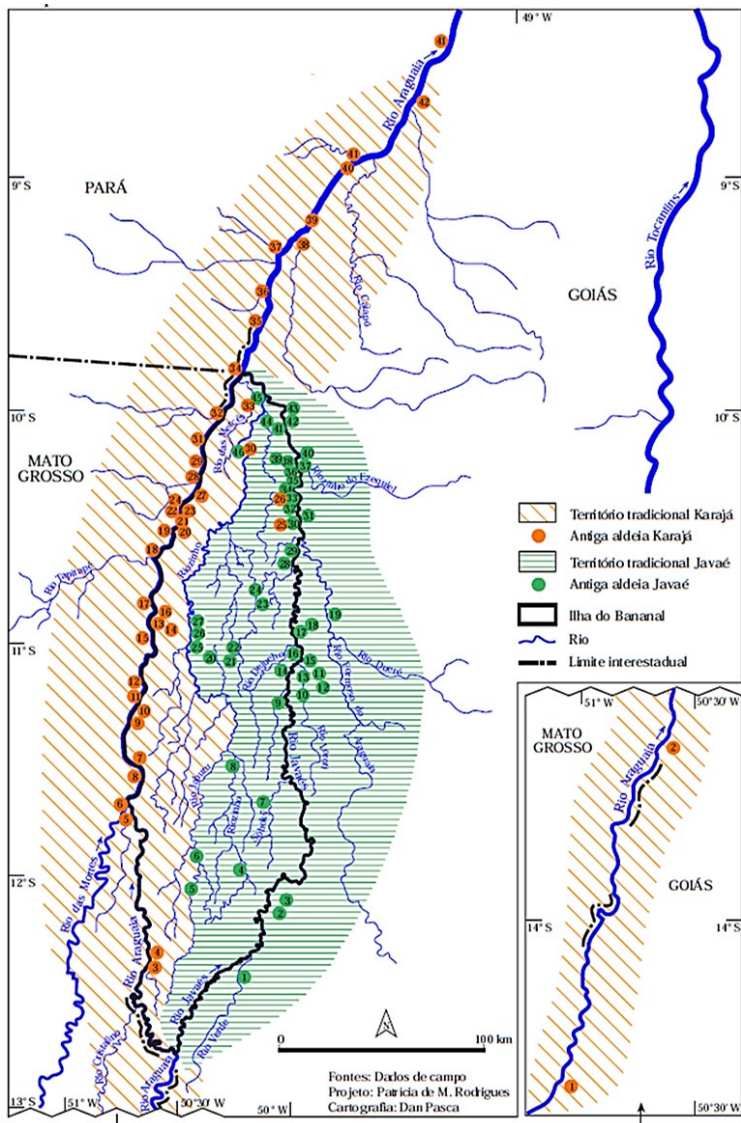
As epidemias provocaram uma reconfiguração territorial e uma dispersão dos habitantes que residiam no interior da Ilha do Bananal para as margens do rio Javaés.



Segundo a memória oral nativa, os Javaé habitaram em mais de 50 aldeias até o início do século 20, de duração e tamanhos diferenciados, mas a grande maioria foi extinta por causa de epidemias diversas. (Rodrigues, 2021).

A Figura 2 representa os locais de ocupação tradicional Javaé, sendo possível notar que as aldeias foram construídas em diferentes regiões da Ilha do Bananal, ainda que tenham se concentrado na região norte. Outro fator de relevância é o número de aldeias localizadas do lado direito da Ilha, em razão do hábito tradicional de se realizarem acampamentos destinados a incursões de pesca nas praias do Rio durante o verão. Para a maioria dos povos indígenas da região Araguaia-Tocantins existe apenas duas estações durante o ano, o verão, entre os meses de junho e setembro, e o inverno, de outubro a maio.

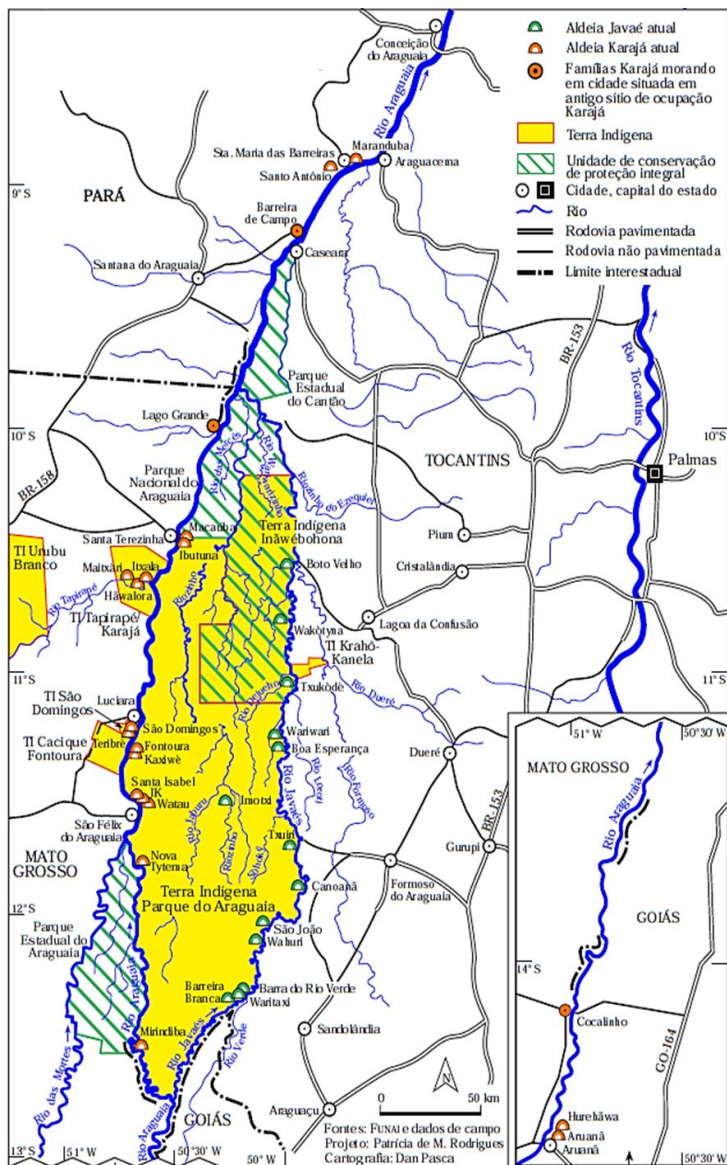
Figura 2 - Território tradicional dos povos indígenas Karajá, Xambioá e Javaé



Fonte: Rodrigues(2008).

A intensa depopulação sofrida nas décadas de 1960 e 1970 e a busca por recursos naturais fez com que os habitantes das aldeias tradicionais passassem um longo período perambulando entre taperas e capoeiras de inúmeras aldeias que haviam desaparecido, até se instalarem às margens do rio Javaés (Rodrigues, 2021). Observando a Figura 3, que representa as aldeias Javaé no ano de 2008, constatamos que houve uma enorme redução do número de aldeias, bem como dos territórios ocupados. A ação de tentar se isolar dos brancos empurraram os Javaé para as margens do rio, no entanto, as frentes de expansão da segunda metade do século XX os expulsaram de seus territórios tradicionais, que atualmente não contam mais com as regiões fora da Ilha do Bananal, local de posse principalmente da Fundação Bradesco (Figura 4) e de famílias assentadas pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

Figura 3 - Aldeias Javaé e Karajá em 2008



Fonte: Rodrigues (2008).

Figura 4 - Vista aérea da Escola de Canuanã (TO)



Fonte: Google Maps (2021).

Há uma unidade da Fundação Bradesco localizada há pouco mais de três quilômetros da aldeia Canoanã, do Povo Javaé, no município de Formoso do Araguaia. Esta unidade foi inaugurada em 1973, portanto, em plena ditadura militar, e foi edificada em território indígena Javaé. Segundo relatos da antropóloga Patrícia Mendonça Rodrigues (2008), no local onde foi edificada a Fundação Bradesco havia a aldeia Kanoano, fundada com remanescentes de epidemias na década de 1940. Desde o início do século XX esse território era compartilhado com os Avá-Canoeiro.

Ricardo Twaxi Javaé conta que os povos antigos construíram grandes aldeias no interior da Ilha, como *Wari-Wari*, que ficava a 14 Km da margem do rio Javaés, *Marani-Hawa*, no sul da Ilha do

Bananal e *Imõtxi* no centro da ilha. As epidemias que se disseminaram a partir do contato com o SPI fizeram com que

aqueles que escaparam se mudaram para mais longe de *Imõtxi* e criaram uma aldeia na margem de Riozinho chamada de *Wajukabu*, ao norte da Ilha do Bananal, no lugar chamado *Wabe*. Outras aldeias que foram criadas naquele tempo, foram as antigas aldeias *Kuritiwi* e *Juani* na margem do rio Jaburu (*Ikorobi-wo*). (Tèwaxi Javaé, 2019, p. 48).

Outro fenômeno de dispersão em razão das epidemias, se refere às famílias que viviam na região norte da Ilha, os antigos povos de Pataca ou *Bedeky – mahadu* (povo que habita o meio do mundo). Os sobreviventes se deslocaram para a margem do rio, na região de Boto Velho.

Eram poucas famílias, mas que deixaram seus lugares de origens e nunca mais voltaram aos seus territórios, onde eles viviam nos lugares diferentes nas margens dos lagos e deslocavam de um lago para outro a pé, por que não existem nenhum um rio na região. (Tèwaxi Javaé, 2019, p. 71).

Também, os antigos moradores de *Láràtxi-Ijò* e de *Wari-Wari* foram atingidos pelas epidemias trazidas pelos garimpeiros de cristais de rocha. A partir de 1960, o SPI agrupou estas famílias na aldeia *Kanōanō*. “Nesse período foram obrigados a abandonar os seus territórios e não mais conseguiram retornar para sua aldeia tradicional” (Tèwaxi Javaé, 2019, p. 80).

Para compreendermos os impactos das epidemias sobre a redistribuição das aldeias na Ilha do Bananal, faz-se necessário retomar a concepção de corpo/saúde/espírito entre os Javaé. O

que os colonizadores denominaram “primitivo conceito de vida”, “superstição” e “magia” constituem, na verdade, um amplo conhecimento gerido ao longo de séculos e que encontram na natureza a base dos recursos para tratamento de moléstias.

Estes saberes medicinais se constituíram na interação da cultura Javaé com outros povos que habitaram a bacia do Araguaia no passado remoto ou que ainda se encontram em regiões próximas a Ilha do Bananal como, por exemplo, os Xavante, Xerente, Tapirapé, Karajá e Xambioá (Rodrigues, 2008, p. 68). Ao longo da narrativa mítica vão sendo apresentados os vários povos que contribuíram na formação dos Javaé, em termos de substância física, como os povos *Ijèwèhè*, *Kuratanikèhè*, *Wèrè*, *Imotxi*, *Wou* (Tapirapé), Karajá, *Werehina*, *Kuriawa(k)u*, e em termos bens culturais e materiais, como os povos *Bisaru(k)èrè*, *Ijèwèhè*, *Kuratanikèhè*, *Wèrè*, *Karalu*, *Wou*, *Torohoni* (ou *Kanōanō*), Karajá, *Halylyra*, *Hèryri Hetxi Tèbè*, *Mōri*, *Kuriawa(k)u* e *Koriminikèhè* (Rodrigues, 2008). É desta interação entre os diferentes povos e os recursos ecológicos de seus territórios que se originou, ao longo de séculos, a elaboração da medicina Javaé.

Essas tradições permanecem em parte vivas na memória dos Javaé. Trabalhos realizados no Curso de Licenciatura em Educação Intercultural Indígena da Universidade Federal de Goiás – UFG revelam que os conhecimentos acerca de práticas relacionadas ao que conhecemos como saúde indígena seguem preservados. No projeto extraescolar da indígena Rosângela Rodrigues de Oliveira Castro, intitulado “As plantas medicinais do povo Javaé”, realizado em 2013 na aldeia Txuiri, Ilha do Bananal, esses conhecimentos são manifestados a partir das vozes de anciãos e anciãs Javaé de forma muito clara (Castro, 2017).

Como pode ser visto na descrição das enfermidades e dos remédios tradicionais para cada uma delas, os nomes estão na língua dos Javaé, o *Inyrybè*, e se referem a plantas que são utilizadas para dor de barriga:

**Hadoroko** – corcedi/murici/goiaba/jenipapo

**Henô** – um pé parecido de banana

**Holokoe Tobó** – uma parecida com capim com folha grande

**Ráma Koni** – É usado para a pessoa que tem dor na barriga, bate ele e coloca dentro da água e toma no copo para passar a dor.

**Febre Wereheni** – toma o banho da folha e bebe o chá; é tipo ramo de melancia, a folha é parecida com a de melancia e eles crescem bastante no inverno.

**Febre/tixỹ** – é parecido com capim e pega a raiz e faz o chá e toma enquanto estiver com febre vai tomando até quando a febre passar.

**Vômito Heloi/daburabe** – É uma planta parecida com a de mandioca, tira-se a raiz, bate e faz o remédio para tomar na forma de chá enquanto estiver vomitando. (Castro, 2017, p. 20, grifo do autor).

Outra pesquisa foi realizada por Izamar Oliveira Karajá (2017), investigou entre anciãos, anciãs e pajés outras tantas plantas medicinais, tais como a Sereryta, que possui ação cicatrizante e anestésica; a Kaxuera Wèrèhè, conhecida como “pimenta-de-macacó”, que trata infecções, muito usada entre os guerreiros após o ritual de escoriação; o Kỳòkò, `ywaò (jatobá), para febre; Okòrònpa (urucum), usado para hidratar a pele e tratar coceiras; Asiderioà (casca da árvore ipê), para dor de estômago e gastrite; Inharè, para coceira e micose; Kuorini, para gripe forte, dor de



garganta, mal-estar, vômito e diarreia; Kotisoco, para diarreia e tratamento de feridas; Iratukulyky e Xibure, para gripe, tosse e diarreia; Beijareko (pau-de-leite), para tratamento de feridas e inchaços; e Txixynti, usada para que se “banhe a moça para que ela não seja danada” (Karajá, 2017, p. 192).

Para além dos processos de cura, as plantas também auxiliam a formação do ser humano e fortalecem o crescimento das crianças, principalmente dos meninos, conforme narra Ricardo Tèwaxi Javaé:

Por exemplo, as cascas de jatobá são usadas quando tem o ritual de *Hetohokỳ*. Nesse ritual se dá banho diariamente no menino, passando para ele a altura das árvores. São usados nos rituais as cascas de árvores muito altas, como as cascas de jatobá e cascas de tamboril. As crianças em geral, antes de passar no ritual, os pais ou avôs passam as castanhas de coco babaçu, pisadas no pilão, nas costas ou corpos inteiros para que as crianças cresçam igual pé de cocô babaçu, altos. (Tèwaxi Javaé, 2019, p. 25-26).

A formação dos corpos também se encontra relacionada aos conhecimentos de pássaros, como alguns gaviões, cujas unhas são utilizadas para riscar os braços das crianças, fazendo-as assim excelentes atiradoras de flechas. Ainda segundo Ricardo Tèwaxi (2019), notícias relacionadas à morte ou às enfermidades são transmitidas pelo pássaro acauã. Do pássaro xexéu, que é capaz de imitar os sons de todos os pássaros, faz-se o uso de suas penas como “cotonete” para passar toda sua inteligência para a pessoa. Também, o mundo aquático está repleto de elementos ligados a saúde como, por exemplo, o uso dos dentes de peixes cachorra e

aruanã para escarificar pernas, coxas, braço, peitos e costas dos lutadores. A pimenta recebe um lugar especial no tratamento do atleta e no desenvolvimento de voz alta e forte, ou seja, na cultura Javaé ela faz parte da formação e da preparação do corpo humano. No entanto, o que conhecemos por “medicina tradicional” se articula por meio do *hàri* (pajé) ao mundo espiritual. Existe uma comunicação que só o *hàri*, com suas visões cosmológicas, pode fazer com as plantas, que possuem vidas, línguas e músicas.

Na cosmologia Javaé, o *hári* (pajé) tem poder de cura e também de morte, de forma que quando uma morte ocorre, pode ser associada às ações desta personalidade, a qual, na maioria das vezes, tem que deixar a aldeia em que vive juntamente com sua família. Portanto, a história da dispersão dos Javaé no interior do território pode ser associada a um duplo movimento: a opção de não manter contato com as frentes de expansão e a fragmentação das aldeias a partir da expulsão dos pajés, diretamente relacionada à fenômenos epidêmicos.

Segundo Rodrigues (2008, 2021), até os anos 90, os Javaé interpretaram estas sucessivas ondas de epidemias como produtos de *rubunahaky*, grandes feitiços mortais coletivos, provocado por atos imorais e violações de segredos rituais. As mortes provocaram acusações de feitiçarias e conflitos, que provocaram a dispersão das famílias do interior da ilha para as margens do Rio Javaés. Dos estimados 1000 habitantes, em 1908, restaram cerca de 300 pessoas, no ano 1976.

Ricardo Tèwaxi Javaé narra assim este período, a partir das memórias de seu pai:

No ano de 1949 os não-indígenas chegaram na região e começaram a invasão na Ilha do Bananal. Uma pessoa morou perto da aldeia e disse que iria morar junto com meu pai como um amigo. Esse homem era um tal de Vicente Tavares Marquinhos. Com o passar do tempo, o pai de criação do meu pai morreu bem como outras pessoas, provavelmente de uma epidemia. (Tèwaxi Javaé, 2019, p. 15).

Em razão desta experiência traumática, são poucos os relatos acerca deste processo. Por outro lado, os Javaé incorporaram em sua narrativa histórica a presença do branco (*tori kuni*) inclusive transformando-o no maior espírito *aõni* (seres ferozes). Segundo Tèwaxi Javaé (2019), esta foi uma maneira de homenagear *Myrihoko Tòròhòni mahadu*, figura mítica feminina que teve coragem de matar o homem branco, no meio dos conflitos contra os bandeirantes. A partir de então, os *hàri* (pajés) pedem ajuda a este espírito para proteção e tratamento das pessoas que estão com alguma enfermidade.

Assim, o mundo da alteridade foi incorporado, e as novas doenças, desconhecidas até a chegada dos brancos, passaram a ser tratadas a partir da associação entre os saberes indígenas e a medicina ocidental. Como afirma Izamar Karajá, a partir de sua pesquisa sobre plantas medicinais:

A cada entrevista que fazia e as reflexões que Dona Hukanahi Javaé ia fazendo, entendia que nós, mais jovens, jovens estamos deixando perder uma conhecimentos e ensinamentos importantíssimos do nosso povo para ficarmos reféns de uma medicina Ocidental. Deste modo, deixando de lado os conhecimentos adquiridos pelos nossos avós e anciões da comunidade, tornando assim nossa medicina de vida enfraquecida por

causa da grande influência dos medicamentos farmacêuticos produzidos pelo não indígena. (Karajá, 2017, p. 194).

Por isso, quando morre uma anciã ou um ancião, o sentimento de perda e luto é bastante profundo, pois a possibilidade de manutenção daquele saber especializado se vai junto com eles.

### Considerações finais

A partir do exposto acima podemos perceber a inter-relação entre as frentes de expansão, a disseminação de epidemias e a reconfiguração da organização das aldeias Javaé dentro e fora da Ilha do Bananal. Tanto a presença de colonizadores, como das instituições indigenistas (SPI e Funai), teoricamente destinadas à “proteção destas populações”, tiveram papel fundamental no enraizamento de problemas relacionados à saúde indígena, que se arrastam até os dias atuais. Nem mesmo o acesso a água potável é garantido pelos Dseis, situação que é agravada pelo aumento dos períodos de seca na região, provocado pelo uso intensivo das águas para os grandes projetos de irrigação agrícola, direcionados principalmente para a produção de arroz no município de Formoso do Araguaia no estado do Tocantins. A seca provoca uma diminuição das fontes de alimentação tradicionais, intimamente ligadas à vida do rio: peixes, tartarugas, tracajás, ovos de diversas espécies de quelônios. Conforme exposto pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib, 2020), a saúde indígena engloba, para muito além da medicina laboratorial, também a segurança alimentar, a demarcação e proteção de seus territórios e as possibilidades de manutenção da reprodução cultural e espiritual.

Inclusive, a Marcha das Mulheres Indígenas, realizada em Brasília no ano de 2019, trouxe como tema a síntese destas questões: “Território: Nosso corpo, Nosso espírito”.

## Referências

ALMEIDA, M. R. C. A atuação dos indígenas na História do Brasil: revisões historiográficas. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 37, n. 75, 2017.

ALMEIDA, M. R. C. *Os índios na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

APIB. *Emergência indígena: Plano de enfrentamento da Covid-19 no Brasil*. Brasília: APIB, 2020. Disponível em: <http://apib.info/files/2020/06/Plano-Indi%CC%81gena-de-Enfrentamento-ao-Covid-19-Versa%CC%83o-final.docx.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ARAÚJO, O. C. G. *Os Javaé e o protestantismo: salvação e resistência (1896-1937)* Goiânia-GO. 2019. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

BONILLA, O. *Reproduzindo-se no mundo dos brancos: estruturas Karajá em Porto Txuiri, Ilha do Bananal (Tocantins)*/ Oiara Bonilla. Rio de Janeiro: UFRJ/PPGAS, 2000.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fundação Nacional do Índio. *Serviço de Proteção aos Índios – SPI*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2020. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/servico-de-protecao-aos-indios-spi>. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Projeto Integrado de Proteção às Populações e Terras Indígenas da Amazônia Legal – PPTAL/Funai. *Coletânea de documentos da terra indígena: Inãwébohona*. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2007. Disponível em: <http://biblioteca.funai.gov.br/media/pdf/Folheto70/FO-CX-70-4495-2012.PDF>. Acesso em: 22 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Funasa, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério de Trabalho, Indústria e Commercio. *Relatório do Serviço de Proteção aos Índios – SPI*. Rio de Janeiro: Ministério de Trabalho, Indústria e Commercio, 1930. Disponível em: [http://www.uft.edu.br/neai/file/rela\\_SPI\\_goiias1930.pdf](http://www.uft.edu.br/neai/file/rela_SPI_goiias1930.pdf). Acesso em: 24 abr. 2021.

BRITO, C. A. G.; LIMA, N. L. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências humanas*, Belém, PA, v. 8, n. 1, p. 95-112, 2013.

CASTRO, R. R. O. As plantas medicinais do povo Javaé. In: SILVA, L. J.; NASCIMENTO, A. M.; NAZARENO, E.; RIBEIRO, J. P. M. (org.). *Documentação de Saberes Indígenas*. Goiânia, GO: Ed. Imprensa Universitária, 2017. v. 4, p. 157-183.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>. Acesso em: 22 jan. 2021.

FUNDAÇÃO BRADESCO (Brasil). *História marcante*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://fundacao.bradesco/Home/#historia-marcante>. Acesso em: 22 jan. 2021.

GOOGLE MAPS. *Fundação Bradesco Escola de Canuanã*. São Paulo: Google Maps, 2021. Fotografia aérea. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/Fundação+Bradesco+Canuanã/@-11.974315,-49.9144107,3202m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x933e2385c5a90521:0x19f431aa4a8aeaf7!8m2!3d-11.9724846!4d-49.9041512>. Acesso em: 28 abr. 2021.

HABER, A. Nometodología Payanesa: Notas de metodología indisciplinada. *Revista Chilena de Antropología*, Santiago, n. 23, p. 9-4, 2011.

KARAJÁ, I. O. Plantas Medicinais Javaé. In: SILVA, L. J.; NASCIMENTO, A. M.; NAZARENO, E.; RIBEIRO, J. P. M. (org.). *Documentação de Saberes Indígenas*. Goiânia, GO: Ed. Imprensa Universitária, 2017. v. 4, p. 185-195.

KARASCH, M. Catequese e cativoiro. Política indigenista em Goiás: 1780-1889. In: CUNHA, M. C. (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras: Fapesp, 1992. p. 397-412.

KARASCH, M. C. Conflitos e resistência interétnicos na fronteira brasileira de Goiás, nos anos 1750 a 1890. *Revista da Sociedade Brasileira de Pesquisa Histórica*, Curitiba, n. 12, p. 31-49, 1997.

LIMA, N. T. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 163-193, jul. 1998. Suplemento.

MAIA, T. G. P. *Saberes e fazeres Javaé: estudo das práticas tradicionais alimentares indígenas, da década de 1990 à atualidade*. 2020. Tese. (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2020.

MONTEIRO, J. M. *Negros da terra: índios e bandeirantes nas origens de São Paulo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

MONTEIRO, J. M. *Tupis, tapuias e historiadores: estudos de História Indígena e do indigenismo*. 2001. Tese (Livre Docência em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

NASCIMENTO, P. E. *Protagonismo indígena na capitania de Goiás e suas estratégias e atuações frente às políticas indigenistas no século XVIII*. 2019. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, 2019.

NAZARENO, E. O Estado e as políticas linguísticas adotadas como estratégias na formação da nação brasileira a partir do século XVI. In: XAVIER, L. O.; AVILA, C. F. D.; FONSECA, V. (org.). *A qualidade da democracia no Brasil: questões teóricas e metodológicas da pesquisa*. 4. ed. Curitiba: CRV, 2019. v. 4, p. 299-317.

NAZARENO, E.; CARDOSO, L. S. Crítica do dualismo ontológico racionalista ocidental a partir da decolonialidade e da enación. *Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 23, n. 3, p. 245-254, 2013.



Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/2948/1801>. Acesso em: 22 jan. 2021.

NAZARENO, E.; FREITAS, M. T. U. Interculturalidade e práticas pedagógicas contextualizadas: uma perspectiva de-colonial para a formação de professores indígenas. *In*: SILVA, M. S. P.; BORGES, M. V. (org.). *Educação intercultural: experiências e desafios políticos pedagógicos*. Goiânia: PROLIND/SECAD-MEC/FUNAPE/UFG, 2013. v. 1, p. 113-131.

PALACIN, L. *Sociedade colonial: 1549-1599*. Goiânia: Ed. UFG, 1981.

PIN, A. E. *História da educação do povo Javaé: do período colonial à República*. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

RIBEIRO, D. Convívio e contaminação: efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Escola de Sociologia e Política*, São Paulo, v. 1, n. 1, 1956.

RODRIGUES, P. M. *A caminhada de Tanỹxiwè: uma teoria Javaé da história*. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia) – Divisão de Ciências Sociais, Departamento de Antropologia, Universidade de Chicago, Chicago, 2008.

RODRIGUES, P. M. Verbete “Javaé”. São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA), 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Javaé>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SILVA, L. L. *Aprendizagem histórica intercultural a partir dos contextos educacionais indígenas e não indígenas*. 2019. Tese (Doutorado

História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.

SILVA, L. L. *Noções do passado, presente e futuro entre crianças indígenas Javaé e não indígenas do Colégio Claretiano Coração de Maria*. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

TÊWAXI JAVAÉ, R. *Nas águas do Rio Javaés: histórias, cosmologias e meio ambiente*. 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente) – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2019.

TÊWAXI JAVAÉ, R.; RODRIGUES, P. M. Navegando pelo Rio Javaés uma apreciação a dois da topomínia histórica Javaé. *Revista Hawò*, Goiânia, v. 1, p. 1-43, 2020.

## ◆ OS RELATÓRIOS DOS PRESIDENTES DE PROVÍNCIA E A QUESTÃO SANITÁRIA EM GOIÁS NO OITOCENTOS

**Fernanda Soares Rezende<sup>1</sup>**  
**Sônia Maria de Magalhães<sup>2</sup>**

### Introdução

Os relatórios de presidentes da “Provincia de Goyaz”<sup>3</sup> contribuem, sobremaneira, para descortinar questões basilares acerca da

- 
- 1     Doutoranda em História pelo Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Goiás (PPGH-UFG).
  - 2     Doutora em História pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Docente no curso de História, no Programa de Pós-Graduação em História (PPGH) e no Mestrado Profissional em História (ProfHistoria) da Universidade Federal de Goiás (UFG).
  - 3     Os relatórios dos presidentes da provincia de Goiás estão reunidos nos primeiros quatorze volumes da coleção *Memórias Goianas*, sendo esta publicada e editada pela Sociedade Goiana de Cultura (SGC) e Centro de Cultura Goiana, que desenvolveu suas atividades até o ano de 1996, quando foi criado o Instituto de Pesquisas e Estudos Históricos do Brasil Central (IPEHBC), da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), “desde 1982 e que conta atualmente com dezessete volumes. A partir de seu terceiro volume, em 1986, dá continuidade à coleção com a publicação dos Relatórios dos Presidentes da Provincia de Goiás e de Governadores do Estado de Goiás (1835- 1917)” (Almeida, 2016, p. 16).

situação sanitária goiana no Oitocentos. As vozes dos presidentes nos chegam por meio dos seus relatórios e, é sob o enfoque das discursividades que procuramos apreender o modo que a referida questão foi significada por nossos dirigentes no decurso do século XIX. Ao examinar esses relatórios, tivemos que nos atentar para os significados dos discursos presentes na documentação. Dessa forma, privilegiamos a obra foucaultiana *A ordem do discurso*, por entender que o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas e sistemas hegemônicos de dominação, mas sobretudo as relações de poder intrínsecas aos discursos (Foucault, 2012). Procuramos apreender o modo em que as demandas sanitárias foram significadas pelos dirigentes da época. Tais fontes se manifestam enquanto um *corpus* homogêneo de séries documentais, ao passo que introduzem a longa duração e possibilitam perceber as continuidades e descontinuidades, bem como a morosidade das mudanças na região. Deste modo, objetivamos observar a historicidade da fonte em questão, priorizando o olhar local, referenciado por intermédio das narrativas dos presidentes de província.

### A natureza da fonte

Os relatórios de presidentes da província de Goiás noticiam os pronunciamentos proferidos anualmente pelos governantes provinciais na abertura dos trabalhos da Assembleia da Província. Momento em que eram apresentadas as ações administrativas, ora encaminhadas ao poder Legislativo, ora ao Imperador, ao final de cada ano ou de cada mandato. Versam a respeito de vários ramos da administração pública, documentando aspectos do viver cotidiano da sociedade goiana da referida época.

Em linhas gerais, não apresentam grandes distinções em seu formato e, geralmente, são compostos de uma breve introdução, contendo saudações, elucidações sobre algum aspecto do relatório, situação geral da província e notícias da família real. Esses relatórios se tornaram indispensáveis a partir da publicação do Ato Adicional de 1834, que ocorrera em substituição aos Conselhos Provinciais, ocasião em que foi estabelecido que o presidente da província deveria apresentar anualmente o relatório de sua administração (Garcia, 2010).

Sob a perspectiva de André Castanha:

o cargo de presidente de província teve suas funções definidas pela lei n. 40, de 3 de outubro de 1834. Nela está explícito no seu artigo 1º que “o presidente da província é a primeira autoridade dela. Todos os que nela se acharem, lhe serão subordinados, seja qual for sua classe ou graduação” (lei n. 40, de 3 de outubro de 1834). A figura do presidente de província constituiu-se em um instrumento central do projeto conservador. (Castanha, 2006, p. 185-186).

Assim, após as alterações decorrentes do Ato Adicional de 1834, é possível compreender uma disposição centralizadora, por intermédio da escolha dos presidentes de província pela monarquia, de modo a minimizar as ações das províncias. Para tanto, até 1850, os presidentes eram eleitos entre os goianos proeminentes e, de forma subsequente, a nomeação de “estrangeiros” representou a estratégia da política do Império, de colocar na direção do governo das províncias indivíduos inócuos e infensos ao poder das oligarquias locais, ocasionando, dessa forma, o enfraquecimento do poder regional (Bertran, 1996, não paginado).

Além disso, a análise dos respectivos relatórios nos leva a perceber o quanto os mandatos provinciais eram reduzidos, episódio que justifica a sua apresentação também pelos vice-presidentes, enquanto se aguardava a chegada de uma nova figura presidencial. Nesse sentido, de acordo com Paulo Bertran (1996), dentre os primeiros presidentes goianos designados na província, sobressaíram José Rodrigues Jardim, que governou de 1831 a 1837, e José de Assis Mascarenhas, entre 1839 a 1845. O respectivo autor ressalta ainda que havia morosidade na troca de presidentes, considerando-se que a nova autoridade necessitava de tempo para se organizar até assumir o cargo. Nessas circunstâncias, a província ficava sob o comando do vice-presidente (Bertran, 1996).

#### Medidas sanitárias, tratamento das enfermidades e controle das epidemias

A análise acurada da respectiva fonte tornou possível a elaboração de um levantamento sobre as principais enfermidades que reinavam em Goiás entre os anos de 1835 a 1889, ano da publicação do último relatório sobre o século XIX (Quadro 1).

Quadro 1 - Enfermidades relatadas pelos presidentes de província em Goiás, no século XIX

<b>Ano</b>	<b>Enfermidades</b>
1856	Coqueluche; <sup>4</sup> enfermidades agudas dos órgãos encefálicos; afecções dos órgãos abdominais, especialmente as do fígado; opilação (acometia principalmente a classe indigente); febres intermitentes; bronquite.

4 Em 1856, a coqueluche complicada com pneumonia, pleuropneumonia ou encefalite levou algumas crianças a óbito na província de Goiás.

<b>Ano</b>	<b>Enfermidades</b>
1859	Moléstias do fígado e dos órgãos; afecções do aparelho cérebro-espinal (mielite); encefalite; sífilis (acometia principalmente os militares); opilação ou lipoemia (infligia indivíduos de todas as classes); febres intermitentes (se manifestaram sobretudo nos rios Paranaíba, Tocantins, Araguaia e seus afluentes); bexigas.
1860	Afecções do aparelho cérebro-espinal; mielite (endêmica na capital); afecções gástricas e dos órgãos abdominais (hepatite, opilação e sífilis).
1862	Febres intermitentes; mielite; opilação; afecções gástricas; afecções do aparelho cérebro-espinal; sífilis; hepatite; sífilis – externas e crônicas (moléstias frequentes na enfermaria militar); moléstias dos órgãos torácicos, abdominais e as febres.
1863	bexigas; febres intermitentes (endêmicas em alguns pontos da província); mielite; opilação; afecções do aparelho cérebro-espinal; gastrite; hepatite; moléstias dos órgãos abdominais, torácicos e do sistemas nervoso e muscular (moléstias frequentes na enfermaria militar).
1864	Febres intermitentes
1867	Sarampo (em caráter epidêmico); febres intermitentes; varíola; caxumba
1869	Mielite (se manifestou de modo raro)
1871	Febres intermitentes
1872	Febres intermitentes
1873	Febres intermitentes; febre tifoide
1874	Febres intermitentes (reinaram com intensidade nas proximidades dos rios dos Bois, Turvi, Verde e Paranaíba)
1875	Febres intermitentes (sua incidência era maior nas margens paludosas dos rios Tocantins, Araguaia, Paraná, Paranaíba, Rio dos Bois, Rio Claro e Caiapó; febres paludosas; enterocolite com caráter aproximado de colerina; beribéri ou mielites.

<b>Ano</b>	<b>Enfermidades</b>
1879	Raquitismo; idiotismo; bócio; mielite; hidropsia; hipertrofia do coração; aneurisma; lepra (em três espécies diferentes); phtysics; pneumonia; febres paludosa; sífilis; inflamações crônicas do estômago, fígado e intestinos.
1881	Beribéri; sarampo; caxumba (parotidite); disenteria
1888	Beribéri
1889	Beribéri

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Magalhães (2004).

A partir desse arrolamento, podemos perceber que nos primeiros quatorze volumes da coleção Memórias Goianas, nove enfermidades angariaram destaque, sendo elas: elefantíase, escorbuto, morfeia, varíola/bexiga, febre intermitente, sífilis, mielite, bócio e opilação. Para tanto, o tratamento empregado se subdividia em três vertentes vinculadas à problemática da saúde pública, que compreendiam: As Medidas sanitárias; as vacinas e o controle de epidemias; e o tratamento e cura das enfermidades (Souza, 2013).

De acordo com Rodolpho Telarolli Jr (1996), as medidas sanitárias, compreendiam a:

fiscalização da alimentação, isolamento hospitalar dos doentes e as desinfecções; e ações de controle da salubridade urbana, como a instalação de redes de água e esgoto, fiscalização da higiene domiciliar e de vias públicas. (Telarolli Júnior, 1996, p. 273).

Entretanto, Damacena Neto (2011) pondera que

as medidas profiláticas tinham como principal função combater o foco epidêmico e não a promoção da educação sanitária. Por exemplo, a instrução dada à população quanto ao acúmulo



de lixo nas residências assim como os conselhos para que este fosse depositado na rua para ser recolhido. Se as autoridades públicas faziam tal solicitação, é sinal de que esta não era uma prática recorrente, possivelmente por falta de uma educação sanitária permanente. (Damacena Neto, 2011, p. 96).

De acordo com Gilberto Hochman (2011), houve:

a emergência e o estabelecimento de uma “cultura da imunização” no Brasil contemporâneo a partir da erradicação da varíola. Essa cultura está associada a um processo de introdução de vacinas, de campanhas de vacinação e de vacinação em massa empreendidas pelo Estado brasileiro desde o final do século XIX. (Hochman, 2011, p. 376).

Para o presidente José Rodrigues Jardim, caso não houvesse a intervenção da providência divina e do clima saudável em Goiás, a sua população certamente teria se tornado um verdadeiro ermo. Essa assertiva procurava ressaltar que os principais fatores que modificavam a saúde dos goianos eram os charcos, os lameiros, os depósitos de imundícies presentes na capital e que, por conseguinte, tornavam o ambiente menos saudável. Ademais, somados a esses fatores, os alimentos corrompidos, a carne da rês cansada e maltratada, as bebidas espirituosas de mistura com azinhavre dos vasos, contribuíram para que as moléstias como elefantíase, escorbuto e morfeia<sup>5</sup> se tornassem endêmicas (SGC, 1986).

---

5 No século XIX, as moléstias contagiosas eram quase sempre confundidas umas com as outras. A elefantíase, o escorbuto e a morfeia são apresentadas como moléstias de pele, caracterizadas por tubérculos duros e avermelhados que ocupavam primeiramente o rosto (Chernoviz, 1890).

Além disso, é necessário considerar que, no século XIX, o desconhecimento acerca da etiologia das doenças era latente não só em Goiás, mas em todo o Brasil. Os contagionistas acreditavam que o surgimento de uma determinada doença sempre se explicava pela existência de um veneno específico que, um vírus, uma vez produzido, podia se reproduzir no indivíduo doente. A infecção se devia à ação que substâncias animais e vegetais em putrefação exerciam no ar ambiente, a emanações deletérias oriundas de lixo em putrefação, a águas paradas de pântanos, e aos odores fétidos que exalavam. No final do século XIX, as novas descobertas bacteriológicas compreenderam que cada doença corresponde a um agente etiológico a ser combatido por meio de vacinas e produtos químicos. Percebe-se que, até o reconhecimento dessa última concepção teórica, houve um longo percurso histórico de mais de 20 séculos, durante os quais a origem das doenças foi associada ao desequilíbrio dos humores, às condições atmosféricas e à má qualidade do ar (Chalhoub, 2018). Neste cenário, José Netto Carneiro (1897), em sua obra *Das febres em Goyaz*, considera que conhecer a enfermidade é o primeiro passo para a sua classificação. Propósito desejado por aqueles a quem coube a complexa tarefa de conservar a vida e a saúde dos indivíduos. Todavia, o fato de que manifestação inicial de uma dada doença possa ocorrer de forma diversa, acaba por dificultar o diagnóstico em seu princípio cujo meio mais simples seria investigar o seu germe produtor (Carneiro, 1897).

Deste modo, defende que a história do enfermo e seus antecedentes trazem contribuições inestimáveis para o diagnóstico.<sup>6</sup> E a partir dessa linha de argumentação, Jaime Benchimol (2015) esclarece que a doença não diz respeito somente a uma condição fisiológica anormal, pois: “[...] ela não existe até que um coletivo humano a perceba, nomeie e reaja a ela” (Benchimol, 2015. p. 11). Assim, as terminologias a ela atribuídas e a maneira pela qual recebe classificações nos fornecem pistas para a sua compreensão e conhecimento. Nesse sentido, a doença é ao mesmo tempo um evento biológico e sujeito da própria historicidade.

Por conseguinte, a despeito do contágio, o então presidente José Rodrigues Jardim adverte que, diversas moléstias eram transmitidas através do livre contato entre os enfermos e sãos. E com vistas a preservar a saúde pública e evitar a propagação de doenças, a Assembleia Legislativa Provincial, por intermédio da Resolução nº 24, de 31 de julho de 1835, determinou a construção de um edifício para os infectados pela morfeia, chagas cancrosas e lepra. A edificação deveria ser construída nos subúrbios da cidade, preocupação que denota a constituição de áreas isoladas para os indivíduos atingidos por moléstias infectocontagiosas. Os infectados abrigados ficariam sob a responsabilidade do Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara e, na ausência deste, das Câmaras de cada município.

Contudo, ainda em 1838, o problema do necessário isolamento não havia sido solucionado, embora a Câmara Municipal

---

6 “São, pois, preciosos dados para formamos o nosso juízo: a proveniência do doente, sua profissão, seus antecedentes mórbidos, a época do anno em que se acha” (Carneiro, 1897, p. 111).

já tivesse adquirido o terreno para a construção do Hospital de Lázaros sob a quantia de “[...] 100\$000 rs. [...] porem em vez de se mandar fazer a necessária divisaõ para os enfermos de ambos os sexos, tem existido o Edifício em abandono, e já se tem furtado ate as telhas” (SGC, 1986, p. 74).

Por todo o Brasil, os lazaretos se encontravam em condições precárias, e em Goiás essa realidade não era diferente. A sua construção somente ocorreu em 1856, em um espaço afastado da população, na cidade de Meia Ponte, atual Pirenópolis. Em relato, o presidente de província, José Martins Pereira de Alencastre, esclarece que a retirada dos lázaros do centro da cidade, pôs fim ao: “[...] espetáculo contristador de tantos mendigos atacados de uma enfermidade para a qual o povo olha sempre com receio, e muita vez com horror” (SGC, 1998a, p. 121).

A despeito disso, Leicy Francisca (2013), em sua tese *Eternos órfãos da saúde: Medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830 – 1962)*, adverte que nem todos os leprosos eram motivo de incomodo. Logo, aqueles que não eram vistos nas áreas urbanas, e não dependiam da caridade para a manutenção da vida, não se constituíam como um problema, pois não representavam uma ameaça ao âmago da coletividade. Neste cenário: “O problema é o doente pobre, que deve ser banido para fora dos ‘muros da cidade’ devido ao risco da ‘propagação do mal’, porque causa o receio e o horror na coletividade” (Silva, 2013, p. 94, grifo do autor).

O lazareto de Meia Ponte, por conseguinte, ainda não se configurava enquanto um espaço destinado a cura, considerando-se que na província não havia um corpo médico especializado

para o acompanhamento dos internos.<sup>7</sup> Além disso, seu espaço era exíguo, fato que denota a carência de planejamento em relação à quantidade de pessoas a serem atendidas pelo local, bem como a condição das enfermidades a serem tratadas. Sobre isso, Lycurgo de Castro Santos Filho (1991), em sua obra *História geral da medicina brasileira*, salienta que o tratamento inapto somado ao confinamento e à má qualidade da alimentação, levaram os leprosos a optarem por: “[...] viver livres, vagando pelas estradas e esmolando” (Santos Filho, 1991, p. 465).

A sua manutenção ficaria a cargo da Câmara Municipal, que ofertava alimentos e roupas aos internos por intermédio das esmolas públicas. Contudo, a precariedade das pequenas casas de palha construídas, fora se agravando com o passar dos anos, chegavam ao ponto de não poder mais abrigar os lázaros. Foi necessário, portanto, recorrer a Assembleia Legislativa Provincial, que decretou a quantia de 240\$000 réis pela lei do orçamento vigente (SGC, 1998a).

Leicy (2013) destaca que o Hospital de Caridade teve uma atuação basilar no lazareto. E com o subsídio do governo provincial prestou auxílio material, administrativo e médico à instituição, pois era por intermédio da sua atuação que os enfermos mantinham contato com a cidade. Deste modo, a referida instituição também “[...] constituía, divulgava e impunha sobre os indivíduos um discurso normativo em defesa da higiene dos espaços públicos da cidade” (Silva, 2013, p. 93).

---

7 A presença dos médicos não é sequer citada nos lazaretos.

A questão sanitária, conforme mencionado, não desconsiderou o trato com os mortos, tendo em vista que, a construção de cemitérios passou a ser um tema de preocupação a partir de 1839, no governo de José de Assis Mascarenhas, que defendia o fim do sepultamento nos templos religiosos, a fim de que estes deixassem de ser um “receptáculo dos cadáveres e vermes” (SGC, 1996a, p. 19). As principais justificativas de Mascarenhas recaíam sobre os princípios da higiene, da decência e da civilização. Afirma, contudo, que a ausência de cemitérios na província, devia-se não à incivilidade, mas a verbas insuficientes para erguer e adornar estes espaços santificados.

Para João José dos Reis (1991), os cadáveres humanos estavam entre as principais causas de miasmas e afetaram com particular virulência a saúde dos vivos, tendo em vista que eram depositados no interior das igrejas. Neste cenário, a criação de lugares específicos e isolados para o enterro dos mortos representava uma condição *sine qua non* para evitar a propagação de várias enfermidades vinculadas aos miasmas cadavéricos, exalados do interior das igrejas e de suas catacumbas. Assim, Reis defende que: “[...] uma organização civilizada do espaço urbano requeria que a morte fosse higienizada, sobretudo, que os mortos fossem expulsos de entre os vivos e segregados em cemitérios extra-muros” (1991, p. 247).

Em 1842, o vice-presidente Francisco Ferreira dos Santos Azevedo noticia que ainda se conservava o hábito de realizar enterros no Campo da Forca. Local que não possuía sequer uma cerca para vedar a entrada dos porcos. Sendo que estes: “[...] continuamente estão a fossar as sepulturas, de maneira que as vezes chegam a aparecer os mesmos corpos, exalando sempre,

e principalmente quando o Sol está mais ardente, hum fetido terrível, o que na verdade he bem prejudicial (SGC, 1986, p. 209).

Nesta circunstância, a medida sanitária mais viável para o período, tanto na concepção do então presidente da província como nos ideais propagados por Reis (1991), era o completo isolamento dos enfermos, pautado no princípio da higienização. Todavia, por descaso, morosidade ou escassez de verbas, até o final de 1850, o isolamento dos infectados continuou sendo um tema por resolver junto ao governo provincial. O que, na visão de Camargo Fleury (1837), acabou por resultar em dimensões graves, pois os enfermos vagavam pelas ruas, misturando-se com outros destituídos de fortuna. Contribuindo, deste modo, para a disseminação de doenças (SGC, 1986). Dessa forma, verifica-se que o problema do contágio foi apenas parcialmente contornado, prolongando-se pelo século seguinte.

Por conseguinte, somente em 1856, o presidente de província, Antônio Augusto Pereira da Cunha, por intermédio do officio de 29 de maio, expediu uma ordem para que o cemitério fosse de fato edificado. Sua localização “[...] seria ao lado esquerdo da estrada, que vai para a capella de Santa barbara” (SGC, 1997a, p. 22). Em sua concepção, o cemitério ao mesmo tempo em que buscava cessar os enterramentos nos templos da capital, seria igualmente uma fonte de renda para o Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, que ficaria a cargo de sua administração, conforme fora determinado pela lei provincial nº 11, de 28 de julho de 1858.

Consoante a isso, o presidente Francisco Januário da Gama Cerqueira, esclarece que, após a sua inauguração, o hospital de caridade poderia “[...] tirar d’ali um pequeno reddito, ou, ao me-

nos, a indenização das quantias com que também concorreu para a construção d'aquelle edificio” (SGC, 1997a, p. 232). Assim, esta foi uma alternativa encontrada pelo governo provincial para aumentar os rendimentos da instituição. Para tanto, no dia 9 de junho de 1856, o tenente coronel José Rodrigues de Moraes foi contratado para a construção do cemitério, que deveria: “[...] estar pronto o mais tardar até o ultimo de junho próximo futuro pela quantia de 5:293\$412 réis em trez prestações, sendo as duas primeiras de 2:000\$ réis cada uma, e a terceira de 1:263\$412 réis” (SGC, 1997a, p. 22), tendo a Tesouraria das Rendas Provinciais como encarregada do pagamento.

Contudo, em virtude da morosidade da construção, o cemitério somente fora inaugurado em 1859, ocasião em que recebeu o nome de São Miguel. A partir disso, é possível verificar um novo comportamento nos atos concernentes à morte, tendo em vista que as regulamentações no campo da higiene forneceram as bases para a criação de espaços, fora da área urbana, destinados exclusivamente ao enterro dos mortos.

A historiadora Cristina de Moraes (1995), na dissertação *As Estratégias de purificação dos espaços na capital da província de Goiás: 1835-1843*, salienta que a medicina do período acreditava que a decomposição de cadáveres produzia gases que poluíam o ar, contaminavam os vivos, ocasionando enfermidades e epidemias. De tal modo que se formulou uma “geografia social dos mortos” (Moraes, 1995; Reis, 1991). No entanto, mesmo com a inauguração do cemitério São Miguel, ainda persistia o costume de enterrar os corpos nas igrejas. Considerando-se que, o relatório proferido no



dia 1º de junho de 1862, pelo presidente de província José Martins Pereira de Alencastre, traz as seguintes alegações:

Ainda n'esta província se fazem os enterramentos nas igrejas. A decencia do culto e a saúde publica exigem uma completa extinção de semelhante abuso. Varias leis de annos anteriores impozerão aos fazendeiros, e agricultores uma taxa annua applicada à construcção de cemitérios em todas as parochias da província. A primitiva lei, que data de 15 de novembro de 1856, nunca teve execução, suas disposições vem ainda consignadas no artigo 49 da lei de 31 de julho do anno passado, obrigando os fazendeiros á mesma contribuição annual sob pena de serem multados em 2\$000 rs, os que se negarem ao pagamento (SGC, 1998a, p. 105).

Além do mais, o relatório apresentado em 1874, por Antero Cícero de Assis, nos adverte que Goiás era uma das poucas províncias do império onde se perdurava o hábito de realizar enterramentos nas igrejas. E em sua perspectiva, tal costume estava intimamente ligado ao: “[...] uso é a falta de cemiterios convenientes em quazi todas as freguezias da provincia” (SGC, 1999a, p. 264).

A responsabilidade delegada ao Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, de realizar, a partir de 1859, os enterros e serviços fúnebres da localidade, implicou, a partir de 1869, na necessidade: “[...] de se comprar um carro funebre para a conducção dos cadáveres” (SGC, 1998b, p. 274). Ocasão em que se propõe “[...] á assembléa provincial a decretação da quantia de 800\$000 réis em que foi orçada a compra e conducção de um carro simples puxado por um animal” (p. 274). Sendo tal necessidade reiterada, em 1869, pelo presidente da província, Ernesto Augusto Pereira:

Atendendo estar á cargo do hospital os enterramentos de todos os indigentes, [...] entendo porém que os cofres provinciares deverão concorrer com um auxilio para aquisição desse carro funebre e não com a quantia tomada. (SGC, 1998b, p. 218).

Embora a resolução nº 461, de 30 de setembro de 1870, tenha sido criada com vistas a compra de um carro fúnebre, houve grande morosidade para a sua aquisição, pois ainda em 1872 as queixas eram frequentes em torno dessa questão (SGC, 1999a). A precária situação financeira do Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara impossibilitava-o de arcar com tal custo, pois o valor que recebia pelas taxas das sepulturas não era suficiente sequer para fazer jus às despesas com os funcionários e custeio do próprio cemitério (SGC, 1997b).

A despeito disso, Sônia Magalhães (2004), em seu artigo “Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara: assistência e saúde em Goiás ao longo do século XIX”, relata que com a chegada das irmãs dominicanas em 1889, o Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara passou por profundas reformas, colocando também a contabilidade da casa em dia. Sendo que as estratégias atribuídas por esta instituição contribuíram com a formação de um processo normatizador, sobretudo no que diz respeito à questão sanitária. E, na medida em que buscaram a assimilação dos hábitos sadios de trabalho com vistas ao engrandecimento da pátria, acabaram por delinear os interesses dos grupos dominantes (Moraes, 1995; SGC, 1986).

As ações de prevenção, por intermédio de vacinas, angariaram status de civilidade nos discursos presidenciais. A corte portuguesa passou a ser palco de acentuados debates, tanto sobre a necessidade

de implementar uma política de vacinação como na eficiência da aplicação da Vacina de Jenner para o controle da varíola. O presidente Assis Mascarenhas em, 1939, manifestou o desejo de propagar a vacina, considerando-se a natureza contagiosa da doença e a proximidade geográfica entre as províncias. No ano subsequente, obteve do governo imperial lâminas de *puz vaccinico* e, com o auxílio de Vicente Moretti Foggia, realizou algumas experiências, contudo, sem sucesso.. Entretanto, os resultados insatisfatórios não foram um obstáculo a novas tentativas (Souza, 2013, p. 73). Em suas palavras:

he fatalidade, que havendo hum meio taõ eficaz, e maravilhoso para evitar este contágio, nós estejamos em tal atraso, e com taes prejuísos, que tendo já vindo por vezes o puz vaccinico, se tenha deixado destruir sem delle se fazer uso algum [...] Já Officiei ao Exm. Ministro do Imperio, pedindo lhe a remessa do puz vaccinico. (SGC, 1986, p. 147-149).

Desse modo, a vacinação se tornou uma preocupação do governo central, na medida em que D. Pedro II agenciou reformas no Regulamento do Instituto Vacínico da Corte,<sup>8</sup> universalizando-o para todo o Império. O Decreto de 13 de fevereiro de 1847 nomeou o Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes para o cargo de Comissário Vacinador e, a partir de 1849, foram realizadas novas tentativas de vacinação, sendo a primeira aplicada no dia 4 de fevereiro, porém, sem resultado. Já a segunda tentativa foi realizada no dia 26 do

---

8 “Criado pelo decreto nº 464, de 17/08/1846, o Instituto Vacínico do Império, conhecido também pelo nome de Instituto Vacínico da Corte, era resultante do Regulamento que reformara a Junta Vacínica da Corte, ampliando seu raio de ação para todo o Império” (Hansen, 2002, não paginado).

referido mês, ocasião em que fora utilizado o pus vacínico que a diligência do Tenente Coronel Francisco José da Silva adquiriu em Bomfim. Localidade onde a maioria da população já estava vacinada. Deste modo, até o final de abril de 1847, pelo menos 262 indivíduos de ambos os sexos foram vacinados (Souza, 2013).

O Presidente Eduardo Olímpio Machado, em 1850, assegurou que o pus vacínico, seria “[...] o único meio higienico, empregado nesta província para preservar a saúde de seos habitantes” (SGC, 1996b, p. 60). Entretanto, a solução não apresentou grandes progressos, em virtude de três razões principais: 1- a carência de capacidade, indispensável ao assunto, por parte dos Comissários Vacinadores; 2 - o preconceito popular; e 3 - a negligência dos municípios. Assim, Olímpio Machado delineou que o principal fator que permitiu que a província permanecesse livre do flagelo das bexigas, desde 1811, seria tanto a própria condição natural da região quanto à intervenção da providência divina (SGC, 1996b).

Em ofício de 39 de abril, o comissário vacinador afirmou que:

A repugnância [...] geralmente havida para vaccina, motivando a falta de concurrencia de alguns lugares, e em outros a impossibilidade de encontrar quem se queira encarregar de sua propagação, continua a influenciar poderosamente para o pouco progresso d’esta instituição na Província, confio porem que o tempo fará o que não tenho podido conseguir por meio da persuasão, e do exemplo. (SGC, 1996b, p. 123-124).

Conforme o presidente Antonio Augusto Pereira da Cunha, de fevereiro de 1819 até 1855, “[...] vaccinarão-se na província 2:427 indivíduos repartidamente entre os municípios da capital, Jaragua, Meiaponte, Corumbá, Bomfim, Santa Luzia, e Pilar” (SGC, 1997a,

p. 23). No entanto, em virtude da morosidade da viagem, o fluido vacínico chegava fraco ou deteriorado, provocando inúmeras interrupções no processo de vacinação.

Além disso, em 1859 perdura nos relatórios a queixa de que o serviço de vacinação ainda se conservava distante da desejável regularidade. Ocasão em que o presidente Francisco Januário da Gama Cerqueira informa a falta da vacina contra a bexiga, considerando-se que havia uma epidemia em um dos aldeamentos. No entanto, por se tratar dos índios, o presidente nos tranquiliza, “fora ligeira” (SGC, 1997a, b).

Em 1867, o presidente Augusto Ferreira França relata sobre a dificuldade em conservar o fluido do pus vacínico na província de Goiás, pois: “[...] em pouco tempo se torna de modo improficuo, e na terceira ou quarta transmissão o mesmo acontece” (SGC, 1998b, p. 134). Assim, sugere que o pus seja remetido continuamente pela corte, para que assim não haja a sua falta.

Ademais, o Instituto Vacínico foi extinto em 1886, e a vacinação ficou sob a responsabilidade da Inspetora Geral de Higiene. Tal fato implicou na redução significativa da vacinação na corte, e as províncias, por sua vez, foram relegadas a própria sorte. Somado a isso, é importante considerar a grande repugnância e resistência da população acerca da vacinação contra a varíola no Brasil, sobretudo em Goiás. Fato que pode ser confirmado através da reação da população que, em 1831,

quase expulsa o presidente da província Miguel Lino de Moraes e seus familiares, colocando-os em quarentena a três léguas da cidade, pelo fato de alguns deles terem sido vacinados. Até a Câmara oficiou ao presidente pedindo sua retirada da cidade,

que só não aconteceu graças à interferência do bispo e outras autoridades. A população temia que a vacina provocasse uma epidemia de varíola na cidade. (Oliveira, 2006, p. 75).

Tal episódio denota que havia uma falta de entendimento sobre a variolização e a vacinação. A primeira consiste na inoculação deliberada da varíola como forma de proteção, o que ocasiona o risco de propagação da varíola naqueles que não estavam imunizados. De acordo com Eliézer Oliveira, o temor da vacina sobrepunha a confusão entre variolização e vacinação, uma vez que: “[...] o processo de vacinação era dolorido, era demorado e complicado” (Oliveira, 2006, p. 76), considerando-se que a vacina era importada do Rio de Janeiro, de forma que a longa distância e o calor abrasador acabavam por deteriorar o material a ser utilizado. Anos mais tarde, o presidente Francisco Mariani afirmou que, na capital, os indivíduos mais esclarecidos já haviam compreendido: “[...] o valor deste precioso preservativo de um dos mais terríveis flagelos, que oprimem a humanidade”. Entretanto, nas demais localidades ainda prevaleciam “uma repugnância que faz tremer” (SGC, 1996b, p. 258). De tal modo a assinalar uma grande resistência a vacinação contra a varíola em Goiás.

Além disso, as experiências feitas pelo presidente José Assis Mascarenhas e por Foggia, já mencionadas, foram caracterizadas sem sucesso. Dado que era necessário inocular o material em pequenas incisões feitas no braço e aguardar que, depois de transcorridos alguns dias, surgisse uma pequena pústula, indicando o sucesso da vacinação. Entretanto, era imprescindível que o indivíduo vacinado retornasse ao comissário vacinador, para que

o pus fosse retirado e injetado em outra pessoa, de modo a assegurar o sucesso do processo. Na tentativa de assegurar o retorno, o governo provincial fazia uso de multas e repressão policial, fato que provavelmente contribuiu para desestimular ainda mais a busca pela vacinação (Oliveira, 2006).

Ainda em 1861, o referido problema era recorrente, pois, conforme o presidente de província José Martins Pereira de Alencastre, o serviço de vacinação estava paralisado a mais de dois anos, em virtude da falta do pus vacínico e da própria repugnância da população em ser vacinada. Neste contexto, Vicente Moretti Foggia relata que:

a única vacinação proveitosa que se fez em Goyas teve lugar nesta capital em Março de 1850; porém, não tendo comparecido indivíduos para fazer-se a transmissão de braço a braço, deteriorou-se a semente e nunca se pôde conseguir nova e capaz (SGC, 1998a, p. 30).

No ano de 1863, em relatório proferido à Assembleia Legislativa, o presidente de província, José Vieira Couto de Magalhães, alegou que: “Não havendo pus vaccinico n’esta província, mandei busca-lo a Uberaba, o qual chegou em bom estado, e hoje está mantida a vaccina n’esta cidade” (SGC, 1998a, p. 281). Contudo, entre os anos de 1869 a 1872, não houve nenhum tipo de vacinação na província de Goiás, em virtude do não envio do pus vacínico. Deste modo, podemos perceber nos relatórios presidenciais que a vacinação ocorreu de modo irregular por toda a província no Oitocentos.

Em 1874, o presidente Antero Cícero de Assis dá notícias sobre uma epidemia de varíola que assolava a povoação do Peixe, localizada na região Norte de Goiás. Para tomar providências, não só no sentido de socorrer as povoações acometidas como também evitar que a varíola se estendesse para outras localidades (SGC, 1999a), aguardava as determinações do Ministério. Deste modo, no dia 30 de outubro, declara que:

Recommenderei aos juizes municipaes de S. José do Tocantins e de Pilar que, de accordo com as autoridades policiaes, não consentissem que individuo algum, vindo dos pontos accomettidos, entrasse naquellas villas, sem que houvesse permanecido fóra dellas na distancia de duas leguas pelo menos, por espaço de 48 horas. (SGC, 1999a, p. 266).

Além do mais, ordenou que as malas dos indivíduos provenientes das regiões acometidas de varíola, bem como as do correio, deveriam, obrigatoriamente, serem desinfetadas. Para que, assim, pudessem adentrar nas vilas sem oferecer maiores perigos. Contudo, no mês subsequente, por meio dos inúmeros exames e observações realizados por Francisco António de Azeredo, Theodoro Rodrigues de Moraes e Vicente Moretti Foggia, identificou-se que não se tratava de varíola, conforme pode ser constatado nas publicações da gazeta da província (SGC, 1999a).

Não obstante, para além de promover a higienização e a vacinação, era imprescindível cuidar dos indivíduos infectados e enfermos. Questão problemática para a administração provincial, tendo em vista que Goiás, no período, contava apenas com o Hospital de Caridade São Pedro de Alcântara, que para além das instalações precárias e dos poucos recursos, somente em 1842 pôde



dispor de um médico, o Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes, que se ofereceu para tratar de modo gratuito os enfermos.<sup>9</sup> A saber:

O Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, não tendo capacidade para acomodar a todos os enfermos pobres, tem como tudo servido de azilo a muito infelizes, que procurão recolher se a este Estabelecimento para serem curados das enfermidades, que os atacaõ. Tem se procurado melhorar este Edificio, dando-se esgoto as agoas, que faziao o terreno húmido, levantando se alicerces, e muros, que se achavaõ arruinados, e fazendo-se mais alguns consertos nas paredes, e tecto, e sendo necessário assoalhar se huma Salla, e alguns quartos, compraraõ se o materiaes [...] construhio se maior numero de leitos, compraraõ se diversos utensílios necessários [...] que devem vir do Rio de Janeiro, bem como a compra de huma receita de drogas medicinaes para surtimento da Botica. (SGC, 1986, p. 108-109).

Assim, é presumível que a precariedade de condições estruturais, a ineficiência dos meios de prevenção, somados à falta de uma cultura médica popular, foram grandes obstáculos no trato com as moléstias no decurso do século XIX. Em relatório de 1846, o presidente Joaquim Ignácio de Ramalho atribuiu a baixa procura dos enfermos pobres ao Hospital São Pedro de Alcântara não à escassez de recursos, mas à certa repugnância em recorrer ao ambiente hospitalar, compreendido como um lugar de morte. Em suas palavras:

---

9 Entretanto, em 1842, o vice-presidente Santos Azevedo solicitou às autoridades competentes a quantia de 600\$000 reis para o pagamento do ordenado do médico Theodoro Rodrigues de Moraes, alegando ser inviável que o doutor continuasse a se manter na Capitania somente pelo exercício da clínica (SGC, 1986, p. 207).

Quando hum miseravel se sujeita a entrar para este Estabelecimento he quando a molestia ja se acha em estado adiantadíssimo, e destarte ja quasi fora dos recursos da medicina, e por isso não [*sic*] pode prestar grandes vantagens. (SGC, 1996a, p. 34).

Por conseguinte, o hábito da população local de buscar tratamento em seu próprio círculo social, através do curandeirismo, das ervas e dos banhos terapêuticos, passou a ser paulatinamente incorporado às políticas de saúde pública dos governantes provinciais. Assim, Mascarenhas foi o primeiro presidente a se preocupar com o assunto e, em 1839, recomendou a necessidade de construção de um hospital nas Caldas de Santa Cruz. Decisão impulsionada pelo informe da Câmara, de que inúmeros infectados de lepra, chagas e morfeia se restabeleceram inteiramente após o banho nas Caldas.

Com a propagação dos efeitos curativos dos banhos termais, Mascarenhas solicitou que Vicente Moretti Foggia promovesse a investigação e análise das respectivas águas.

A ele foi instruído que o relatório fosse composto dos fatos das curas, de uma descrição topográfica de onde as Termas estavam localizadas, e da averiguação sobre o real estado das pessoas que se diziam curadas, ou seja, se estas realmente estavam infectadas de lepra, chagas, morfea [*sic*] ou algum outro mal. A conclusão do que ficou conhecido como Relatório Foggia foi à de que as águas tinham o poder de curar a lepra. (Souza, 2013, p. 79).

Foggia elaborou, portanto, uma pesquisa original cujos resultados indicaram a perspectiva de cura ou tratamento da

morfeia, e relacionou essa possibilidade a um lugar particular. Contribuindo, deste modo, para a compreensão da constituição do problema da salubridade em terras goianas. Sobre isso, Leicy Francisca (2013) relata que a narrativa

médica ali presente está inclusa num jogo de interesses que permite perceber o conhecimento médico sobre a enfermidade, as condições de sua aplicação e os interesses que uniam médicos e políticos em torno de um mesmo tema. (Silva, 2013, p. 27).

Assim, de acordo com Foggia, as águas possuíam uma alta carga de oxigênio, elemento que, certamente, pode ter sido o responsável pelas curas ou melhoramentos que o próprio médico observou nos pacientes presentes nas fontes. No Relatório, Foggia e o governo provincial, em discurso análogo, requisitaram a intervenção do poder imperial por meio da construção de uma Casa de Misericórdia (Silva, 2013).

Em 1842, o vice-presidente Francisco Ferreira dos Santos Azevedo, ao ser notificado sobre uma possível água de cor esverdeada situada à meia légua da Vila de Palma, que teria propriedades curativas no trato de moléstias internas, buscou organizar uma expedição e, na impossibilidade do Dr. Theodoro Rodrigues Moraes acompanhá-lo, Azevedo solicitou que Foggia permanecesse em Palma, em companhia de um médico para dar assistência aos enfermos e constatar as propriedades terapêuticas da água, segundo solicitação da Câmara Municipal de Arraias (SGC, 1986).

Assim, após ter atuado por bem dizer sozinho, a partir da década de 1840, Foggia pode contar com o auxílio de Teodoro Rodrigues de Moraes e Francisco Antônio de Azeredo, dois mé-

dicos goianos, habilitados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além disso, a carência de profissionais habilitados determinou a atuação dos médicos aqui representados nas esferas civil e militar. Deste modo, ingressaram no Exército com o cargo de cirurgião-ajudante e, posteriormente, foram promovidos ao cargo de cirurgião-mor (Magalhães, 2011).

Neste cenário, Vicente Moretti Foggia, na qualidade de cirurgião-mor, integrou em parceria com os doutores Francisco Antônio de Azeredo e Theodoro Rodrigues de Moraes, a comissão organizada pelo presidente Eduardo Olímpio Machado, em 1850. Momento da comprovação das propriedades terapêuticas das águas férreas do Horto na cura de determinadas enfermidades corriqueiras na região. O principal objetivo da comissão era indicar a maneira pela qual a administração pública, em consonância com o conselho médico, poderia intervir para intensificar as capacidades naturais de cura.

Foggia considerou positivo o resultado advindo da aplicação terapêutica das águas, uma vez que do total de trinta e nove pessoas, onze tiveram o seu estado de saúde completamente reestabelecido, sendo:

9 morpheticos, 1 dartroso, e 1 syphilitico; 17 morpheticos, obtiverão considerável melhoramento, 7 regressarão no mesmo estado em que forão, e 4 morrerão, pelo que pude colligir, de inflamação aguda das vísceras abdominais. (Foggia, 1939 *apud* Souza Araújo, 1946, p. 352).

Ademais, em seu diagnóstico, expôs a análise das condições de saúde de todos os enfermos comentados em seu relatório.

Trabalho minucioso que possibilitou vislumbrar determinados elementos relacionados à terapia empregada, à sintomatologia, às melhorias perante o tratamento e às sequelas decorrentes da moléstia (Silva, 2013, p. 31).

Em 1847, o presidente Joaquim Ignácio Ramalho declara que, em virtude de Francisco Antônio de Azeredo, encarregado da direção da Botica do Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, ter marchado em diligência para província de Mato Grosso, o Dr. Theodoro Rodrigues de Moraes passará a assumir o seu cargo: “[...] devendo se muito respeito ao Doutor Theodoro por sua assiduidade, e methodo no exercício de semelhante incumbencia” (SGC, 1996a, p. 88).

Por conseguinte, podemos perceber que os relatórios presidenciais concebem Foggia, Moraes e Azeredo como representantes da elite intelectual local. Logo, acabaram por exercer inúmeras funções, seja para assegurar o próprio sustento ou em decorrência do prestígio profissional e intelectual que a sociedade lhes conferia no período. Somado a isso, o espaço de atuação dos referidos médicos no hospital de caridade foi gradativamente ampliado com o decurso do tempo (Magalhães, 2014). Ademais, o relatório médico apresentado pelo doutor Azeredo, no dia 29 de janeiro de 1880, contribuiu sobremaneira para o processo de saneamento da capital, no qual ressalta ser indispensável:

Remover o lixo, existente em varios lugares: limpar as sargetas da praça do chafariz e do açougue e desobstruir os boeiros: inspeccionar a venda dos generos do mercado; e facilitar a circulação do ar com a destruição de alguns predios, a cons-trucção do capes da Lapa e a mudança do rio Uruhú para uma das cabeceiras do Rio Vermelho. (SGC, 2001a, p. 28).

Nessa perspectiva, as primeiras medidas indicadas pelo doutor eram de competência da Câmara Municipal, cabendo a ela conferir os meios necessários para realizá-las, em prol da saúde dos seus municípios. Já as demais eram de responsabilidade do governo imperial (SGC, 2001a). Não obstante, o “Relatório da Secretaria da Política da Província de Goyaz”, apresentado no dia 15 de maio de 1869, demonstra o interesse da administração em delegar ao Hospital de Caridade, a função de cuidar da saúde dos presos da cadeia da capital. Sob a alegação de que não havia lugar apropriado para tratar as mulheres, pois, em virtude de possuir apenas oito leitos, não era capaz de suprir a demanda.

Assim, sob a perspectiva do relatório, essa medida tinha como principais vantagens a facilidade e os meios necessários, dos quais o Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara dispunha no período em questão. Não havendo, deste modo, demora no tratamento e aplicação dos remédios prescritos, considerando-se que a instituição possuía bons enfermeiros e estava próxima a botica. Somado a isso, a boa dieta oferecida aos presos, certamente, colaboraria para um resultado vantajoso aos seus padecimentos (SGC, 1998b).

Por conseguinte, no que diz respeito aos casos de alienismo, desde o relatório apresentado em 1859, pelo presidente Francisco Januário da Gama Cerqueira, é relatado a necessidade da criação de uma pequena enfermaria para alienados no Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, com vistas a cessar as suas internações na prisão pública da capital. Em suas palavras: “Recolher esses infelizes à uma prisão pública [...] é, agravar deshumanamente os seus sofrimentos e prejudicar o regimen e policia das mesmas prisões” (SGC, 1997a, p. 233).

Entretanto, em virtude dos poucos recursos, o Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara não pôde realizar tal construção. Considerando-se que, ainda em 1881, os alienados continuavam a ser recolhidos na cadeia pública, juntamente com os demais presos. Dessa forma, não era conferido a eles um tratamento adequado. E, conforme o vice-presidente Theodoro Rodrigues de Moraes, tal posicionamento os deixavam à mercê dos escárnios grosseiros de seus companheiros de cela, que, por sua vez, zombavam de qualquer infortúnio. Desta forma, lamenta em seu relatório a falta de um estabelecimento destinado ao recolhimento dos infelizes, que, em sua visão, eram incapazes de conviver no meio social (SGC, 2001a).

Assim, a procura gradativa pelo atendimento hospitalar, somada a precariedade das instalações do Hospital de Caridade, demandaram a necessidade da construção de um novo edifício com capacidade para atender entre vinte e cinco a cinquenta enfermos (SGC, 2001a). Assunto abordado no relatório apresentado em 1881, pelo presidente de província, Joaquim de Almeida Luiz Moraes. Ocasão em que sugere a compra do terreno do major João Fleury de Campos Curado, sob a alegação de que fornece: “todas as condições desejáveis para a edificação da casa penitenciária, hospício dos alienados, e hospital de caridade, ficando ainda larga margem para edificação particular” (SGC, 1981, p. 82).

A vista disso, em 1908, o Hospital de Caridade de São Pedro de Alcântara, cuja administração estava a cargo das irmãs dominicanas, passou por uma grande reforma, avaliada em 87.252 mil e 450 réis. Já em 1921, tendo em vista as noções modernas das instituições de saúde, foram realizadas novas melhorias no hospital,

tais como a construção da maternidade, do bloco cirúrgico e a ampliação das enfermarias (Magalhães, 2004).

Por conseguinte, os relatórios presidenciais, por inúmeras vezes, relatam a péssima salubridade da região, ocasionada por inúmeros fatores, dentre eles: a escassez de médicos, a ineficiência das leis em relação a saúde pública e as diversas enfermidades reinantes. A despeito desta última, o presidente Aristides de Souza Spinola esclarece que, em 1879, havia uma grande incidência de pessoas acometidas pelo raquitismo, bócio e idiotismo, cuja causas necessitavam ser averiguadas. Já entre os praças, as moléstias incidentes eram a sífilis e as enfermidades do tubo digestivo (SGC, 1999b). Sob essa perspectiva, Couto de Magalhães já havia declarado em 1863 que, dentre os inúmeros povoados que percorreu, nenhum se comparava a Goiás por reunir tantas enfermidades graves. Em suas palavras:

Quase que se pôde asseverar que não existe aqui um só homem sam. A myelites, a hydropsia, a hypertrophia de coração, as aneurismas, a lepra de tres especies diferentes, a phtysics, as pneumonias, as febres paludosas, o rachitismo e idiotismo, o bossio, a syphilis, e, sobre tudo, as inflamações chronicas do estomago, figado e intestinos, ou disimão annualmente a população ou enfraquecem-na e enervão. (SGC, 1999b, p.244).

Assim, na visão de Couto de Magalhães, a vida em Goiás se escoava lamuriando constantemente. Somado a isso, o fato de a província estar localizada entre as serras era um fator comprometedor para a sua condição higiênica, uma vez que não havia grande circulação de ar. Deste modo, os relatos e soluções indicadas pelos presidentes de província nos mostram que as medidas de higiene



do Oitocentos apresentam permanências do período anterior e, sob a perspectiva de Edler (2003), eram baseadas nos princípios da Topografia Médica, dado que:

tinha[m] como projeto não apenas estabelecer os limites geográficos das doenças e a duração das epidemias, mas também esclarecer sobre a influência das condições meteorológicas e seu modo de propagação e disseminação. (Edler, 2002, p. 145).

A despeito disso, ainda em 1888, o vice-presidente Brigadeiro Felicíssimo do Espírito Santo alegou a necessidade da elaboração de uma planta da capital e, caso fosse possível, de toda a província. Para que a partir de todas as particulares e indicações topográficas, fosse oportuno realizar um estudo acurado acerca das questões de interesse para a salubridade pública. Sendo que as despesas de tal empreendimento deveriam ser custeados pela verba de obras públicas, pelo Tesouro Provincial (SGC, 2001b).

### Considerações finais

A abordagem dada pelos presidentes da província de Goiás não se desvincula da estrutura teórica e ideológica vigente no Império, na primeira metade dos Oitocentos. Dado que o movimento higienista do período se pautava no princípio de que o meio era um agente atuante na saúde do corpo, sua orientação implicava a intervenção do homem no espaço. Nesse sentido, a drenagem de pântanos, vacinação da população e destino correto de detritos assinalavam que era imprescindível monitorar fluidos e partículas. Deste modo, as informações contidas nos relatórios dos presidentes de província contribuem para descortinar que

as medidas tomadas com relação à saúde na província de Goiás foram empregadas de modo irregular. Somado a isso, evidenciam problemas relacionados às condições de existência, saúde e doenças dos goianos, no decurso do século XIX, pouco explorados pela historiografia até então.

## Referências

ALMEIDA, M. J. F. *O sertão de Amaro Leite no século XIX*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Humanidades) – Programa de Pós Graduação Território e Expressões Culturais no Cerrado, Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, 2016.

BENCHIMOL, J. L. Doenças como construções: os exemplos da Febre Amarela e do Calazar. *In*: FRANCO, S. P.; SILVEIRA, A. J.; NASCIMENTO, D. R. (org.). *Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço Editora, 2015., v. 5, p. 11-62.

BERTRAN, P. *Relatórios dos governos da província de Goyaz: 1850-1853*. Goiânia: UCG, 1996. (Coleção Memórias Goianas, v. 5).

CARNEIRO, J. N. C. C. *Das febres em Goyas*. Porto: Typografia a vapor de Arthur José de Sousa & Irmão, 1897.

CASTANHA, A. P. O Ato Adicional de 1834 na história da educação brasileira. *Revista Brasileira de História da Educação*, Maringá-PR, v. 11, p. 169-195, 2006.

CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

CHERNOVIZ, P. L. N. *Dicionário de medicina popular e das ciencias accessorios para uso das famílias*. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. 2 v.

DAMACENA NETO, L. C. *A “Influenza Espanhola” de 1918/1919 na Cidade de Goiás*. 2011. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

EDLER, F. C. A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. *Anuario de Estudios Americanos*, Buenos Aires, t. 59, p. 139-156, 2003.

FOGGIA, V. M. Agoas thermaes (Caldas) da Provincia de Goyaz e seos maravilhosos efeitos para a cura da Mmorphea e outras enfermidades rebeldes de pelle. Memoria dirigida pelo Sr. Vicente Moretti Foggia, italiano, ao Exmo Sr. Presidente de Goyaz. *Revista Médica Fluminense*, Niterói, RJ, ano 5, n. 9, p. 385-412, 1839.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

GARCIA, L. F. *Goyas: uma província do sertão*. Goiânia: Cânone Editorial/Ed. PUC-Goiás, 2010.

HANSEN, P. S. *Instituto Vacínico do Império*. Dicionário histórico-biográfico das Ciências da Saúde no Brasil: 1832-1930. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/instvacimp.htm#ficha>. Acesso em: 22 jan. 2021.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 375-386, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>. Acesso em: 03 abr. 2017.

MAGALHÃES, S. M. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2004.

MAGALHAES, S. M. Batalha contra o charlatanismo: institucionalização da medicina científica na província de Goiás. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1095-1109, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010459702011000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702011000400008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 7 out. 2020.

MAGALHÃES, S. M. Clínica médica no sertão do Brasil. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA: HISTÓRIA E MULTIDISCIPLINARIDADE: TERRITÓRIOS E DESLOCAMENTOS, 24., 2007, Porto Alegre. *Anais eletrônicos* [...]. Porto Alegre: Disc Press Comércio Fotográfico, 2007. Disponível em: [https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548210413\\_59e469b07a988d662e53cc121be2a237.pdf](https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548210413_59e469b07a988d662e53cc121be2a237.pdf). Acesso em: 23 abr. 2021.

MAGALHÃES, S. M. *Males do Sertão: Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. Goiânia: Cênone Editorial, 2014.

MORAES, C. C. P. *As estratégias de purificação dos espaços na capital da província de Goiás: 1835-1843*. 1995. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1995.

OLIVEIRA, A. M. V. Representações do lugar: o espaço construído goiano. SEMINÁRIO DE HISTÓRIA DA CIDADE E DO URBANISMO, 9., 2006. São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: USP, 2006.

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

SANTOS FILHO, L. C. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec: Edusp, 1991.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1986. v. 3. Coletânea de relatórios dos governos da Província de Goyaz.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1996a. v. 4.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1996b. v. 5.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1997a. v. 7.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1997b. v. 8.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1998b. v. 10.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1999a. v. 11.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1999b. v. 12.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 2001a. v. 13.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 2001b. v. 14.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1998a. v. 9.

SGC (Sociedade Goiana de Cultura). Centro de Cultura Goiana. *Memórias Goianas*. Goiânia: Ed. da UCG, 1981. v. 3.

SILVA, L. F. *Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962)*. 2013. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

SOUZA ARAUJO, H. C. *História da lepra no Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

SOUZA, F. S. *Rios e terras: história ambiental de Goiás (1822-1850)*. 2013. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Estadual Paulista UNESP, Assis, 2013.

TELAROLLI JÚNIOR, R. Immigration and epidemics in the state of São Paulo. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 265-283, 1996.

◆ OS CIRURGIÕES-MOR DO REAL HOSPITAL MILITAR DE VILA BOA: LOURENÇO ANTONIO DA NEIVA E BARTHOLOMEU BOURENÇO DA SILVA (1770 – 1827).

**Leandro Carvalho Damacena Neto<sup>1</sup>**

## Apresentação

No decorrer do século XVIII e início do século XIX, as enfermidades como as bexigas (varíola), sarampo, morbo gálico, entre outras, as disputas territoriais com os espanhóis e a manutenção dos territórios da América portuguesa, demandaram a criação dos hospitais régios – os hospitais militares –, fundamentais para o tratamento dos militares das tropas pagas e para a formação dos cirurgiões que exerceriam suas práticas de cura nas populações das vilas e arraiais.

A criação do Real Hospital Militar de Vila Boa (RHMVB), a partir da reforma do Quartel dos Dragões em 1764, tinha como principal objetivo ofertar tratamento aos enfermos militares doentes e

---

1 Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás (IFG).

feridos que compunham as companhias militares regulares pagas: Companhia dos Dragões e Companhia de Pedestres instaladas na Capitania de Goiás.

O funcionamento deste Hospital Militar se deu a partir do ano de 1770, o nosocômio foi a primeira instituição hospitalar instalada na capitania de Goiás no século XVIII. Nas minas dos Guayazes não existiam, antes de 1770, hospitais civis, régios e religiosos, como, por exemplo, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia. A efetivação do RHMVB veio suprir a falta de uma instituição dedicada ao tratamento das doenças em Goiás, Capitania encravada no centro da América portuguesa.

Neste capítulo, irei analisar as trajetórias de Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva na capitania de Goiás, no século XVIII até o ofício de cirurgião-mor do RHMVB.

**Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva: de administradores a cirurgiões-mordo Real Hospital Militar de Vila Boa.**

O cargo de administrador criado a partir do ano de 1778, após a reforma das despesas do hospital solicitada pelo governador da capitania de Goiás, Tristão da Cunha Meneses, propiciava uma maior fiscalização e controle das despesas. Melhor ainda, a forma de arrematação da assistência e curativos é anterior à criação do hospital militar, quando cirurgiões arrematavam a assistência e curativos dos militares nos quartéis e destacamentos, de modo que o controle da quantidade dos enfermos ficava quase à custa dos arrematadores, abrindo brecha para possíveis aumentos abusivos das despesas com o tratamento dos enfermos. A criação do



hospital militar e do cargo de administrador aboliu, portanto, o arremate a um particular para assistência e curativos dos soldados.

A administração de uma instituição régia tão importante para o tratamento das moléstias e ferimentos dos militares demonstrava as teias relacionais de Lourenço Antonio da Neiva e seu genro Bartholomeu Lourenço da Silva na capitania de Goiás, em fins do século XVIII e início do século XIX. Administrar por tanto tempo o RHMVB demonstrava as relações de amizade com o palácio e as benesses que o cargo propiciava numa sociedade hierarquizada.

Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva foram portugueses que se fixaram em Vila Boa, no século XVIII, responsáveis por construir parte daquela sociedade. Sua ascensão como administradores do hospital está atrelada à figura do sogro de Lourenço, Antonio Gomes de Oliveira. Este foi um dos portugueses que viveram em Vila Boa, no século XVIII. Chegou

às minas de Goiás por volta de 1740, nove anos antes da criação da capitania. Natural de Santa Cruz de Juvim, Antônio Gomes casou-se com dona Maria Gertrudes. Além das fazendas de criar gado, tinha um curtume, cujas solas eram vendidas na vila, e um açougue no qual vendia carne, ocupava disto, numa época que a maioria buscava avidamente o ouro. (Lemke, 2012, p. 221).

Conforme Lemke, em sua pesquisa sobre a trajetória de vida de Antônio Gomes de Oliveira, o português vislumbrou outras atividades produtivas e comerciais que existiam na capitania de Goiás.

Suas cinco filhas foram “importantes para estabelecer e consolidar redes de influência no âmbito político da capitania.

Algumas filhas de Antônio Gomes casaram-se com portugueses de alguma projeção” (Lemke, 2012, p. 226).

Pinheiro e Lemke apontaram “pistas” sobre os vestígios da vida de Antônio Gomes de Oliveira. Em relação aos casamentos das filhas, destacamos o matrimônio entre

Maria da Conceição Oliveira e Lourenço Antônio da Neiva. Ambos se casaram no ano de 1775. Era a filha mais velha de Antônio Gomes de Oliveira, o rico criador de gado vacum, homem “dos mais ricos da comarca”. Exerceu cargos na república, entre eles, o de juiz e vereador. Antônio Gomes, no ano de 1783, conseguiu o posto de capitão-mor, era a mais alta patente e somente o governador estava acima dele. (Lemke, 2012, p. 225, grifo nosso).

O genro de Antônio Gomes, Lourenço Antônio da Neiva, conforme Pinheiro (2010), era natural da Freguesia do Castelo da Neiva, Arcebispado de Braga, Portugal, onde nasceu por volta de 1720. O ano que chegou à Vila Boa é uma incógnita. Viveu boa parte de sua vida em Vila Boa, onde, em 1793, erigiu uma capela sob o orago de Nossa Senhora das Barrancas. O fato de Lourenço Antônio da Neiva ter erigido uma capela à Nossa Senhora das Barrancas, evidencia a importância da religião católica, a única religião permitida na fixação da população nas minas dos Guayazes.

As dinâmicas sociais estabelecidas na instituição do casamento constituíram-se como prática para ascensão e mobilidade social. Os casamentos das filhas de Antônio Gomes de Oliveira consolidaram alianças que o aproximaram do palácio, sendo uma estratégia para que alcançasse o cobiçado posto de capitão-mor. Com a morte de Antônio Gomes, por volta do ano

de 1784, caberia a Lourenço Antônio da Neiva a administração dos bens do falecido sogro. Essas relações desdobraram-se até mesmo depois da morte. Conforme Lemke, Lourenço Antonio da Neiva administrou boa parte dos bens do seu sogro como “o sítio na paragem chamada Boa Vista por detrás da Serra Dourada. Nele, criava-se gado e as terras estavam nas adjacências, ao Rio Claro e ao Rio Pilões, rios diamantíferos que foram proibidos à mineração até 1801” (Lemke, 2012, p. 234).

Do matrimônio de Lourenço Antônio da Neiva com Maria da Conceição Oliveira nasceram dez filhos: Antônio Manoel da Neiva; Maria Lourença da Neiva; Lourença Antônia da Neiva; Ana Joaquina da Neiva; Cândida Rosa da Neiva; Delfina Antônia da Neiva; José Joaquim Gomes da Neiva; Felisberta Luiza da Neiva e Gertrudes Antônia da Neiva. Em 1788, Lourenço Antônio da Neiva solicitou a confirmação do sítio e roça que herdou do seu sogro. Além dessas terras, solicitou “outras sesmarias devolutas no nome de suas filhas, na mesma região dos rios Fartura, Bois e Turvo” (Pinheiro, 2012, p. 5-6). Foram, no total, seis requerimentos protocolados no dia 9 de outubro de 1788, solicitando confirmação da carta de sesmaria à Rainha D. Maria I. As terras pleiteadas por suas filhas foram anexadas às terras do falecido capitão-mor, Antônio Gomes de Oliveira (Lemke, 2012).

Lourenço Antônio da Neiva, além das fazendas e sítios em sua posse, também adquiriu, após a morte do seu sogro, casas em Vila Boa como herança. A primeira casa comprada foi perto do Largo da Carioca, no lugar chamado Estalagem. Comprou de D. Maria Francisca, viúva de Manoel Luís dos Santos, pelo preço de 138 oitavas de ouro. No ano de 1807, Lourenço comprou uma casa

na Rua da Cambaúba, na outra banda da ponte do Rio Vermelho, por 300 oitavas de ouro. Em 1808, comprou uma morada de casa de “D. Manoella Maria do Rosário, na Rua da Igreja da Boa Morte, por 150 oitavas de ouro” (Lemke, 2012, p. 235).

É interessante ressaltar que a riqueza de Lourenço Antonio da Neiva foi proveniente da estima social conquistada por Antônio Gomes de Oliveira e herdada por Lourenço diante do seu casamento com Maria da Conceição Oliveira, filha de Antônio Gomes. As alianças familiares e as relações de compadrio eram necessárias para a conquista e manutenção da fortuna.

Conforme Ferreira (2014), a estima e a consideração social constituíram-se em aspectos, na maioria das vezes, fundamentais para definirem o lugar social que os indivíduos ocupavam. O casamento, as famílias, eram aspectos fundamentais para a mobilidade social, que era geracional, ou seja, de âmbito familiar. Daí compreende-se o cuidado do marchante Antônio Gomes de Oliveira, em casar suas cinco filhas com portugueses. Muito provavelmente, acredito, como possibilidade, que Lourenço Antônio da Neiva deslocou-se para Goiás para casar-se com Maria da Conceição Oliveira.

Antônio Gomes de Oliveira casou suas filhas visando estima e consideração social. Os matrimônios foram fundamentais para estabelecer e efetivar redes de influência no âmbito político da capitania. Para Lemke, a “rede de relações fundamentadas nos casamentos das filhas foi primordial para que esse marchante alcançasse o cobiçado posto de capitão-mor” (Lemke, 2012, p. 226).

Lourenço Antonio da Neiva adquiriu matrimônio com Maria da Conceição Oliveira, em 1775. Lourenço, no ano de 1778, arrema-

tou a administração do RHMVB e seguiu como administrador da instituição até 1784, por sete anos consecutivos. A administração demandava custos,<sup>2</sup> o que não devia faltar a Lourenço, casado com a filha de um dos homens mais ricos da capitania. Lourenço Antônio, como o seu sogro, também foi camarista, em 1783, ou seja, exerceu o ofício de vereador na Câmara Municipal de Vila Boa (Lemke, 2012).

No ano de 1785, Lourenço Antonio da Neiva foi angariado com a mercê, assentou “praça do Refferido Posto de Cirurgião-mor com o soldo/ de Alferes da Infantaria, por Patente do Ilustríssimo e Excelentíssimo Senhor/ Tristão da Cunha Menezes de 6 de fevereiro de 1785” (Livro..., 1783-1805),<sup>3</sup> capitão general da capitania de Goiás. Lourenço Antônio da Neiva não chegou à capitania com o ofício de cirurgião-mor. Provavelmente, adquiriu a prática de cirurgião no RHMVB com outro cirurgião, durante os sete anos que ficou como administrador da instituição.<sup>4</sup>

As alianças familiares entre Antônio Gomes de Oliveira e Lourenço Antônio da Neiva renderam mercês para Lourenço, como os ofícios régios e sua aproximação com o palácio do governador da capitania, passando de administrador do RHMVB à vereança, na Câmara Municipal, ao ofício de cirurgião-mor das tropas e, posteriormente, do RHMVB.

---

2 Geralmente o administrador do hospital bancava os custos do funcionamento por um ano, posteriormente a Junta da Real Fazenda ressarcia-lhe com os pagamentos das despesas do hospital.

3 Documento histórico pertencente ao acervo do Arquivo Documental do Museu das Bandeiras (ArqMuBan), Cidade de Goiás (GO), Brasil. Para demais citações do ArqMuBan, ver Referências do presente capítulo.

4 As atribuições do ofício de cirurgião-mor de Lourenço Antônio da Neiva serão discutidas mais adiante.

Lourenço Antônio da Neiva e Maria da Conceição Oliveira tiveram dez filhos. Dos seus filhos, destacarei o casamento da sua filha Gertrudes Antônia da Neiva com Bartholomeu Lourenço da Silva, outro importante administrador e cirurgião do RHMVB. Bartholomeu nasceu pelo ano de 1753, na Vila de Santarém, Patriarcado de Lisboa (Pinheiro, 2012).

Bartholomeu Lourenço da Silva chegou à Vila Boa na década de 1780, logo em seguida assumiu o ofício de cirurgião-mor da Companhia da Cavalaria Auxiliar (Livro..., 1783). De acordo com Freitas,

o exército português não tinha corpo de saúde. Cirurgiões eram agregados às tropas, juntamente com os físicos {médicos}, quando os havia, para servirem nos hospitais e enfermarias militares”. Além de exercerem o ofício para debelar moléstias e curar ferimentos, os cirurgiões das tropas também “eram obrigados a apresentar relatórios de suas atividades, os quais viriam a constituir-se em fontes valiosas sobre as doenças e as práticas médicas no período colonial. (Freitas, 2015, p. 116).

Bartholomeu Lourenço da Silva também exerceu o cargo de vereador da Câmara Municipal de Vila Boa, em 1795, e de Procurador da mesma Câmara, em 1796. Foi cirurgião-mor, ofício que certamente aprendeu com o seu sogro, Lourenço Antônio da Neiva, que era cirurgião desde 1773:

[o] cirurgião Lourenço Antonio da Neiva foi o rematante do curativo dos soldados pella despesa que fez com os Soldados da Companhia de Dragoens, que curou no primeiro quartel do anno de 1773. Pago ao ditto pella despesa que fez com o curativo dos soldados Pedestres no primeiro quartel do dito anno. (Balanço..., 1773-1780, não paginado).

Bartholomeu era cirurgião desde o ano de 1787. Concorde com Pinheiro ao afirmar que Lourenço Antônio da Neiva havia ensinado o ofício de cirurgião-mor ao seu genro Bartholomeu Lourenço da Silva, ofício ensinado no RHMVB. Bartholomeu teve uma importante trajetória no RHMVB, exerceu o ofício de cirurgião no hospital, substituindo o seu sogro, Lourenço Antônio da Neiva, quando este pediu baixa do Real Serviço, no ano de 1806, pois estava doente e com avançada idade, o que o impossibilitou de continuar no cargo (Praça..., 1804-1821). Bartholomeu foi o cirurgião que mais vezes administrou o hospital, por vinte e um anos, entre 1789 a 1799 e 1800 a 1809. Sua administração perpetuou a forma de administrar o hospital, prática que somente foi revista em 1825, com a sua saída do cargo de cirurgião-mor do hospital.

Antes de exercer o ofício de cirurgião-mor no RHMVB, Bartholomeu Lourenço da Silva assentou praça como cirurgião-mor da Companhia de Cavalaria Auxiliar, por patente do capitão-general, Tristão da Cunha Menezes, em 18 de setembro de 1787. Bartholomeu substituiu o anterior cirurgião-mor da companhia, Roberto Manoel de Oliveira, que havia assentado praça no posto de cirurgião-mor, em 2 de maio de 1783, e dado baixa em 1º de outubro de 1787, por ter falecido neste Quartel General (Livro..., 1783).<sup>6</sup> Assim, Bartholomeu Lourenço da Silva recebeu a mercê de cirurgião do governador Tristão da Cunha Menezes, pelas alianças e relações de compadrio que vinham sendo construídas desde Antônio Gomes de Oliveira, sogro de Lourenço Antônio da Neiva, e pelo também sogro de Bartholomeu Lourenço.

Bartholomeu Lourenço da Silva assistiu, como cirurgião, os militares da Companhia da Cavalaria Auxiliar até 31 de março de

1803, quando recebeu baixa do posto.<sup>5</sup> Bartholomeu foi reconduzido ao posto de cirurgião-mor por ofício datado do dia 3 de abril de 1803, por mercê concedida pelo governador da capitania, D. João Manuel de Menezes.

As alianças familiares, as relações de compadrio com o palácio, a estima e a consideração social eram fundamentais para o posterior enriquecimento, construção e administração da fortuna, numa

sociedade com traços estamentais, profundamente hierarquizada, social e juridicamente, nas quais signos de deferência, acesso a cargos diversos, costumes, direitos, privilégios, honrarias, isenções fiscais, exclusivismos [...] expressam, ao mesmo tempo em que definem, a posição dos grupos sociais. (Ferreira, 2007, p. 341).

Para Bartholomeu Lourenço da Silva e sua família, as alianças e relações de compadrio com o palácio, como a mercê recebida do capitão-general D. João Manuel de Menezes, garantiriam honras, privilégios, ofício, isenções, a deferência de Bartholomeu e sua família. A fortuna e o enriquecimento seriam consequências da mercê concedida, sendo que Bartholomeu recebeu salário como administrador do RHMVB durante 21 anos, além do soldo de cirurgião-mor do hospital, quando substituiu o seu sogro, Lourenço Antonio da Neiva, no cargo de cirurgião-mor do RHMVB, a partir de 1806.

---

5 As cartas patentes de cirurgião-mor demoravam para ser expedidas pelo rei ou rainha. O cargo entrava numa espécie de vacância, até ser ocupado novamente pelo cirurgião que aguardava a emissão da carta patente.



Bartholomeu Lourenço da Silva, reafirmando suas alianças familiares do matrimônio com Gertrudes Antônia da Neiva, tiveram quatro filhos: Antônio Joaquim da Silva, José Maria da Silva, Francisca de Assis Mascarenhas e Ana Joaquina da Silva (Pinheiro, 2012, p. 10). O nome de uma das filhas de Bartholomeu e Gertrudes chamou a atenção, Francisca de Assis Mascarenhas, o mesmo sobrenome do governador da capitania de Goiás, Francisco de Assis Mascarenhas (1804-1809). De acordo com Lemke, Bartholomeu escolheu governadores e secretários de governo para apadrinharem seus filhos. Outro filho de Bartholomeu foi batizado pelo também governador da capitania de Goiás, Fernando Delgado Freire de Castilho (1809-1820). A filha Francisca foi batizada em 1806 pelo governador Francisco de Assis Mascarenhas. Bartholomeu visava “segurança criando alianças para cima e laços de compadrio com os governadores” (Lemke, 2012, p. 242).

No mesmo ano do batizado da filha, Bartholomeu alcançou o posto de cirurgião-mor das Tropas pagas. Tanto Bartholomeu Lourenço da Silva quanto Lourenço Antônio da Neiva “construíram teias e relações sociais a partir das alianças familiares com as instâncias do poder” (Lemke, 2012, p. 242).

**De médico a sangrador: o ofício de cirurgião no Real Hospital Militar de Vila Boa. (c. 1770-c. 1827).**

Lourenço Antonio da Neiva e seu genro Bartholomeu Lourenço da Silva foram os principais administradores e os dois principais cirurgiões do RHMVB, desde o funcionamento do hospital, em 1770, até o seu fechamento, no ano de 1827. Ambos

aprenderam seu ofício na prática, vendo e ouvindo os mestres, estando grafada nas cartas de exame e de usança a palavra Arte de cirurgia, de sangria, aprovados e licenciados para o exercício das Artes da Cura, cirurgiões, boticários, sangradores [...]. (Almeida, 2010, p. 22).

O hospital no século XVIII se constituiu no lugar de formação de cirurgião a partir da prática da observação e experimentação. A partir da análise da documentação, acreditamos que Lourenço aprendeu o ofício de cirurgião a partir de experimentações e práticas, no RHMVB, e formou seu genro, Bartholomeu Lourenço da Silva, também o ensinando a partir da prática.

De acordo com Almeida,

o conhecimento teórico e prático requerido para o exercício das ‘Artes de Cura’ podia ser adquirido pelo ver e ouvir, e não raros casos pelo ler o que estava escrito em almanaques, tratados e farmacopeias vindas da Europa. (Almeida, 2010, p. 36, grifo nosso).

Além de aprenderem com a prática, a leitura de livros e tratados de medicina ajudava na formação teórica dos cirurgiões.<sup>6</sup>

Segundo Correia e Monteiro (2016, não paginado), “a formação de cirurgiões era uma prática recorrente dentro dos hospitais militares.” Lourenço Antonio da Neiva aprendeu o ofício de cirurgião entre 1770 a 1772. Foi atestado com carta patente pela Fisicatura mor que foi extinta, em 1782, para a criação da Junta do Protomedicato. Bartholomeu Lourenço da Silva recebeu carta

---

6 Não encontrei na documentação pesquisada a licença ou carta patente do cirurgião Bartolomeu Lourenço da Silva.

patente de cirurgião pela Junta do Protomedicato, no ano 1782 (Registro..., 1801-1809, não paginado).

Conforme Ribeiro (1997), a Junta do Protomedicato, cujos objetivos alicerçavam-se na busca da legalização da prática médica na América Portuguesa, a sua criação, substituiu a Fisicatura-mor e procurou intensificar a presença de juizes comissários de medicina e cirurgia, que atestavam e concediam as cartas patentes de usanças aos cirurgiões, sangradores e barbeiros. Segundo Abreu, a “Junta do Protomedicato concedia licenças a todos que desejavam exercer a arte de curar, incluindo desde médicos até barbeiros” (Abreu, 2011, p. 26).

De acordo com Almeida, o processo de legalização das atividades oficiais de cura na América Portuguesa

“iniciava com um pedido da pessoa diretamente interessada ao comissário delegado do físico-mor do reino, acompanhado de um atestado do mestre com o qual haviam aprendido/praticado o ofício. (Almeida, 2010, p. 32).

Não tive o contato com este tipo de documentação – atestado do mestre –, consegui acesso ao pedido realizado pelo capitão-general da capitania de Goiás, Tristão da Cunha Meneses, solicitando à rainha, D. Maria I, o ofício de cirurgião-mor do hospital militar para Lourenço Antonio da Neiva. De acordo com Almeida, o atestado do mestre, “poderia ser substituído pelo testemunho de pessoas idôneas a favor da habilidade do requerente” (Almeida, 2010, p. 32).

Este fato de obter testemunho, em vez de atestado do mestre favoreceu muitos cirurgiões a obterem carta patente sem domi-

nar o ofício. Lourenço teve como testemunha nada menos que o governador Tristão da Cunha Meneses, que solicitou mercê de cirurgião-mor do hospital à rainha, porém esse fato não atestava sua eficiência e técnica como cirurgião.

No ano de 1787, Bartholomeu assumiu o ofício de cirurgião-mor da Companhia de Cavalaria Auxiliar,

apresentou a carta patente, que tendo consideração em haver nomear, e provar o posto de cirurgião-mor da Cavalaria de Milícias, na pessoa de Bartholomeu Lourenço da Silva os requisitos necessários para bem exercer.<sup>7</sup>

De acordo com Pimenta, foi pelo campo da cirurgia que se iniciou o processo de institucionalização das “Artes de curar” na América Portuguesa, os pretendentes a

cirurgiões tanto podiam aprender seu ofício nos cursos de cirurgia nos Hospitais Militares quanto apresentar atestados de seu mestre de que haviam praticado a dita arte pelo tempo que mandava o regimento. (Pimenta, 1998, p. 53).

Lourenço Antonio da Neiva aprendeu o ofício, em meados da década de 1770, com o cirurgião Joaquim Freitas da Silva, como ajudante de cirurgia. Foi ensinado a Lourenço no cotidiano do

---

7 Da documentação analisada, nenhuma remete ao aprendizado de cirurgia no RHMVB no século XVIII, somente o regulamento criado em 1825 remete às aulas de cirurgia. Mas faço a inferência, a partir da análise da Carta Patente de Lourenço Antonio da Neiva, acerca da prática de cirurgião do seu genro, Bartholomeu Lourenço da Silva, que tanto Lourenço quanto Bartholomeu aprenderam a arte da cirurgia nas dependências do Hospital Militar de Vila Boa, na segunda metade do século XVIII.

hospital o ofício de cirurgião. Acredito que, como não havia curso de cirurgia no RHMVB por volta de 1770, isso ocorreu somente em meados de 1825. Bartholomeu Lourenço da Silva foi instruído no ofício de cirurgião, no RHMVB, por volta de 1880. Bartholomeu assistiu o sogro, como ajudante de cirurgia no Hospital Militar, que lhe ensinou o ofício (Ofício, 1788, não paginado).<sup>8</sup>

No século XVIII, nas minas dos Guayazes, eram atribuídas aos cirurgiões as funções de médico pela recorrente ausência destes diplomados em universidades europeias na capitania, mas, segundo Almeida, a presença de cirurgiões “parece de certa forma ter suprido as necessidades da população” (Almeida, 2010, p. 23). Os cirurgiões exerceram na capitania de Goiás e no RHMVB os ofícios de médico, cirurgião e sangrador durante o século XVIII e início do século XIX.

Lourenço Antonio da Neiva exerceu, no RHMVB, as funções de médico, cirurgião e sangrador: como médico, aviava receitas de medicamentos, prescrevia as dietas alimentares; como cirurgião: realizava procedimentos cirúrgicos internos mais complexos; e como sangrador: realizava os sangramentos profiláticos e cirurgias externas de pequena complexidade. Certamente, o ajudante de cirurgião desempenhava o ofício de sangrador.

Lourenço e Bartholomeu, quando foram ajudantes de cirurgia no RHMVB, realizavam as sangrias e pequenas cirurgias

---

8 Manuscrito preservado no Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa (AHU), maior acervo de documentação colonial brasileira no exterior – Projeto Resgate de Documentação Histórica Barão do Rio Branco, coordenado pelo Ministério da Cultura (Brasil, 1995).

externas, enquanto aprenderam ambos o ofício de cirurgião. Segundo Abreu,

Manoel Leitão, cirurgião do Hospital Real de Lisboa, publicou *Prática de Barbeiros*, um tratado onde ensinava como deveria proceder nas sangrias, em que parte do corpo e em quais casos aplicar as lancetas, ventosas ou sanguessugas. (Abreu, 2011, p. 91-92).

Na segunda metade do século XVIII, existiam diferentes “Artes de curar” praticadas no RHMVB, desde as influências dos saberes hipocrático-galênicos à Iatroquímica, até as influências iluministas, com a ascensão da ciência química, se constituíam na prática da “medicina mestiça” – um conjunto de práticas, saberes e terapêuticas de cura, oriundas da Ásia, Europa, América e África.

Os cirurgiões na América Portuguesa, e aqui incluo as minas dos Guayazes, no século XVIII e início do século XIX

substituíam os médicos onde estes faltassem. Prescreviam medicamentos oficinais e magistrais, receitavam remédios particulares, executavam ou recomendavam, e supervisionavam os sangradores em procedimentos como as sangrias. (Almeida, 2010, p. 34).

De acordo com Almeida (2010, p. 21),

oficinais eram medicamentos preparados na botica, prontos para o uso. Magistrais, medicamentos cuja fórmula era prescrita pelo físico ou cirurgião e manipulada segundo a orientação deste no que respeita aos ingredientes e sua qualidade, de acordo com cada enfermo e o mal que o afligia.

No RHMVB, os cirurgiões eram as maiores autoridades das “Artes de curar”. Somente em 1824, um físico passou a ocupar este lugar no Hospital Militar da Província de Goyas (HMPG),<sup>9</sup> Gabriel Andre Maria Ploësquellec, formado em medicina pela Universidade de Paris, na França. Ploësquellec exerceu o ofício de físico-mor do hospital até 1827, ano do seu fechamento.

O físico-mor<sup>10</sup> Ploësquellec, após assumir o ofício de médico do RHMVB, no ano de 1824, redigiu o Plano de Regulamento do Hospital, no dia 1º de abril de 1825. Em 21 de fevereiro de 1825, Ploësquellec enviou um ofício ao Ministro Secretário de Estado dos Negócios da Guerra solicitando aumento no ordenado que concedesse ao

supplicante deste lugar como ordenado de [480 réis]/ por anno; [...] cujo motivo roga a V.M.I haja por bem manar que sede ao suplicante o ordenado de 600 réis como tem o Fysico da Província de São Paulo. (Brasil, 1985 *apud* Goiás, 2007).<sup>11</sup>

### Proposta do ensino de Medicina e cirurgia no Hospital Militar:

Diz Gabriel Andre Maria/de Ploesquelec Fisico Mor das Tropas d’esta Província/ de Goyaz, que não havendo em toda a Província mais/ de que hum Medico e hum Cirurgião mais

- 
- 9 A partir do ano de 1815, o RHMVB passou a ser denominado Hospital Militar da Província de Goyas.
- 10 D. João VI, em 1808, extinguiu a Junta do Protomedicato, recriando a Fiscatura-mor, com sede no Rio de Janeiro. Assim retornaram os ofícios do físico-mor e cirurgião-mor do reino.
- 11 Documentos que acompanharam a Portaria, de 21 de fevereiro de 1825, expedida pela Secretaria de Estado dos Negócios da Guerra, do Império do Brasil (1985).

idoso, e nem/ a one se possuem habilitar algumas pessoas para curarem/ de Medicina e Cirurgia acontece perecer muita gente/ por falta de hum tal socorro. Por isso o supplicante desejando/ ser o quanto lhe for possível, útil á Província./ a onde hé Empregado, propoem se á dar liçoens de Medicina e Cirurgia á aquelas que á isso se quizerem/ applicar; para cujo fim pede licença a V. Exa., podendo/ igualmente levar os seus discípulos ás Enfermarias do Hospital Militar para assistirem aos differentes curativos/ que se houverem de fazer aos Enfermos. (Plano..., 1822-1825, não paginado).

A solicitação de Ploësquellec, em relação ao aumento do seu ordenado, foi aceita diante da proposta feita pelo físico de realizar a formação e o ensino de medicina e cirurgia no Hospital Militar àqueles que aspiravam a tal ofício. Em seu discurso, prometia combater a prática de empíricos, curandeiros no ofício de cura. Ploësquellec, no dia 1º de abril de 1825, redigiu o Plano de Regulamento do HMPG. No regulamento, ficou explícito que o Hospital abrigou a formação de cirurgiões:

O Manipulador dos remédios, fasendo veses de Boticario, tem obrigação de vigiar sobre o bom/ estado da Botica do Hospital, e de apromtar á tempo os remédios que os Professores receitarem para os seos enfermos. [...] A titulo de Ajudante de Cirurgia fará todas as operações pequenas, e simples, que lhe forem determinadas pelos Professores, e fará os curativos diários tanto na Enfermaria de Medicina, como de Cirurgia. O Administrador do Hospital sendo considerado aqui/ como Enfermeiro Mor, tem de dar conta aos Professores respectivos do comportamento dos Enfermos. (Plano...1822-1825, não paginado).

A partir das propostas do ensino de medicina e cirurgia que Ploësquellec remeteu nos ofícios redigidos à secretaria de estado



da Guerra, confirmado no Regulamento do Hospital em 1825, o físico ofereceu-nos indícios de que o ensino de cirurgia e medicina era realizado no RHMVB desde o início do seu funcionamento, no ano de 1770, no qual Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva aprenderam o ofício de cirurgião-mor.

De acordo com Almeida (2010, p. 38), os cirurgiões aprovados e licenciados eram predominantemente brancos, portugueses e “possuíam conhecimentos das letras. Ler e escrever eram habilidades requeridas para o exercício de sua arte: os cirurgiões prescreviam de próprio punho as receitas e certidões”. O RHMVB, durante a sua existência, teve dois cirurgiões-mores portugueses, que fixaram moradia nas minas dos Guayazes, Lourenço Antônio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva. Lourenço Antonio da Neiva, enquanto exerceu ofício de cirurgião-mor do hospital, aviou dietas alimentares diárias aos enfermos.

As dietas alimentares realizadas no RHMVB, foram expedidas e assinadas pelo cirurgião Lourenço Antonio da Neiva, conforme ressaltou o governador Tristão da Cunha Meneses, em 1788, o cirurgião-mor do hospital “fará as vezes do médico, por falta deste, de cirurgião e de sangrador” (Meneses, 1788, não paginado). Neste sentido, o cirurgião-mor aviava as receitas de medicamentos e as dietas alimentares. Estas atribuições eram realizadas pelo físico ou médico. Segundo Furtado, “o exercício da medicina no século XVIII se baseava principalmente na arte de receitar os medicamentos para curar o corpo doente, esse seria o ponto fulcral do ofício do médico” (Furtado, 2011, p. 30). No RHMVB, por ausência de médico, o cirurgião-mor executava as suas funções.

Em relação ao aviamento de receitas de medicamentos, localizei na documentação sobre o RHMVB o livro de receitas de remédios, ministrados aos enfermos do hospital. Ao analisar o livro, percebi que quem aviava as receitas era o cirurgião-mor Lourenço Antonio da Neiva.

No dia 14 de julho de 1792, receitou para o enfermo militar, Geraldo Dias de Campos, dois frascos de Tártaro Emético vitriolado.<sup>12</sup> Dez dias depois, em 24 de julho, Lourenço Antonio da Neiva voltou a receitar o mesmo medicamento para Geraldo Dias de Campos (Receitas..., 1792-1804). O tártaro emético vitriolado constituiu-se de medicação composta de duplo sal de potássio e antimônio do ácido tartárico, muito utilizado como medicamento de purgar (purgante), isto é, para evacuação intestinal (Pharmacopeia..., 1794).

Tártaro emético, vomito [provoca vômitos], ou Antimonio tartarizado ou Tartaro antimonial. Receita de Antimonio vitrificado em pó – quatro onças; Cremor de Tartaro – uma libra; Água – oito libras. Fervão-se por um quarto d’hora em

---

12 Neste texto, não adentrarei à análise das terapêuticas e medicamentos utilizados por médicos e cirurgiões na capitania de Goiás nos séculos XVIII e XIX. Citamos o livro de receitas de remédios para exemplificar a função do cirurgião-mor Lourenço Antônio da Neiva e suas atribuições de aviar receitas, função essa, segundo a legislação, atribuída aos físicos, porém, na ausência destes, os cirurgiões desempenhavam suas funções, o que ficou assinalado pelo governador Tristão da Cunha e Meneses em Ofício para rainha D. Maria I, em 1788. Isto posto, analisarei somente o tártaro emético, também conhecido como tartarato antimonil potássico, que é o duplo sal de potássio e antimônio do ácido tartárico, que foi usado no tratamento da esquistossomose e leishmaniose (Navarro et al. 2010).

vaso conveniente, filtre-se o líquido ainda quente, evapore-se e crystalize-se. (Pharmacopeia..., 1794, p. 131-132).

No século XVIII, o tártaro emético era utilizado em quase todas as moléstias no sentido de realizar a limpeza do estômago e intestino dos doentes, para receberem as terapêuticas designadas pelos médicos e cirurgiões. Essa função de purgar era praticada nas artes de curar provenientes do saber hipocrático-galênico.

Em 1792, o cirurgião-mor Lourenço Antonio da Neiva receitava para o enfermo militar Geraldo Dias de Campos, em tratamento no RHMVB, o medicamento tártaro emético. Na documentação não consta a doença de Geraldo, mas o enfermo ficou em tratamento no hospital entre os dias 14 de junho até 28 de julho de 1792, aproximadamente 40 dias (Receitas..., 1792-1804). Estes relato demonstra a influência do saber hipocrático-galênico nas práticas de cura no Império português, no final do século XVIII, com terapêuticas baseadas em unguentos, infusão, xaropes, purgantes e sangrias.

O conhecimento da flora presente na América portuguesa<sup>13</sup> tornou-se cada vez mais importante após a expulsão dos Jesuítas, em 1759. Segundo Ribeiro,

os jesuítas constituíram importante via de divulgação da farmacopeia indígena. Apesar da influência nociva que exerceram junto às culturas nativas, foram eles os maiores responsáveis pela preservação de muitos de seus hábitos e conhecimentos. Através de suas farmacopeias ou coleções de receitas, divulgaram os segredos do receituário indígena não apenas na

---

13 Região dominada e conquista pelos portugueses a partir do século XVI e que hoje conhecemos como Brasil.

própria Colônia, mas por todo o império português. (Ribeiro, 1997, p. 29).

No dia 10 de setembro de 1783, o governador da capitania de Goiás, Luís da Cunha Meneses, enviou Ofício para o secretário de estado da Marinha e Ultramar, Martinho de Melo e Castro, remetendo uma amostra da erva chamada “Andorinha” para o reino, após experimentações desta erva na capitania de Goiás:

O titulo que prezo de creado de V. Ex<sup>a</sup> e a certeza que tendo do quanto V. Ex<sup>a</sup>/ se entereza em promover o aumento/ das preciozidades do Brazil, me anima a por nas maons de V. Ex<sup>a</sup> esta preciza/ erva cujo effeito parecendo exceder ao da natureza, nam so/ se faz inacreditável, mas também oposto a razam. Esta de, Ex.mo Instrução, / a afamada erva chamada “Andorinha” com ta efficaz virtude para os olhos/ que furados com qualquer instrumento e vazado o seu liquido cristalino, postas/ as ervas socadas, em poucos dias nam so tornam o olho/ furado ao seu antigo ver, mas coiza admirável/ restitui a vista. (Leme, 1783, não paginado).<sup>14</sup>

A erva “Andorinha”, a partir do contato dos burocratas régios portugueses com os gentios da nação Caiapó, teve a eficácia comprovada nos tratamentos de feridas e lesões nos olhos, demonstrando assim, a apropriação dos saberes de cura dos indígenas pelos portugueses a partir do método da observação e experimentação, a partir da experiência indígena com a erva “Andorinha”:

---

14 Agradeço ao prof. Dr. Thiago Cancelier Dias pela indicação e por disponibilizar este documento para esta pesquisa.

O capitam de Pedestres Joam Gaudie Lei, que há muitos annos está destacado em Pilloens, tendo repetidas vezes experimentado este admirável effeito nos seus domésticos, o comunicou ao Ajudante das ordens Jozé Pinto da Fonseca, que para desenganarse furou o olho a hum Pato, e no fim de cinco dias trouxe o Sam a prezença do/ meu General o Ex.mo Luiz da Cunha, sem mais lezam que hum pequeno risco, no olho da cezura. S. Ex<sup>a</sup> passou a segunda operasam, furando ambos os olhos ao Pato, e repetindo lhe a cura todos os dias, no fim de cinco se achou o Pato completamente Sam, so com sinal das duas cezuras, por serem dois os golpes, que lhe deram nos olhos, e com vista tam perspicaz, que soltandose em huma salla, procurou logo a porta, pela qual sahindo para a rua avia, em que estavam no cham alguns graons de milho, apenas os vio, foi logo comendo. (Leme, 1783, não paginado).

Após o passar dos dias, as perfurações estavam fechadas e a visão reconstituída. Alfonso-Goldfarb e Beltran demonstraram que o princípio dos experimentos e experimentações foi ponto fulcral da ciência moderna, “a experiência como um dos instrumentos principais da meditação teórica; pois o objeto a que aspira é o conhecimento verdadeiro do mundo material que nos rodeia e que o pensamento quer penetrar”. (Alfonso-Goldfarb; Beltran, 2006, p. 12).

No Offício, o governador da capitania de Goiás remeteu a erva “Andorinha” para o reino no intuito de pesquisar, por meio da ciência química, os componentes medicinais da planta e produzir medicamentos:

Esta erva na esta Sam preze. he rara, e com dificuldade pude mandar juntar pelos campos a pequena porsam que remeto: no tempo da sua abundancia correrei mayor copia, nam so da erva, mas também de semente, para V.Ex<sup>a</sup> mandar semear a fim de ver se produz na Europa. A erva há de chegar seca,

mas concidero que o seu pó fará o mesmo effeito posto que em triplicado tempo, e talvez destillada, pelos preceitos da Química, tenda o seu licor a mesma efficacia, o que se poderá experimentar quando for mayor porsam. Se V. Ex<sup>a</sup> quizer que ao tempo de produzir fassa eu transplantar bastantes por em dois caixoens de terra, e os remeta ao Rio de Janeiro[...]. (Offício..., 1783, não paginado).

Luís da Cunha Meneses alertou sobre a chance desta planta chegar ao reino seca – devido ao tempo da viagem –, porém ressaltou a possibilidade de destilar a erva por meio dos preceitos da química transformando-a em licor. De acordo com Abreu, “a aplicação da química na medicina contribuiu em muito para o estudo das propriedades dos medicamentos” (Abreu, 2011, p. 108).

A erva “Andorinha”, ou “erva de Santa Luzia”, como era também conhecida popularmente, seria a mesma “Erva Andorinha dos Caiapó”, devido à utilização desta por esta etnia como colírio, no século XVIII, ou seja, por apresentar semelhante atividade à constatada na experiência de tratamento do olho perfurado de um pato, descrita por Inácio Joaquim? Seria a erva “Andorinha” a mesma planta conhecida atualmente por erva-andorinha, pertencente à família Euphorbiaceae, cujo nome científico é *Euphorbia pilulifera* L., descrita por Grandi (2014, p. 521-523) como uma planta terrestre que “vegeta nos campos altos e pedregosos”, mas que é empregada no “tratamento das afecções das vias respiratórias”, e que, quando fresca, “pode causar dermatite de contato”? Essas dúvidas surgiram ao analisarmos suas propriedades terapêuticas. Após uma vasta pesquisa, ficamos tentados a crer que a erva “Andorinha”, descrita por Inácio Joaquim, seria a mesma “Erva

Andorinha dos Caiapó”, mas que atualmente já não é conhecida por este nome, mas sim por “alface-d’água”. Descrita como uma planta aquática flutuante, pertencente à família Araceae, cujo nome científico é *Pistia stratiotes* L., esta erva é empregada popularmente para “lavagem ocular nas doenças dos olhos” (Grandi, 2014, p. 548-550). Apesar do transporte de uma espécie aquática estar, aparentemente, contraditório ao relatado no ofício enviado por Inácio Joaquim Taques de Almeida Pais Leme, no qual propõe arrumar dois caixões de terra a fim de transportar a planta até Portugal, o mais provável é que, tendo em vista a época, Inácio Joaquim desconhecesse um método científico mais eficiente para se transportar a erva, de forma a simular seu habitat natural e prover suas exigências hídricas (Ofício, 1783, não paginado).

Contudo, no ofício enviado por Inácio Joaquim, a pedido de Luís da Cunha Meneses, constava todos os cuidados que lhe surgiram à mente, de forma a realizar a transplantação da erva “Andorinha” para Portugal: enviar a planta “rapidamente” ao reino, solicitando “regar a planta” durante a travessia do mar (Leme, 1783, não paginado). A prática da transplantação e aclimatação das plantas entre diferentes partes do império era uma realidade na segunda metade do século XVIII, e acentua-se com o período pombalino,

quando então as relações comerciais entre a Índia e a América portuguesa foram mais intensas, isso acabou contribuindo para promover a circulação de uma cultura científica entre seus diferentes domínios ultramarinos. (Ribeiro, 2015, p. 503-512).

Diante do exposto, a apropriação do saber indígena pelos portugueses a partir da erva “Andorinha” se tornou parte inte-

grantes destes saberes e práticas “mestiças” que circulavam no Império Português. As viagens realizadas por viajantes-naturalistas, desde o século XVIII, para apropriação das plantas e animais das conquistas ultramarinas, se consolidou durante o governo do Marquês de Pombal. Segundo Kury, para corroborar o nosso relato sobre a erva “Andorinha”,

a viagem é em geral considerada pela história natural como uma das etapas necessárias para a transformação da natureza em ciência. Muitas vezes, o coletor e o sistematizador não são a mesma pessoa. Ou seja, para a história natural realizada nas instituições europeias, ver com os próprios olhos não é necessário. Daí a importância que adquirem as intruções para as viagens científicas e a formação de profissionais de diversos tipos, tais como jardineiros coletores, desenhistas e pintores. (Kury, 2001, p. 865).

A análise da autora Kury nos esclarece bem o processo descrito na descoberta da “erva andorinha” pelos funcionários régios na capitania de Goiás, assim, remessas de plantas eram enviadas constantemente para o Reino para serem transformadas em remédios e catalogados nas Farmacopeias e Tratados de Medicina da época.

Ao mesmo tempo que as práticas médicas exercidas pelos cirurgiões do RHMVB demonstravam-se inovadoras, mostravam-se também apegadas à tradição da medicina hipocrático-galênica com o método das sangria, essa era uma prática também presente no reino.

De acordo com Bluteau, sangria

he hua incisão da vea, pela qual se evacua o sangue, & os mais humores, que andavão em as veas, misturados com o sangue. As intenções, ou causas porque se faz a sangria, ho feis; a saber, evacuar o humor, divertillo, que não corra à parte leza,



attrahir (quando convem) o humor à parte, sangrando em parte vizinha à que está mas affecta, alterar os humores, para os lançar fóra, preservar da enfermidade que poderá vir, & aliviar o enfermo da doença, que actualmente padece. A opinião, que mais hoje se segue, he que as veas, que se sangrão em o corpo humano, são quarenta & duas, a saber, em a cabeça dezoyto, em os braços doze, & em os pés doze. Sendo o sangue grosso, & negro, he vicioso, & assim aproveyta a sangria. (Bluteau, 1713, p. 470-471).

Abreu (2011, p. 107) fez o seguinte questionamento, “cabe discutir em que medida o recurso ao experimentalismo significou o abandono de antigas terapias?”

A imbricação de saberes e práticas de cura inovadores e tradicionais se constituiu nas bases da “medicina mestiça”, ou seja, saberes que circularam entre americanos, africanos, asiáticos e europeus no Império português, como a prática da sangria, no ano de 1807, recomendada ao arrematante da administração do hospital, o cirurgião Joaquim da Silva Freitas, que “será obrigado a fazer as sangrias a sua custa” (Ordens..., 1804-1816, não paginado). A prática da sangria era administrada no RHMVB pelo cirurgião-mor da instituição. Conforme a Carta do governador Tristão da Cunha Meneses, do ano de 1788, o cirurgião irá exercer o ofício de sangrador (Meneses, 1788). Na prática, as sangrias eram realizadas pelos ajudantes de cirurgia, isto é, por aqueles que estavam aprendendo o ofício de cirurgião ou pelo enfermeiro do hospital.

As “Artes de Curar” exercidas no RHMVB, principalmente pelos dois cirurgiões-mor da instituição, Lourenço Antonio da Neiva e Bartholomeu Lourenço da Silva, no século XVIII e início do século XIX, era baseada na “medicina mestiça”.

Outra prática bastante corriqueira dos cirurgiões era recorrer aos “Tratados de medicina” e “Farmacopeias” publicados no século XVIII e XIX por médicos e cirurgiões portugueses ou a Tratados de medicina traduzidos para o português. Esses tratados serviam de base para a observação dos enfermos pelos cirurgiões e médicos, a orientá-los a aplicar o melhor tratamento para convalescência das moléstias. Os “Tratados de medicina” e “Farmacopeias” também orientavam a população leiga.

Nesses tratados, prevaleciam de acordo com Kury, os resultados das catalogações, classificações e envio de espécies vegetais e animais para Europa por viajantes-naturalistas, por funcionários régios, uma gama de saberes medicinais que variavam entre a ‘Arte de curar’ hipocrático-galênica, a “Arte da química iluminista”, as “Artes de curar” indígenas e africanas.

Furtado demonstrou a importância de alguns cirurgiões, na América portuguesa, na autoria de “Tratados de medicina” e “Farmacopeias”, contrariando a especialização das funções que caracterizava a prática da medicina no mundo português (Furtado, 2011, p. 99).

Esses cirurgiões que exerciam seus ofícios na prática na América portuguesa, também foram os autores e divulgadores das “Artes mestiças” de cura. Lourenço Antonio da Neiva, primeiro cirurgião-mor do RHMVB, e Bartholomeu Lourenço da Silva, seu genro, também cirurgião-mor da instituição, aprenderam o ofício na própria instituição onde foram cirurgiões. Realizavam as funções de médico, cirurgião, sangrador, receitavam dietas alimentares, receitavam remédios. Na América portuguesa, “os cirurgiões não se serviam somente dos medicamentos tradicionais enviados

do reino, mas também das ervas que a natureza local dispunha cujos usos aprendiam muitas vezes com os índios e os mestiços” (Furtado, 2011, p. 99).

A prática dos cirurgiões e físicos de utilizarem as ‘Artes de curar’ indígenas e africanas ficou conhecida como “medicina mestiça”, conceito cunhado por Almeida para demonstrar que essa

arte de curar está inserida no universo cultural mestiço da América portuguesa, e essa arte se mostra igualmente mestiça, forjada pelos conhecimentos migrantes de uma população multifacetada desde muito cedo nas terras portuguesas da América. (Almeida, 2010, p. 26).

Os cirurgiões tiveram sua importância na América portuguesa, “o ‘estado’ dos cirurgiões-mor não era nobre e nem mecânico. Eles faziam parte do “estado do meio” e deveriam andar à cavalo e saberem se comportar” (Bluteau *apud* Lemke, 2012, p. 160-161). Os cirurgiões dispunham de certo status, estavam acima dos ofícios mecânicos. No RHMVB, os cirurgiões, até o ano de 1824, fizeram as vezes de médico, cirurgião e sangrador.

## Referências

ABREU, J. L. N. *Nos domínios do corpo: o saber médico luso-brasileiro no século XVIII*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

ALFONSO-GOLDFARB, A. M.; BELTRAN, M. H. R. (org.). *O saber fazer e seus muitos saberes: experimentos, experiências e experimentações*. São Paulo: Editora Livraria da Física: Educ: Fapesp, 2006.

ALMEIDA, C. B. S. *Medicina mestiça: saberes e práticas curativas nas minas setecentistas*. São Paulo: Annablume, 2010.

BALANÇO dos rendimentos Gerais. Província de Goyas, 1773-1780. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Fundo Real Fazenda.

BLUTEAU, R. *Vocabulario portuguez & latino: hidraulico, anatomico, architectonico*. Coimbra: Collegio das Artes da Companhia de Jesus, 1713. v. 7, p. 470-471. Verbetes “sangria”. Disponível em: <http://www.brasiliana.usp.br>. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Cultura (coord). *Projeto resgate de documentação histórica Barão do Rio Branco*. Brasília: Ministério da Cultura, 1995. Projeto em andamento. Criado pela Comissão Bilateral Luso-Brasileira de Salvaguarda e Divulgação do Patrimônio Documental (Coluso), responsável pelo depósito de cerca de 340.000 documentos de 18 capitanias da América portuguesa no Arquivo Histórico Ultramarino de Lisboa (AHU). Disponível em: <http://bndigital.bn.gov.br/projeto-resgate/>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Secretaria de Estado dos Negócios e da Guerra. Portaria de 21 de fevereiro de 1825. Rio de Janeiro: SENG, 21 fev. 1985. In: GOIÁS (Estado). *Livro de Registro de Documentos da Província de Goyas (1822-1825) nº AHE/00103*. Goiânia: Edições AFLAR/JSE-livros, 2007. Acervo digital Arquivo Histórico Estadual de Goiás, Goiânia.

CORREIA, S. R; MONTEIRO, M. A. Saberes negros-indígenas na Colônia Imperial. In: SEMINÁRIO NACIONAL DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 15., 2016, Florianópolis. *Anais eletrônicos* [...]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <http://www.15snhct.sbhc.org.br/>

resources/anais/12/1474042489\_ARQUIVO\_SeverinoRCorreia\_MariaAMonteiroFINAL.pdf. Acesso em: 5 out. 2017.

FERREIRA, R. G. De ex-escravo à elite escravista: a trajetória de ascensão social do pardo alferes Joaquim Barbosa Neves (Porto Feliz, São Paulo, século XIX). *In: FRAGOSO, J. L. et al. Conquistadores e Negociantes: histórias de elites no Antigo Regime nos trópicos. América lusa, séculos XVI a XVIII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007. p. 337-376.*

FERREIRA, R. G. O vigário Pereira, as pardas forras, os portugueses e as famílias mestiças: escravidão e vocabulário social de cor na Freguesia de São Gonçalo (Rio de Janeiro, período colonial tardio). *In: FRAGOSO, J.; GOUVÊA, M. F. (org.). O Brasil Colonial: 1720-1821. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. v. 3, p. 339-380.*

FREITAS, L. C. B. F. Em Vila Boa: doenças e carências no século XVIII. *In: LEMES, F. L. (coord.). Para Além das Gerais: dinâmicas dos povos e instituições na América portuguesa: Bahia, Goiás e Mato Grosso. Goiânia: Ed. PUC, 2015. p. 111-154.*

FURTADO, J. F. A Medicina na época moderna. *In: STARLING, H. M. M.; GERMANO, L. B. P.; MARQUES, R. C. (org.). Medicina: história em exame. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.*

GRANDI, T. S. M. *Tratado das plantas medicinais: mineiras, nativas e cultivadas. Belo Horizonte: Adaequatio Estúdio, 2014.*

KURY, L. B. Viajantes-naturalistas no Brasil Oitocentista: experiência, relato e imagem. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v. 8, p. 863-880, 2001. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8s0/a04v08s0.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2019.

LEME, I. J. T. A. P. *Ofício de Inácio Joaquim Taques de Almeida Pais Leme ao secretário de estado da Marinha e Ultramar, Martinho de Melo e Castro*. Vila Boa de Goyas, 10 set. 1783. Arquivo Histórico Ultramarino (AHU), AHU CU Goiás 008, Cx. 34, Documento 2121. CD-ROM.

LEMKE, M. *Trabalho, família e mobilidade social: notas do que os viajantes não viram em Goiás. c.1770 – c. 1847*. 2012. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

LIVRO de praças militares. Companhia de Cavalaria Auxiliar I. Vila Boa de Goyaz, 1783. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Fundo Real Fazenda (05.02.004 Cx. 233).

LIVRO de praças militares. Companhia Dragões I. Vila Boa de Goyaz, 1783-1805. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Fundo Real Fazenda (05.02.004 Cx. 234).

OFÍCIO enviado ao secretário de estado da Marilha e Ultramar. Vila Boa de Goyaz, 10 set. 1783. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Fundo Real Fazenda, Cidade de Goiás, GO.

OFÍCIO do governador e capitão-general de Goiás Tristão da Cunha Meneses à rainha D. Maria I, sobre as tentativas para reduzir as despesas do hospital militar de Vila Boa. Vila Boa de Goyas, 11 set. 1788. Acervo Arquivo Histórico Ultramarino (AHU), AHU CU Goiás 008, Cx. 37, Documento 2280. CD-ROM

NAVARRO, M; GABBIANI, C.; MESSORI, L.; GAMBINO, D. Metal-based drugs for malaria, trypanosomiasis and leishmaniasis: recent achievements and perspectives. *Drug Discovery Today*,

v. 15, n. 23-24, p. 1070-1078, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359644610007750>. Acesso em: 28 abr. 2021.

ORDENS régias. Vila Boa de Goyaz, 1804-1816. v. 3. Termo de Arrematação do Hospital Militar por Joaquim da Silva Freitas. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Fundo Real Fazenda (04.02.007 Cx. 189).

PHARMACOPEIA geral para o reino e domínios de Portugal. Lisboa: Regia Officina Typografica, 1794. 2 v.

PIMENTA, T. S. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Rio de Janeiro (1808 -1828). *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v. 2, p. 349-372, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200005> . Acesso em: 10 maio 2021.

PINHEIRO, A. C. C. *Um capitão-mor marchante e dois cirurgiões-mor em Vila Boa de Goiás*. Vila Boa de Goiás, 2012. Não publicado.

PLANO do regulamento do Hospital Militar da Provincia de Goyas, 1822-1825. Ed. fac-sim. In: GOIÁS (Estado). *Livro de registro de documentos da Provincia de Goyas (1822-1825) nº AHE/00103*. Goiânia: Edições AFLAR/JSE-livros, 2007. Acervo digital Arquivo Histórico Estadual de Goiás.

PRAÇAS militares. Dragões II. Fundo Real Fazenda. Vila Boa de Goyas, 1804-1821. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Cidade de Goiás, GO.

RECEITAS de remédios. Receitas do cirurgião-mor Lourenço Antonio da Neiva. Vila Boa de Goyaz, 1792 – 1804. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Cidade de Goiás, GO.

REGISTRO de patentes militares I. Fundo Real Fazenda. Vila Boa de Goyas, 1801-1809. Acervo Arquivo Documental do Museu das Bandeiras, Cidade de Goiás, GO.

RIBEIRO, M. M. *A Ciência dos Trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997. (Coleção Estudos Históricos).

RIBEIRO, M. M. Ciência e império: o intercâmbio da técnica e o saber científico entre a Índia e a América Portuguesa. *In*: FALCON, F.; RODRIGUES, C. (org.). *A época pombalina no mundo luso-brasileiro*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015. p. 499-530.



◆ A VARÍOLA: REFLEXÕES ACERCA DE UMA  
CONTROVÉRSIA CIENTÍFICA SOBRE A VACINA

**Leicy Francisca da Silva**<sup>1</sup>

A vacina, de que a invenção cobrio de gloria, e immortalisou a **Rabaut Pommer, e a Generer**, preserva da varíola como uma quase infalibilidade; oferece por tanto um recurso inestimável; aquelles, à quem inserida debaixo da pelle não torna invulneráveis à varíola, com segurança livra da morte, é o que uma longa observação tem demonstrado de uma maneira peremptória.

*Correio Official de Goyaz*

### O conhecimento médico goiano e os leigos na prevenção da varíola

Em 1866, o presidente de província de Goiás, Augusto Ferreira França, preocupado com o risco de um surto de varíola na região, demanda ao delegado interino do cirurgião-mor do exército, Thomaz Cardoso de Almeida (1809-1875), que em parceria com o Primeiro cirurgião encarregado da Enfermaria Militar, Vicente

---

1 Doutora em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente no curso de História e no Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Universidade Estadual de Goiás (UEG).

Moretti Fóggia (1803-1894), produza instruções sobre a varíola. Nas palavras do presidente, cumpria aos médicos, “com urgência”, formular “instruções médicas da maior clareza para o tratamento da varíola caso ela invada esta província” (Almeida; Fóggia, 1866, p. 1). A preocupação com a possibilidade de uma epidemia e a consciência em relação ao diminuto quadro médico presente na província, restrito a esses profissionais, e com muitos dos seus esforços voltados para a preparação do corpo militar que seria enviado para os campos de batalha no Mato Grosso, onde, naquele momento, transcorria a Guerra da Tríplice Aliança (1864-1870), permitem ao administrador acrescentar que deveriam ser formuladas instruções “pelas quais possam regular-se os particulares” (Almeida; Fóggia, 1866, p. 1).

O texto foi escrito para alcance de um público leigo, como explicitado na cobrança do presidente de província, e expressava os meios “curativos” para atuação dos particulares. Nas duas páginas de conselhos eram os sintomas e os modos de desenvolvimento da enfermidade em sua forma “benigna” ou “grave”, o tempo de seu desenvolvimento, a medicação, os cuidados relativos a dieta e o espaço onde o enfermo deveria ser isolado, que eram analisados e expostos. Na Figura 1, observamos instruções, nas quais Fóggia e Almeida expõem em um parágrafo sua erudição e conhecimento sobre a vacina ou inoculação, o preservativo contra a moléstia.



Generer? E como a alusão a esses dois nomes permite-nos mostrar a relação dos médicos do sertão com aquilo que estava sendo produzido pela ciência mundial?

Para responder a essa questão, analisamos a compreensão médica local em relação às práticas de vacinação, comparando-as ao debate desenvolvido nacionalmente pelos médicos em suas teses defendidas na Academia Imperial de Medicina (Rio de Janeiro) e Faculdade de Medicina da Bahia. Desse modo, o escopo deste artigo é observar esse objeto de debate entre os médicos goianos e brasileiros em suas escritas. Para alcançar o objetivo retomamos as análises propostas pela historiografia, prestando atenção ao fato de que outros temas não consensuais acerca da vacina e revacinação, e sobre medos e resistências coletivos relativamente a estas práticas no Brasil, já foram muito profundamente analisados (Bertolli Filho, 2008; Chalhoub, 1996; Fernandes, 2003, 2004).

Da leitura das produções dos médicos do século XIX no Brasil, percebe-se uma tradição de lançar apreciações sobre determinada doença, a partir da experiência empírica da assistência e tratamento dos enfermos, especialmente em casos de calamidade pública ou surtos epidêmicos. Como explica Michel Foucault (2008), na clínica, o espaço da experiência e do empírico se identificam; é por meio do olhar que as coisas se dão a conhecer, mostrando o verdadeiro conhecimento sobre o concreto.

Thomaz Cardoso de Almeida insere-se nesta tradição. Primeiro, enquanto vacinador da província do Rio Grande do Norte, desenvolveu amplo processo de popularização da prática vacinal lutando contra os “preconceitos populares”, buscando a “generalização d’este mais poderoso e seguro preservativo contra

a bexigas”, ou varíola (Vaccina, 1851, p. 3). Preocupado com a possibilidade de uma epidemia na região, afirmava sobre sua atuação que “esmera-se, quanto pode, no desempenho das obrigações d’este seu cargo” (p. 3). Foi a partir de sua experiência que produziu, atuando ainda naquela província nordestina, um estudo sobre a febre amarela, quando da sua ocorrência sob forma epidêmica na região.

Vicente Moretti Fóggia, médico italiano radicado em Goiás, também está inserido nesse quadro científico. Incentivado pelo interesse dos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ele produz, em 1839, uma criteriosa observação sobre as capacidades curativas das águas sulfurosas de Goiás no tratamento da lepra e outras enfermidades epidérmicas.<sup>2</sup> Os experientes médicos demonstravam a sua relação com a prática clínica e a preocupação com os chamados flagelos (enfermidades), que, consideradas contagiosas, geravam medo e preocupação da população e das autoridades administrativas locais. Não fugiram ao convite em analisar teoricamente os aspectos sanitários e temas que mais afligiam ao coletivo no século XIX, como as bexigas, a febre amarela e a lepra, enfermidades que, junto à cólera, como explica José Murilo de Carvalho (2008), foram responsáveis pelos principais gastos do Império Brasileiro com saúde, decorrentes de epidemias ocorridas.

---

2 Seu estudo intitulado “Agoas Thermaes (Caldas) da Provincia de Goyaz e seos maravilhosos effeitos para a cura da Morphea e outras enfermidades rebeldes de pelle” é publicado pela *Revista Médica Fluminense* (Fóggia, 1939 *apud* Souza Araujo, 1946, p. 353), e incita o debate entre os acadêmicos na corte, que produzem “memórias” sobre o tema.

A varíola foi uma enfermidade que marcou a história da humanidade, a sua contagiosidade e letalidade geraram surtos e epidemias importantes que levaram medo e desorganização social para muitas comunidades. Ela foi mundialmente erradicada na década de 1980. Enquanto evento biológico, trata-se de

infecção viral que tem como agente causal um ortopoxvírus, que se manifesta clinicamente por erupções de vesículas generalizadas, sendo reconhecida através de dois tipos – *major* e *minor* – diferenciados pela gravidade da sintomatologia e da infecção. (Bier *apud* Fernandes, 2004, p. 211).

O período de incubação do vírus varia entre 10 e 14 dias, e demarca-se por gerar sintomas como febre e indisposição, cefaleia, dor nas costas, vômitos, exantema (vesículas ou bolhas na pele). O sintoma de identificação da moléstia é a “curva térmica característica, com duas ascensões, sendo a primeira correspondente ao período de invasão e a segunda de supurações devido a infecção secundária por germes piogênicos” (p. 211). A alta contagiosidade e índice de mortalidade da enfermidade, entre 20 a 50% dos acometidos, dependendo do tipo de varíola e das condições sanitárias prevalentes dos indivíduos, as dificuldades na identificação feita através do exame clínico, um conhecimento médico restrito sobre o tratamento e os problemas técnicos e práticos relativos à prevenção, são temas marcantes relativos à varíola durante o século XIX. As populações e médicos admitiam, em seu cotidiano, dois modos de prevenção: a variolização e a vacinação. A variolização consistia em procedimentos diversos utilizados para retirada do vírus das secreções das pústulas dos enfermos e sua aplicação no corpo sadio, gerando o desenvolvimento de uma forma branda

da enfermidade e imunizando o organismo contra a doença. A vacinação, em suas diversas formas, começa a ser desvendada no país em 1804.<sup>3</sup> No Brasil, a variolização foi difundida e empregada durante o século XIX “como contraponto à vacinação, associada a ela, ou mesmo confundida com ela” (Fernandes, 2004, p. 215).

Essa enfermidade demarca uma preocupação nascente com a organização de um quadro que permitia entrever uma preocupação com as questões sanitárias coletivas no século XIX e, mais tarde, com a saúde pública. Em decorrência de sua representação epidemiológica e social, ela baliza os temores coletivos – expostos especialmente em momentos de epidemia. Enseja a construção de saberes populares e práticas empíricas de imunização, elaboradas em diversas regiões do mundo, somadas, a partir de fins do século XVIII, ao forte interesse médico na constituição de conhecimento técnico-científico e à organização de políticas, por parte da administração pública, para debelar o risco representado na sua existência.

---

3 Considera-se que a introdução da vacina no Brasil tenha ocorrido no ano de 1804. Foi através da iniciativa de Felisberto Caldeira Brant (marquês de Barbacena), que enviara um médico acompanhado de crianças escravas à Europa (Lisboa) para que, procedendo a vacinação, trouxessem a linfa até a corte. A institucionalização da prática ocorreu na corte em 1808, por iniciativa de D. João VI. Ele criou a Junta Vacínica da Corte para propagação e divulgação do método, que teria ficado circunscrito naquele período ao Rio de Janeiro. Em 1828, uma nova legislação imperial transferia a responsabilidade pela propagação da prática às Câmaras Municipais (Lei de 1º de outubro de 1828) e, mais tarde, em 1846, foi criada a Junta Vacínica do Império e formulado um quadro organizacional e de colaboradores, responsáveis pelo estabelecimento vacinal nos municípios, trabalhando de modo voluntário, o que dificultou inclusive o alcance do objetivo.

Os relatos memorialísticos noticiam a ocorrência de varíola no Brasil desde o período colonial.<sup>4</sup> No entanto, em todo o mundo, tanto a ocorrência de epidemias quanto a elaboração de modos de contenção são datadas de tempos remotos, sendo divulgadas informações sobre o seu conhecimento e modos de tratamento nos continentes asiático, africano e europeu. Em cada uma dessas regiões foram produzidas diferentes formas de inoculação. O método de variolização empreendido tanto na África, onde era oralmente transmitido, quanto na Europa, deve ter aportado no Brasil, do mesmo modo que a enfermidade trazida nas embarcações vindas do Velho Continente, como afirmam os cronistas, nos tumbeiros junto aos escravizados (Franco, 2006; Chalhoub, 1996).

Esse enquadramento inicial das condições de conhecimento, profilaxia e tratamento da varíola, já nos permite problematizar o processo de implantação do sistema vacinal no Brasil, no século XIX, observando a relação dos médicos com essa prática. Partimos da análise do artigo escrito e publicado, em 1866, por Thomaz Cardoso de Almeida e Vicente Moretti Fóggia. Comparamos as análises apresentadas pelos dois médicos sertanejos sobre a enfermidade e a vacinação com as produções dos acadêmicos de medicina brasileiros em suas teses. Nossa hipótese centra-se na indicação de uma formação em descompasso em relação ao debate internacional, alinhada com o posicionamento e as produções

---

4 A preocupação com esta enfermidade leva inclusive à produção de importantes análises no período colonial, sendo elas: *Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco*, de João Ferreira da Rosa (1694), e o *Tratado Único das Bexigas e Sarampo*, de Simão Pinheiro Mourão (1683).



médicas francesas, que confundiam, em relação à profilaxia da enfermidade, os dois procedimentos anteriormente apontados: vacina e variolização – isso porque em seu cotidiano lidavam com uma medicina empírica e experimental. Localmente, expõe uma preocupação com o resguardo do campo profissional, ao mesmo tempo que demonstra o reconhecimento dos debates e contendas sobre os temas científicos pelos médicos do sertão e uma cultura fundamentalmente oral, mesmo daqueles que compreendiam a elite intelectual da província.

Uma questão científica, patriótica e política: a análise da contenda sobre a vacina nas teses médicas defendidas no Brasil

Sobre as primeiras questões nascidas da análise de Almeida e Fóggia acerca da vacina, as respostas a que chegamos, de caráter provisório, muito nos auxiliam na definição da prática e do pensamento médico desses experientes profissionais e de sua relação com a produção científica nacional e internacional. Escrevendo e atuando em um momento ímpar na história brasileira, em que Goiás participava de forma ativa, dando suporte material e humano às tropas que lutavam nos campos de Mato Grosso na Guerra da Tríplice Aliança, os médicos eram incitados a responderem de modo rápido e preciso a uma necessidade imediata de ação para contenção de uma epidemia. A Guerra gerava um trânsito de pessoas e materiais entre Goiás, Mato Grosso e outras províncias vizinhas, que enviavam efetivo para a batalha. Essa circulação deve ter sido o desencadeador da preocupação com o risco de epidemia de varíola advinda da província mato-grossense. O fato de apenas um parágrafo do texto tratar do tema da vacinação e apontá-la

como “um recurso inestimável” e “quase” infalível, que “não torna invulneráveis à varíola”, mas que “com segurança livra da morte” àqueles a quem é “inserida debaixo da pelle”, deixa margem ao questionamento sobre o posicionamento dos esculápios em relação a efetividade daquela prática. Como nos mostra Pierre Damon

é, portanto, de forma bem paradoxal que a primeira grande vitória da medicina sobre a morte se traduz, de fato, num atentado contra o prestígio do médico. Tirado das suas especulações, ei-lo tornado responsável, porque a infalibilidade de uma operação simples e manual é difícil de assumir e o menor fracasso, real ou suposto, ser-lhe-à duramente imputado. Serviria a eficácia, na matéria, para uma desmistificação? A resposta está, talvez, no empenho com que os grandes médicos apoiam a questão, deixando a outros, médicos de aldeia ou de bairro, enfermeiros ou parteiras, o cuidado de vacinar (1985, p. 306).

Fóggia era o comissário vacinador provincial em Goiás, desde a década de 1850, e Almeida havia atuado nesta função na província do Rio Grande do Norte. E, embora fossem incentivadores da prática, tentavam resguardar-se e ao seu prestígio profissional quanto ao risco de questionamento em relação a ineficiência do recurso vacinal, deixando àqueles que atuavam efetiva e diretamente no processo de inoculação os problemas relativos aos riscos de desenvolvimento da doença, ou de uma epidemia, advindo da aplicação daquele método preventivo.

A responsabilidade do comissário vacinador provincial, para além da vacinação na capital, se restringia, quase que exclusivamente, na preparação de tubos e lâminas com pus vacínico, como em 1866, quando Fóggia o fazia para envio às cidades de maior população, como Meia Ponte (Pirenópolis), Bonfim e Formosa, haja

vista a manifestação da varíola naquelas localidades (Almeida; Fóggia, 1866). Atividade da qual participava o juiz de direito da comarca do Parahyba, colhendo o pús vacínico, cobrando sua preparação, e pedindo por meio de notificação aos responsáveis provinciais que “vm., me remeta algumas laminas ou tubos com que se tiver podido obter ahi mediante o emprego do puz que há pouco remeti a sua disposição” (1866, p. 2).

Ainda sobre a distribuição entre os responsáveis nos municípios, em recomendação da administração, naquele ano, incitava o vacinador que “ao mesmo tempo envie algum [pus e laminas] para o juiz de direito da comarca do Rio Corumbá distribuir pelos termos de Bonfim e Santa Luzia, visto constar que no último apareceram alguns casos de varíola” (1866, p. 2). Os comissários vacinadores e os juízes de direito das cidades citadas auxiliavam no apoio à preparação do material vacinal, bem como na sua distribuição. A aplicação era função de um quadro mais geral de profissionais. Na publicação das instruções aos municípios para ação em caso de epidemia, outros atores emergem do processo de atenção ao risco de saúde pública, cobrava-se a ação dos delegados de polícia das cidades de Santa Luzia, Bomfim, Jaraguá, Meia Ponte e Formosa, propondo-lhes as recomendações a serem observadas no caso de “invasão da varíola” evitando a propagação da epidemia (1866, p. 3), e na aplicação do pus, uma miríade de leigos: juízes de direito, padres, delegados de polícia, inspetores de quartelão, os responsáveis pelos presídios etc.

Para além do posicionamento dos médicos em relação à prática de vacinação, o documento inicial nos aponta a questão do conhecimento teórico e reconhecimento dos debates sobre

a descoberta da vacina entre os esculápios goianos – ao notar sua referência a “Rabaut Pommer, e a Generer” como os que “à invenção cobrio de glória” – buscamos situar sua escrita em relação as controvérsias e consensos sobre o tema. Considerando que Rabaut Pommer e Generer sejam a transcrição fonética do “ouvir falar” do nome de Jacques Antoine Rabaut-Pommier (1774-1820) e Edward Jenner (1749-1823), ou resultado de um erro tipográfico na escrita dos dois nomes, o que nos parece menos provável, optamos pela primeira das duas hipóteses, por compreender, como exposto por Arlete Farge, que a escrita dos documentos nos descobre uma cultura sonora daqueles que os produziram, e que expressa a importância da entonação da voz e da literatura oral naquela sociedade (1989, p. 76-78). Jacques Antoine Rabaut-Pommier (1774-1820) foi um médico e político francês, da região de Montpellier. A partir de 1872, suas observações empíricas sobre o desenvolvimento da doença em animais, sustentam alguns estudiosos, tiveram grande importância sobre as pesquisas de Edward Jenner, já que se acredita que o primeiro tenha lhe enviado dados sobre suas observações empíricas, demonstrando que quando os ordenhadores adquiriam um tipo de varíola mais branda dos animais, tornavam-se imunes à enfermidade.

Historiadores da ciência chamam atenção ao nome de Rabaut-Pommier, quando da necessidade de ponderar sobre aqueles que foram os percursores do pensamento da vacinação, ou quando da contestação por parte de outros sobre a proeminência individual de Edward Jenner no processo de “paternidade” da descoberta. Isso porque foi ao médico e naturalista britânico que a História atribuiu a “invenção” do método “de inoculação de

varíola bovina para prevenção da doença humana” (Silva, 2015, p. 29). No entanto, no século XIX, houve uma discussão importante no campo médico sobre a importância das conclusões empíricas do pesquisador francês no processo de elaboração da vacina por Edward Jenner, ou, até mesmo, a proeminência desse nos estudos que levariam à elaboração da vacina.

A repercussão deste debate científico alcançou, pelo que se observa, os médicos brasileiros, o que podemos observar pela análise deste debate em suas teses,<sup>5</sup> e goianos, como observado neste artigo, demonstrando a circulação das questões discutidas em âmbito internacional e sua repercussão na província, o que aponta para o nosso questionamento do atraso ou isolamento regional defendido por parte da historiografia goiana. De outro lado, nos mostra que os médicos, mesmo que compusessem o quadro dos letrados da província goiana daquele momento, possuíam além de uma caligrafia anódina, pouca prática da leitura científica. Possivelmente essa ausência era decorrente da dificuldade de acesso ao produzido, por falta de uma biblioteca científica, por uma formação marcadamente teórica como denunciado pela historiografia, pelo distanciamento em relação aos

---

5 Em alguns trabalhos defendidos na primeira metade do século XIX, sobre a vacina ou a varíola, diferentemente daqueles indicados na discussão que segue, não há qualquer menção à disputa acadêmica entre os cientistas Rabaut-Pommier e Edward Jenner, ou à contenda de caráter patriótico entre França e Inglaterra pela notoriedade em respeito à descoberta da vacina contra a varíola. É o caso de teses como as de Manuel Gomes de Oliveira Pinto, *Varíola natural*, defendida em 1843 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e a de Hermogênio Gonçalves dos Santos, apresentada em 1849 à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, intitulada *Algumas proposições sobre a vacina*.

espaços acadêmicos das Faculdades de Medicina situadas no Rio de Janeiro e Bahia, e/ou, ainda, pelo excesso de atividades que esses profissionais assumiam em sua carreira. Percebemos que eles expunham, nos seus textos, o modo como pronunciavam os nomes daqueles que tinham sido objeto de seus estudos quando dos bancos da faculdade, cujos conhecimentos produzidos faziam parte do cotidiano de sua prática profissional. Assim, para compreender aquele documento, foi preciso pronunciar em meia voz, ouvir o dito e decifrar o nome e o sentido inerente àquela forma de grafia; não se tratava de um erro ou de um autor desconhecido, mas sim, como indica Farge (1989, p. 76-78), de uma ortografia fonética. O escrito reproduzia os sons de um dado advindo do/pelo ouvir falar, e aquela grafia compunha uma designação cujo conhecimento não se discutia, mas cuja leitura, parece, ou estava localizada em um passado longínquo ou não havia sido perpetrada, apenas ouvida.

### Jenner ou Rabaut-Pommier: o debate nas teses médicas defendidas nas faculdades de medicina no Brasil

*A vacina ou varíola vacinal*, tese de doutoramento de João José de Macedo Coimbra (1839), não se furtou ao debate sobre a quem se devia a elaboração da vacina contra a varíola; vangloriando a Edward Jenner e a Inglaterra, e criticando aqueles que tentaram desmerecer a sua dignidade e reputação frente à humanidade. Sustenta que

a glória do imortal médico inglês acabava de adquirir para si, e para sua pátria por este relevantíssimo serviço prestado à

humanidade, não tardou muito a desenvolver a emulação entre os demais colegas das nações estranhas. (Coimbra, 1839, p. 1).

Demonstra Coimbra que para além de uma disputa individual e da vaidade dos médicos, tratava-se de uma controvérsia relativa à posição dos países que eles representavam frente ao desenvolvimento científico mundial. Ainda no encaço das discussões que polemizavam a importância humanitária das inovações em medicina, advindas de França ou Inglaterra, naqueles anos finais do século XVIII,

M. Husson, para provar que se deve à França parte da glória desta descoberta, relata um fato, pelo qual se demonstra que a primeira ideia da transmissão do *cowpox* das vacas ao homem, afim de o tornar inapto ao contágio varioloso, foi emitida por um ministro protestante de Montpellier de nome Rabaut Pommier, perante um médico inglês, para na sua volta a Inglaterra comunicá-la ao dr. Jenner. (Coimbra, 1839, p. 2).

Em sua análise, é o modo como se distinguia a descoberta científica de uma simples observação de uma prática empírica tradicional ou advinda da experiência cotidiana, o aspecto que denotava a distinção entre Edward Jenner e os demais. Segundo explica, Edward Jenner foi capaz de

indagar a verdade dos fatos, apesar dos obstáculos sem número, que teve de encontrar, não se poupando a trabalhos, e superando imensas dificuldades, soube traçar-lhe regras e preceitos, e propagá-la com um ardor. (1839, p. 30).

A capacidade de estruturar as ideias que faziam já parte do campo do conhecimento popular, dentro dos preceitos da pesquisa

científica próprias do século XVIII, fizeram a sua fama, bem como o seu trabalho na propagação e vulgarização da técnica vacinal, que dava a ele e ao seu país a glória de ser considerado o descobridor da vacina, na avaliação de Coimbra (1839). A polêmica situava-se no quadro de definição da atividade científica e de seu propósito, de uma disputa pessoal pela primazia da descoberta ou, ainda, de disputa nacional entre França e Inglaterra. Em uma metáfora de enfermidade, esses eram sintomas do problema: a definição do papel de Jenner e Rabaut-Pommier, a proeminência das pesquisas desenvolvidas na França ou na Inglaterra, e a observação empírica ou o trabalho científico, no processo de constituição daquele preventivo.

A argumentação de Coimbra vai além. A importância da vacina não era apenas relativa às suas vantagens contra o flagelo da sociedade, não interessava simplesmente às famílias, mas aos governos e aos povos, pois aumentava a população e a riqueza dos Estados (Coimbra, 1839, p. 3). Isso justificava o interesse das duas nações em serem reconhecidas como o berço daquele saber, pois, nesse empreendimento, o saber médico servia como alicerce para o fortalecimento do poder político dos administradores.

Alguns anos mais tarde, em 1842, agora na faculdade de Medicina da Bahia, o médico José Joaquim Rodrigues reavia aquele tema de debate médico. Retomava a discussão sobre a história da descoberta e dava ênfase à rivalidade concernente a Edward Jenner e Rabaut-Pommier, e, assim como havia feito João José de Macedo Coimbra, em 1839, traz à tona a concorrência, a relação entre médicos e o Estado, e entre desenvolvimento científico e pátria, na Europa do último quarto do século XVIII. Expunha



que a guerra contra as bexigas exprimia, para além das disputas pessoais pela paternidade da descoberta naquele momento, a busca pela repercussão das pesquisas e da importância científica das duas importantes nações europeias, França e Inglaterra. As duas disputavam e acreditavam “merecer a primazia, e o triunfo de aquisição desta apreciável dádiva da Providência, com que nos quis presentear o século XVIII” (Rodrigues, 1842, p. 3). A controvérsia, portanto, alargava-se para além de uma disputa pessoal, e se sustentava em questões relativas ao patriotismo. Ele explica que

Husson, levado pelo fogo do patriotismo avança, “que a primeira ideia de vacina é devida a Mr. Rabaut-Pommier, ministro protestante em Montpellier, que comunicou-a em 1781 ao dr. Pew, e a um outro inglês, estando eles um dia em larga conversação, dizendo-lhe, ( formais palavras de Rabaut) *que seria provavelmente vantajoso inocular ao homem a moléstia das vacas, porque era ela sempre sem risco*, ao que respondeu o dr. Pew, que logo que voltasse à Inglaterra, proporia este novo gênero de inoculação ao seu amigo o dr. Jenner.” (Rodrigues, 1842, p. 3, grifo nosso).

Segundo Rodrigues, o próprio Rabaut-Pommier tinha a modéstia de não reivindicar a condição de descobridor da vacina e citava um conjunto de médicos,<sup>6</sup> que alegavam que, se Edward Jenner não havia sido o primeiro a ter a ideia da vacina, a ele se devia a soma de conhecimentos teóricos e práticos para sua propagação, “porque reunindo fatos, e estudando a moléstia, soube em proveito da humanidade executar o que outros apenas viam e contentavam-se

---

6 Pontuava que os argumentos levantados contra Jenner podiam ser respondidos com as propostas por Hildebrand, Barzellot, Cazenave, Heurteloup, Mello Franco, Feliciano Castilho e Muzi.

com fenômenos desenvolvidos em animais quadrúpedes” (Rodrigues, 1842, p. 3). Seria a Grã-Bretanha a responsável pela vulgarização daquela descoberta, e o médico inglês o responsável por ter inoculado as “pessoas de diferentes idades” com “o vírus tirado ora das vacas, e ora de outras pessoas já vacinadas” e “vendo, que sempre lhe sortia bons sucessos [...], publicou o seu primeiro Opúsculo em 1798, o qual mereceu geral aceitação em toda Europa civilizada” (Rodrigues, 1842, p. 3). Como comprovava a obra *Indagações sobre a história da vacina, com o principal fim de extinguir a bexiga* (Pearsan, 1789 *apud* Rodrigues, 1842, p. 5), tratava-se da observação, da teorização científica e de explicação racional sobre o fenômeno, da reelaboração de uma prática empírica tradicional em termos científicos e da divulgação desta.

José Joaquim Rodrigues analisa a história, a propagação e a origem da vacina, chamando a atenção para os homens que, pela sua invenção e descobertas em prol da humanidade, deixam fama para si, seus descendentes e competidores, como o fez Jenner que “deve ser admirado, como um ente prestantíssimo à sociedade, e um verdadeiro filantropo” (Rodrigues, 1842, p. 2). Ao expor a observação do famoso médico, explica a controvérsia gerada em relação a outros, inclusive com Rabaut-Pommier.

essa descoberta do imortal Jenner desafiou, como era de esperar, grande emulação dos outros médicos seus contemporâneos, e cada um querendo eclipsar a sua glória adquirida com a publicação de suas – *Indagações a respeito das causas, e efeitos da vacina* – começou a pleitear a primazia, e honra de descobridor da vacina, pondo em dúvida tudo quanto ele havia dito e sustentando a respeito de sua descoberta, que, como comprova a experiência, isenta a humanidade da

mortífera peste das bexigas, que tanto assolava os habitantes das quatro partes do globo: mas Jenner não desmaiou com as primeiras contradições, que se atravessaram na carreira de suas indagações, e só fitando os olhos no bem da espécie humana continuou a trabalhar no edifício, que vinha de levantar em benefício dela, e que lhe adquiriu para sempre a imortalidade de seu nome. (Rodrigues, 1842, p. 2, grifo nosso).

As controvérsias a respeito da descoberta se sustentavam na argumentação de que a propriedade antivariólica da moléstia das vacas já era conhecida muito antes da publicação dos trabalhos de Jenner, e que esse não havia apresentado nenhuma novidade. Como lembram tanto a tese de Rodrigues quanto a de Coimbra, a prática era conhecida e inclusive praticada há muito na Índia, onde a obra *Sancteya Grantham*, produzida por Hauvantori, tratava sobre a inoculação da vacina entre os pagãos. Aponta escritos expressando o uso daquele método na Pérsia, nas cordilheiras dos Andes e na Alemanha, e, ainda, um tratado sobre a matéria, produzido por um estudante inglês denominado *Salger*, escrito e publicado em Londres, em 1713 (Rodrigues, 1842; Coimbra, 1839). Portanto, não era simplesmente a observação criteriosa da prática empírica, ou mesmo a produção de um conhecimento sobre a questão que diferenciava a obra de Jenner. Rodrigues exorta que

antes da introdução da vacina era praxe em todos os países o inocular-se o vírus varioloso, para assim tornar a bexiga de caráter benigno, porem este uso desapareceu, logo que foi descoberta a vacina; e é hoje digno de repreensão aquele médico que o pratica. (Rodrigues, 1842, p. 2).

A oposição se assenta nos conceitos de inoculação e vacinação, como notamos na escrita deste médico baiano, entre “variolização” e “vacinação”.<sup>7</sup>

Em 1845, Eloy Martins de Souza faz suas *Considerações sobre a vacina e algumas proposições acerca da inutilidade da revacinação* e, prestando culto àqueles que se immortalizaram pelos benefícios prestados à sociedade, enumera “**Eduardo** Jenner foi o único em primeiro lugar, que em 1775 levou ao conhecimento do povo a vacina” (Souza, 1845, p. 2, grifo nosso). E explica o porquê: as observações do fenômeno popularmente conhecido nos animais e nos humanos que lidavam com eles (por meio da ordenha) e, em consequência, a elaboração de sua obra teórica sobre o tema. E aponta que “as demais nações ambiciosas da glória” ‘buscaram’ ‘menoscabar a reputação desse homem de todo filantropo’ afirmando que a descoberta da vacina teria ocorrido anteriormente e não pertencia a Jenner (p. 2). Nesse ponto faz alusão a Rabaut-Pommier e a versão de que teria sido o informante de Jenner, por intermédio do Dr. Pew. A quem teria explicado que

---

7 Argumenta que a partir do trabalho de Jenner a vacina se propagou na nação rival, a França, onde havia sido introduzida em 1799 pelo Dr. Colladan, seguido por Pinel, como explicado pelo Duque de La-Rochefoucauld e o Dr. Thouret, diretor da Escola de Medicina de Paris, que atuaram na instalação de Comitês de vacina, central e filiais, por todo o país, por meio do serviço público, chegando, em 1802, ao atendimento de quase todas as cidades francesas. Além da França, sustenta que em várias outras regiões, na Espanha, Alemanha, Holanda, Itália, Áustria, Portugal, Turquia, Rússia, Índia e Estados Unidos, os administradores públicos e médicos se rendiam a validade do método vacinal, não sem ter que lidar com contrariedades na aceitação pelas classes pobres (Rodrigues, 1842, p. 4).

“seria provavelmente vantajoso inocular ao homem o – cowpox –, por quanto não trazia consigo perigo de qualidade alguma” (Souza, 1845, p. 2).

Acentua a capacidade de divulgação e popularização da prática da vacina como diferencial do trabalho de Edward Jenner, afirmando que, para “aqueles de boa-fé, e despidos da inveja, e prevenção”, não havia dúvida sob o responsável pela vulgarização daquele achado científico (Souza, 1845, p. 3). Souza crítica a revacinação e defende a eficácia e superioridade do método Jenneriano em relação aos métodos empíricos. A crítica à revacinação resguardava a vacina do questionamento da sua qualidade e força – o que deixa subtendido que era preciso admitir quando da insistência na revacinação –, pois a distinção da vacina em relação à variolização se sustentava na sua infalibilidade (p. 3).

Ao partirmos do escrito dos médicos goianos sobre a quem devia a glória da descoberta da vacina e empreendermos uma análise sobre como essa discussão teve lugar nas teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, acreditamos ter podido compreender que a alusão dos médicos goianos a *Rabaut Pommer* e a *Generer*, nos auxilia a compreender o lugar do médico do sertão em relação aos debates empreendidos nacionalmente. A escrita dos nomes e o apressado das observações nos indicam características da formação e da participação nos debates dos médicos que atuavam longe das academias de medicina e da corte. E reafirma sua posição em um debate que teve repercussão internacional entre os médicos, seus contemporâneos, e que, mais tarde, foi tema dos historiadores da ciência.

Jean Théodoridès avalia que Rabaut-Pommier tenha sido negligenciado enquanto precursor de Jenner (Théodoridès, 1979); enquanto que o historiador Philippe Decourt chama atenção para sua contribuição, mas justifica que as observações que este havia feito eram comuns, e que a varíola era um fato que se repetia em várias regiões em que a varíola era endêmica, não justificando, portanto, a alusão ao seu nome na história da constituição da vacina (Decourt, 1973). De modo apaziguador, Miranda explica que “Jenner transmitiu para o mundo científico o que já era uma tradição popular na Inglaterra” (Miranda, 2017, p. 335).

Outros elementos para além da forte ligação da medicina brasileira do século XIX com a produção teórica, e do laço institucional com a medicina francesa (Santos Filho, 1995; Coradini, 2005), podem ser aventados como explicações plausíveis para a menção ao nome de Rabaut-Pommier em Goiás. Reforçando esse ponto, já consenso na historiografia, temos a literatura acessível aos estudantes na Faculdade de Medicina, exposta no *Catálogo sistemático da Biblioteca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro*, que demonstra a incontestável superioridade da literatura médica francesa sobre as demais – a referência a Edward Jenner é percebida em apenas um título de obra, traduzida para o francês e publicada em 1825.<sup>8</sup> Sete é o número de obras referentes à vacina na mesma biblioteca, até 1866 (ano do artigo dos médicos goianos), das quais cinco são em francês, marcadamente escritas por autores desta nacionalidade. Em segundo, sabemos que muitos intelectuais brasileiros possuíam ligação, por sua

---

8 Baron (1825).

formação e origem, com a Faculdade de Paris ou de Montpellier,<sup>9</sup> desde o século XVIII – instituição de ligação de Rabaut-Pommier (Magalhães, 2004; Sampaio, 2016; Pedrosa, 1959; Herson, 1996; Soares, 2001), inclusive onde médicos que atuavam em Goiás haviam se formado. Em terceiro, a dificuldade local de acesso à produção médica, onde a primeira biblioteca pública foi criada em 1864, o Gabinete Literário Goiano, espaço frequentado pela elite, composta especialmente por médicos, magistrados e políticos, e que possuía uma literatura médica de procedência francesa em sua composição (Barra, 2008, 2011).

Ademais, para os médicos, o reforço do termo “inocular” ou “vacinar”, em contraposição a “variolização”, significava mais que apenas uma mudança nominal, estava ligado propriamente a “apropriação dos médicos profissionais desse procedimento”, especialmente, “a partir de 1745, quando vários dentre eles começaram a elaborar seus próprios métodos de inocular” (Silva, 2015, p. 17). A menção a Rabaut-Pommier parece aludir certo respeito das práticas populares e tradicionais, e também uma não desconsideração da relação entre o conhecimento empírico e científico, o que parece não era incomum.

Acrescente-se sobre o tema que é a partir da segunda metade do século XIX que as descobertas de Jenner são incorporadas, em diversas partes do mundo, às investigações no campo médico (Moulin, 1996, 1991, 2003); e que o debate, que vemos ressoar nos

---

9 Francisco Sampaio enumera importantes figuras da medicina brasileira advindas daquela universidade francesa, como José Francisco Xavier Sigaud, José Martins da Cruz Jobim e José Correia Picanço.

escritos dos médicos goianos e brasileiros, teve lugar e importância na Europa, na primeira metade do século.

Anne Marie Moulin explica que a análise histórica sobre a inoculação da varíola está imersa em mitos, cada país ou região elabora uma versão de origem da imunização.<sup>10</sup> Esse movimento estaria impregnado com tendência nacionalista, de defesa da antiguidade de seu movimento científico, e delinea-se na relação para com a fundação da ciência moderna (Moulin, 1991, p. 19). Nesse aspecto, a imunização se confunde com as origens da medicina, pela capacidade técnica e científica de intervenção na natureza. Desse modo, os mitos nacionais de origem da inoculação são esforços de transcrição da articulação natureza-cultura, em um debate que – considerados esses aspectos – estariam inscritos no quadro de uma disputa civilizacional.

Acresce Olivier Faure (2004) que as bases da história da vacina antivariólica estão no papel do acaso, nos processos de descoberta e reconhecimento das práticas da medicina oriental – Império Otomano, Índia, China e Extremo Oriente – anteriormente ao desenvolvimento de procedimentos na Europa. Os

---

10 Vários países reivindicam práticas populares destinadas à proteção de pessoas e animais contra a doença – os processos de variolização. Há relatos memorialísticos e a defesa de historiadores sobre uma ou outra versão, todas eram alicerçadas em técnicas empíricas de atenuação do vírus. Para a China há diversos relatos de técnicas de inoculação compreendidas em várias regiões, remontando ao século XVIII ou ao século X; para o Império Otomano as datações são para o século XVIII; entre os árabes, são indicadas as práticas de tatuagem com pus varioloso; na Índia, segundo médicos ingleses do século XVIII, haviam procedimentos profiláticos contra a moléstia e, inclusive, escritos relatando-as; na África, se identifica rituais mágicos e divindade particular para a varíola.



procedimentos de inoculação são experimentados na Inglaterra e se expandem em outras regiões da Europa, e seus resultados são contrastados, estimulando a observação, contexto no qual se insere o trabalho de Jenner, cujo golpe de mestre situa-se na propagação da prática vacinal e na divulgação de seus escritos e não especificamente no campo científico (Faure, 2004). Ele, após repetidas experiências, publica seus resultados – inicialmente entre os céticos, e rapidamente conquista o entusiasmo mundial – e se beneficia de um contexto intelectual, político e científico de recepção e propagação da descoberta: primeiro entre os médicos da clínica, que acolhem entusiasticamente a descoberta que possibilitaria erradicar a varíola, afirmar seu triunfo sobre os charlatães e melhorar as condições físicas e sociais da humanidade; segundo, entre os administradores ingleses que, após as guerras, convictos das teorias do “populacionismo” e crescimento econômico, desejavam aumentar o número de seus súditos e fortalecer o poder do Estado; terceiro, pela corroboração popular na propagação da prática vacinal, afirmando-a quase que como panaceia (por padres, médicos, parteiras, juízes); e, por fim, pela organização de políticas públicas e de espaços institucionais de propagação da novidade médica – os comitês de vacinação (Faure, 2004, p. 1185).

**Vacinação versus variolização: a produção teórica e a atuação dos médicos em relação à vacina**

Olivier Faure explica que os obstáculos práticos dos sistemas de vacinação e as observações sobre o enfraquecimento e degeneração do fluido vacinal, colhido de braço a braço, desvanecem a empolgação inicial em relação à vacinação; o que se reforça com

o aparecimento de novos casos, a constatação da sífilis vacinal e o aparecimento de epidemia – a de 1870/1871, na França, dá um golpe final na utopia vacinal – aprofundando, da parte do povo, o questionamento sobre as boas intenções dos médicos e administradores, e suscitando, do lado de médicos e acadêmicos, a crítica contra o preconceito e desconhecimento popular (Faure, 2004).

No Brasil, observa-se o mesmo processo de perda do entusiasmo inicialmente conquistado pela prática da vacinação, inclusive com a constituição de condenação entre os próprios médicos, e de julgamentos negativos dos esculápios relativamente à fobia constituída entre o chamado populacho em relação à prática. Sidney Chalhoub aponta que, inicialmente, houve a animada aceitação da vacina na corte, que passa a recuar-se a partir da década de 1830, data a partir da qual os vacinadores passaram a demandar o apoio policial para sua manutenção e para o comparecimento dos inoculados, para extração do líquido da pústula, o que deveria ocorrer após 8 dias da aplicação inicial e que permitia a continuidade do método de propagação braço a braço (1996, p. 110-114).

Tania Maria Fernandes aponta que a regularidade da disseminação da imunização e vacinação no Brasil, substituindo as técnicas de variolização, as tornaram mais comuns, e foi tema das pesquisas científicas e dos periódicos médicos nacionais, a partir da década de 1860, na *Gazeta Médica da Bahia* e na *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (Fernandes, 2003, p. 462). Nesses periódicos eram apresentados, além de uma agenda de legitimação do poder médico, os conflitos e consensos presentes nas discussões nacionais e internacionais sobre a imunização e a enfermidade. Ao

que parece, portanto, a discussão sobre a descoberta da vacina já estava, naquele momento, superada, e vinham à tona os aspectos práticos do empreendimento. Como explica Chalhoub,

os procedimentos utilizados no Ocidente em geral para a inoculação do pus variólico e vacínico eram os mesmos; ou seja, tanto nas variolizações em massa na Europa do século XVIII quanto nas vacinações do século XIX a linfa era, normalmente, lanceta no braço. (Chalhoub, 1996, p. 132).

Ele aponta uma direção para compreensão do fenômeno ao reconhecer que a ideia da inoculação – introdução do pus variólico ou variolização – esteve presente na medicina popular em várias regiões do mundo desde épocas remotas, em alguns casos, associada a rituais religiosos, como era comum entre os africanos que desembarcaram no Brasil (Chalhoub, 1996, p. 102). Consideramos que não apenas o populacho acreditava que “a vacina era a varíola”; diante dos sérios problemas relativos à vacinação braço a braço, a produção de pus vacínico e o risco de constituição por esse meio do contágio, essa crença era realidade corrente também entre alguns médicos.

Sebastião Franco, analisando a aceitação da vacina no Espírito Santo, afirma que uma das justificativas para o desprestígio do método profilático estava relacionado com a atuação dos médicos, pois havia dentre o conjunto deles alguns que “discursavam contrariamente à vacinação”, naquela província um cirurgião afirmava “que a vacina era inútil e que ela mesma poderia causar o contágio da epidemia em quem a ela se submetesse” (Franco, 2016, p. 257). Acrescenta que, para além do pequeno número de médicos, o co-

nhecimento sobre as enfermidades epidêmicas era precário, havia insegurança no diagnóstico, embora no caso de varíola os sintomas fossem bem conhecidos no século XIX (Franco, 2016, p. 265).

A variolização, propagada no país no século XVIII, e a vacina jenneriana, que repercutiu no território em meio a controvérsias e desconfiança no XIX, foram tomadas no Brasil como sinônimo de inoculação (Silveira, 2013; Chalhoub, 1996; Brizola, 2014) e, indiretamente, as duas percebidas como sendo a própria enfermidade. Ademais, muitos obstáculos obstavam o desenvolvimento da vacina no século XIX: a falta de formação, treinamento e interesse dos vacinadores; as dificuldades da administração na coordenação e fiscalização dos procedimentos; a negligência tanto da administração na oferta quanto da população na busca da profilaxia, especialmente quando da ausência de epidemias, associada a crenças populares de ineficiência do método; e, por fim, diversas experiências abalroadas (com críticas à linfa, relativas à qualidade e eficiência), bem como falta de confiança na prática médica acadêmica, a medicina não sendo ainda uma ciência hegemônica (Silveira, 2013, p. 63-64).

Inclusive, o reconhecimento dos sintomas não salvaguardava a avaliação médica, pois, explica Anny Jackeline Torres Silveira, a moléstia poderia se apresentar com capacidade virulenta diferenciada, as chamadas “bexigas mansas” ou “bexigas bravas”, como a que ocorrera na epidemia de 1870, e como não havia uma explicação médica clara para essas distinções, dada a limitação “das teorias médicas prevalentes no período, faziam desses recrudescimentos da doença um mistério quase insondável” (Silveira, 2013, p. 61). A documentação da atuação dos médicos de Goiás

nos permite observar que os médicos estavam, naquele momento, em uma encruzilhada: de um lado, a descoberta, propagação e a defesa da vacina, e do outro, o contratempo com os limites de seu saber e da implementação da prática sanitária.

Como explica Pierre Damon, desde 1798, a vacina e suas propriedades abriam ao campo da medicina os caminhos da profilaxia e prevenção. O método de inoculação através do pus variólico permitia a imunização contra uma enfermidade sinônimo de grandes sofrimentos e catástrofes. No entanto, há um elemento importante na análise sobre os procedimentos de vacinação, que são implementados em todo o mundo, inclusive no Brasil, no século XIX, e são contraditórios: o papel desempenhado pelo médico nesse processo e como esta atividade estava diretamente relacionada a seu prestígio e, no mesmo momento, como elemento de crítica à sua atuação. Damon argumenta que a imunização e seus procedimentos colocavam médicos em condição paradoxal, pois, explica, “a primeira grande vitória da medicina sobre a morte se traduz, de fato, num atentado contra o prestígio do médico” (Damon, 1985, p. 306).

A vacinação acometia o poder médico primeiro, porque o empreendimento vacinal não era totalmente seguro, e os erros no procedimento geravam o questionamento da sua competência profissional. Diante de situação tão contraditória, uma estratégia de proteção é adotada para fugir dos julgamentos e do risco de perda de autoridade: os responsáveis deixavam para outros médicos das regiões mais afastadas, para os enfermeiros, parteiras, cuidadores, ou profissionais leigos a tarefa da vacinação, furtando-se da crítica popular (Damon, 1985). Quanto ao reflexo

dessa crítica à vacinação entre alguns médicos, consideramos que a situação paradoxal é notada, de um lado, o reconhecimento da vacina e de sua importância preventiva, e de outro, a afirmação das dificuldades práticas com que os médicos, em especial os da província do sertão (Goiás), lidavam no trato cotidiano e dos riscos advindos de sua aplicação.

A continuidade no Brasil e em Goiás, em 1866, de uma contenda que já havia sido resolvida entre médicos europeus, inclusive os franceses, pode parecer representação do atraso da medicina da província do interior em relação aos debates desenvolvidos na corte e na Europa. Como informava o *Diário do Rio de Janeiro*, em 1857, os próprios médicos franceses estavam criando uma comissão formada no centro da “Sociedade de Ciências Industriais, Artes e Belas letras de Paris”, para erigirem um monumento denominado “Jenner descobrindo a vacina”, no porto de Bolonha/Pas-de-Calais, em memória do médico (Alencar, 1857, p. 2).

Chalhoub aponta uma contradição em relação a imunização: a recusa da vacina, por considerar que ela seria a própria doença, e do mesmo modo, o recurso a curandeiros, curiosos e homeopatas para inoculação da linfa vacínica (1996, p. 131). Arrisco afirmar que a explicação para essa contradição estaria na confusão entre vacina e variolização, reforçada nos próprios escritos dos médicos e a relação de proximidade e confiança com os práticos. A alusão a Rabaut-Pommier e Jenner como parte de um conjunto responsável pela descoberta da vacina leva a essa afirmação; já que o primeiro apenas seria responsável pela observação do fenômeno da variolização dos ordenhadores de vacas, nos campos franceses, diferentemente do que havia feito Jenner.

A menção ao nome de Rabaut-Pommier em artigo escrito em Goiás, em 1866, e a afirmação de que a vacina o havia coberto de glória e imortalizado juntamente com Jenner, exprime, primeiro a repercussão de suas observações pelo mundo; segundo, a própria ligação do pensamento médico goiano, e brasileiro, com os estudos desenvolvidos na França, definidos como empirismo médico, e contraposição àqueles advindos do Reino Unido; e terceiro, uma amalgama entre a prática popular de inoculação e a vacina jenne-riana, se consideramos que Rabaut-Pommier nada mais era que um observador empírico da variolização entre os ordenhadores franceses. Indica, por fim, o fato de que, no início da segunda metade do século XIX, os jogos de interesse e poder que definiriam Jenner como único responsável por aquela elaboração científica não eram consenso em Goiás, ou seja, as disputas pela autoria da vacina (se Jenner, Rabaut-Pommier) tiveram repercussão localmente.

### Referências

ALENCAR, J. [Jenner descobrindo a vacina]. *Diário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, ano 36, p. 2, 13 out. 1857.

ALMEIDA, T. C.; FÓOGGIA, V. M. Tratamento da Varíola. *Correio Oficial de Goyaz*, Goiás, 15 maio 1866.

BARON, J. *Recherches, observations et expériences sur le développement naturel et artificiel des maladies tuberculeuses*. Traduit de l'anglais par M. V. Boivin. Paris: Mme. Ve. Deray, lib, 1825. v.1.

BARRA, V. M. L. Livros e leituras do Gabinete Literário Goiano da Sociedade Oitentista de Goiás. *Educativa*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 85-97, 2008.

BARRA, V. M. L. Projeto de educação na sociedade goiana do século XIX: possível tradução de um processo histórico multifacetado. *In: BARRA, V. M. L. (org.). Estudos de história da educação de Goiás (1830-1930)*. Goiânia: Editora da PUC-Goiás, 2011.

BERTOLLI FILHO, C. História da vacina e da vacinação em São Paulo: séculos XVIII e XIX. *Cadernos de História da Ciência*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 85-111, 2008.

BRIZOLA, J. H. *A terrível moléstia: vacina, epidemia, instituições e sujeitos: a história da varíola em Porto alegre no século XIX (1846-1874)*. 2014. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2014.

CARVALHO, J. M. *A construção da ordem: a elite política imperial. Teatro de sombras: a política imperial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COIMBRA, J. J. M. *A vacina ou varíola vacinal*. 1939. Tese (Doutorado em Medicina) – Academia Imperial de Medicina/tese de doutoramento, Rio de Janeiro, RJ, 1839.

CORADINI, O. L. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 3-22, jan./jun. 2005.

DAMON, P. A cruzada antivariólica. *In: LE GOFF, J. (org.). As doenças têm história*. Terramar, Lisboa, 1985.



DECOURT, P. La vie exemplaire et l'oeuvre de Jenner: . «variolisation» et «vaccination» au XVIe siècle'. *Archives de l'Institut Claude Bernard*, Lyon, n. 4, p. 175-185, 1973.

FARGE, A. *Le goût de l'archive*. Paris: Édition du Seuil, 1989.

FAURE, O. Vaccination. *In: LECOURT, D. (org.). Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF, 2004.

FERNANDES, T. M. Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, v. 10, p. 461-74, 2003. Supl. 2.

FERNANDES, T. M. Variola: doença e erradicação. *In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

FOUCAULT, M. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRANCO, S. P. Surtos epidêmicos de varíola na província do Espírito Santo: século XIX. *In: NASCIMENTO, F. D. R.; SILVEIRA, A. J. T. 1. (org.). Uma história brasileira das doenças*. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. v. 6.

HERSON, B. *Cristãos-novos e seus descendentes na medicina brasileira (1500-1850)*. São Paulo: Edusp, 1996.

MAGALHÃES, S. M. *Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX*. 2004. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2004.

- MIRANDA, C. A. C. *A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura*. 3. ed. rev. aum. e atual. Recife : Ed. UFPE, 2017.
- MOULIN, A. M. *L'aventure de la vaccination*. Lyon: Fayard, 1996.
- MOULIN, A. M. *Le dernier langage de la médecine: histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*. Paris: PUF, 1991.
- MOULIN, A. M. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, n. 10. p. 499-517, 2003. Supl. 2.
- MOURÃO, S. P. *Trattado unico das bexigas, e sarampo*. Lisboa: Oficina de João Galraõ, 1683.
- PEDROSA, M. X. V. Estudantes brasileiros na Faculdade de Medicina de Montpellier no fim do século XVIII. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, v. 243, p. 35-71, 1959.
- RODRIGUES, J. J. *A vacinna, ou varíola vaccinal, considerada como preservativo da bexiga*. 1842. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 1842.
- ROSA, J. F. *Tratado único da Constituição Pestilencial de Pernambuco*. Lisboa: Oficina de Miguel Menescal, 1694.
- SAMPAIO, F. J. B. *Os quadros da Academia Nacional de Medicina e suas histórias*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 2016.
- SANTOS FILHO, L. C. Alguns aspectos da história da medicina brasileira. In: MACHADO, M. H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. p. 91-96.

SANTOS, H. G. *Algumas proposições sobre a vaccina*. 1849. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, Rio de Janeiro, 1849.

SILVA, C. S. P. *Da passagem à atenuação: Jenner e Pausteur e o desenvolvimento dos vírus inoculáveis*. 2015. Tese (Doutorado em História da Ciência) – Programa de Estudos Pós Graduated em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

SILVEIRA, A. J. T. A varíola no Brasil do século XIX. *In: Franco, S. P.; Nascimento, D. R.; Maciel, E. L. N. (org.). Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço Editora, 2013. v. 4.

SOARES, M. S.: Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 407-38, 2001.

SOUZA ARAÚJO, H. C. *História da lepra no Brasil: períodos colonial e monárquico (1500-1889)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946. v. 1.

SOUZA, E. M. *Considerações sobre a vacina, e algumas proposições acerca da inutilidade da revacinação*. 1845. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 1845.

THÉODORIDÈS, J. Rabaut-Pommier, a neglected precursor of Jenner. *Medical History*, v. 23, p. 479-480, 1979.

VACCINA. *O Novo Iris*: jornal político, literario, industrial e mercantil, Desterro, SC, n. 116, p. 3, 9 maio 1851, Disponível em: <http://memoria.bn.br/DOCREADER/DOCREADER.ASPX?BIB=759244&pagfis=499>. Acesso em: 3 maio 2021.

◆ NADA É MENOS EVIDENTE QUE O ÓBVIO:  
A CONSTRUÇÃO DO SEXO NO DIÁLOGO  
ESTABELECIDO ENTRE OS MÉDICOS E PACIENTES  
HERMAFRODITAS NO OCIDENTE OITOCENTISTA

**Patrícia Simone de Araujo<sup>1</sup>**

## Introdução

Este estudo analisa as representações corporais criadas sobre o/a hermafrodita<sup>2</sup> no Ocidente Oitocentista, em contraste com a perspectiva das pessoas nascidas nessa condição, em especial as de Herculine/Abel Barbin com a dos médicos. Para isso, é defendida a ideia de que, assim como o gênero, o sexo é um ideal criado cul-

---

1 Doutora em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente na Universidade Estadual de Goiás (UEG).

2 A explicação do uso do termo “hermafrodita” nesta pesquisa constituiu-se uma tentativa de evitar o anacronismo, pois a utilização da expressão intersexual (Perét, 2008, p. 862) é datada somente a partir do século XX, de acordo com Berenice Bento, ao prefaciar o livro de Jorge Leite Júnior (2011), denominado *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. O termo *intersex* foi inventado mais exatamente em 1917, pelo geneticista alemão Richard Goldschmidt. De forma alguma, todavia, compartilha-se da visão pejorativa disseminada historicamente sobre tais sujeitos.

turalmente e não um dado puramente biológico, fundamentado em uma suposta ideia de naturalização dos corpos, circunscrita à dualidade sexual. Em virtude disso há uma variabilidade sexual muito maior à restrição dicotômica entre as categorias, feminino ou masculino, aceitas como as únicas e verdadeiras dentro do campo considerado normal.

Na contemporaneidade, com as lutas dos movimentos sexuais e a ampliação dos gêneros decorridos a partir desse processo, o termo “hermafrodita” foi abolido e considerado politicamente incorreto, sendo substituído pelo conceito de intersexualidade. Os indivíduos que nascem com caracteres de ambos os gêneros são agora chamados de intersex. (Péret, 2008, p. 862, grifo do autor).

Segundo Laqueur (2001, p. 189), o “sexo que nós conhecemos foi inventado”. Na Europa, antes do século XVIII, vigorava o modelo do sexo único, pois não havia uma distinção fisiológica e anatômica clara entre homem e mulher, embora houvesse culturalmente a divisão dos papéis sociais que cada um deveria ocupar na sociedade. Homem e mulher seriam vistos anatomicamente como iguais, uma vez que a vagina era concebida “[...] como um pênis interno, os lábios como prepúcio, o útero como o escroto, os ovários os testículos” (p. 16). Conforme o referido historiador, Aristóteles e Galeno, por exemplo, acreditavam que a mulher seria um homem menos perfeito, pois consideravam seus órgãos uma forma menor que a dos órgãos masculinos.

Ao longo do século XVIII, conforme Laqueur, a ciência passou a considerar as categorias masculina e feminina como sexos anatomicamente estáveis, incomensuráveis e opostos. Tal fato

pode ser comprovado quando “[os]s órgãos que tinham nomes associados – ovários e testículos – passam a ser distinguidos em termos linguísticos” (Laqueur, 2001, p. 189). É pertinente ressaltar que essa modificação não foi universal, nem ocorreu de uma só vez, “[...] nem em todos os lugares ao mesmo tempo, e nem foi uma mudança permanente” (p. 190).

No Ocidente, sobretudo a partir do final do século XVIII, principia-se construir uma égide de identificação sexual que ficou restrita somente ao feminino ou masculino. A palavra “natural” entra em cena para legitimar esse pensamento, que ainda contava com o respaldo científico da biologia. Começou-se a defender que as diferenças estabelecidas entre mulheres e homens na vida social eram facilmente explicáveis por discrepâncias advindas naturalmente da constituição anatômica do próprio corpo.

Amedrontada pela própria debilidade em entender tais “transgressões” do corpo hermafrodita, advindas da própria natureza, que deveria ser “perfeita”, foi imputada à medicina corrigir o que não se podia compreender, disciplinando corpos, por exemplo, de acordo com o que foi construído como um padrão de normalidade. Esse querer estabelecer a ordenação social por meio de uma norma, muitas vezes, marginaliza os/as que não se enquadram nessas pretensas leis, como foi o caso dos/as hermafroditas.

Para garantir a ordenação social baseada na fronteira rígida de separação entre homem e mulher, Foucault (1982) esclarece que, a partir da Modernidade, urgiu-se corrigir a anomalia ambígua do sujeito hermafrodita e, por sua vez, a “desestabilização” da ordem social provocada por ele. Logo, foi estabelecido aos indivíduos que viviam nessa “dupla identidade” um sexo “verdadeiro”:

As teorias biológicas da sexualidade, as concepções jurídicas do indivíduo, as formas de controle administrativo nos Estados Modernos, acarretaram pouco a pouco a recusa da ideia de mistura dos dois sexos em só corpo e conseqüentemente à restrição da livre escolha dos indivíduos incertos. A partir de então, um só sexo para cada um. A cada um sua identidade sexual primeira, profunda, determinada e determinante; quanto aos elementos do outro sexo que possam eventualmente aparecer, eles são apenas acidentais, superficiais, ou simplesmente ilusórios. Do ponto de vista médico, isto quer dizer que não se trata mais de reconhecer no hermafrodita a presença de dois sexos justapostos ou misturados, nem de saber qual dos dois prevalece, trata-se, antes, de decifrar qual o verdadeiro sexo que se esconde sob aparências confusas; o médico terá que de certo modo despir suas anatomias enganadoras, e reencontrar por detrás dos órgãos que podem ter encoberto as formas do sexo oposto, o único verdadeiro sexo. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 2).

A medicina tornou-se importante via de produção de tecnologias que desenvolviam discursos normativos sobre o sexo e a sexualidade. No caso dos/as hermafroditas, cabia ao médico restabelecer a ordem da sociedade ao enquadrá-los/as em categorias (masculino/feminino) socialmente aceitas:

O meio médico que adquire então toda sua potência social, impõe uma economia normativa estrita para tudo o que diz respeito ao corpo, ao sexo e à sexualidade. Esta bela elaboração normativa rui, contudo, apenas pela existência do indivíduo hermafrodita: ele representa na realidade para os médicos, um sexo impossível, um corpo dissidente, singularizado por um emaranhado do masculino e do feminino que eles tentavam desembaraçar, designando qual prevalece sobre qual. Quanto mais progredimos no século XIX, mais sentimos os médicos desejosos de conter a carga subversiva de uma identidade



sexual composta e iconoclasta que desafia e ameaça o edifício social. Descobrimo, com uma mistura de fascinação e repulsão, os indivíduos vivendo como mulheres quando biologicamente são homens e vice versa, eles denunciam estes “erros do sexo” cometidos mais frequentemente no nascimento, mas que também podem se revelar mais tardiamente. (Houbre, 2009, p. 20).

Foi incumbida à medicina não somente regular corpos dentro da ordem binária, como também auxiliar a sedimentar a ideia de que a atração, o desejo e o afeto, considerados “naturais” e, por sua vez, “normais”, eram do homem para com a mulher e vice-versa:

No século XIX, os estudos médicos da ciência sexual, como a tradição filosófica–espiritual anterior, vão mostrar que homens são “naturalmente” atraídos por mulheres e vice-versa, agora justificando tal conceito não mais por argumentos filosóficos, mas médicos e biológicos. Isto é muito importante: na batalha por criar as “naturais” e “verdadeiras” diferenças e características masculinas e femininas, o desejo “natural” pelo chamado sexo “oposto” será um elemento fundamental para tal distinção. (Leite Júnior, 2011, p. 82).

As tentativas da medicina por demarcar as características anatômicas diferenciadoras do corpo feminino em relação ao masculino, como também ao que perpassa o campo dos sentimentos tidos como “normais”, depararam-se com o/a hermafrodita, considerado/a um obstáculo de difícil solução para cumprir tal intuito. O corpo desse indivíduo naturalmente questiona e subverte os limites estabelecidos entre homem e mulher, masculino e feminino, homo e heterossexualidade.

Diante desse cenário, este estudo aborda o diálogo realizado entre médicos e alguns pacientes hermafroditas no Oitocentos, com

o intuito de estabelecer o sexo “verdadeiro”. Para isso, suscitam-se, sobretudo, as contribuições de Alice Dreger (1998), que realiza uma narrativa profícua sobre tal relação. Examina-se, também, a perspectiva de um paciente em especial, Herculine/Abel Barbin, que, por intermédio de suas memórias autobiográficas,<sup>3</sup> demonstra um olhar interpretativo original quanto à percepção da existência.

É pertinente examinar a relação entre médicos e pacientes, porque há uma produção intensa de saberes, que tinham/têm por finalidade controlar o sexo, os corpos e os modos de usá-lo, mas não só isso. Havia a necessidade de regular e corrigir os/as hermafroditas para garantir a pertinência e a legitimidade de um ideal sexual dicotômico em um processo que se perpetua até hoje e torna impossível a existência da pessoa com ambos os sexos, enquanto um ser humano.

### A relação entre médicos e pacientes hermafroditas no processo de atribuição do sexo “verdadeiro”

Dreger (1998), ao analisar as biografias de hermafroditas realizadas pelos médicos, sobretudo do século XIX, informa que os/as hermafroditas resistiram à solução que parecia simples ao olhar medicinal, mas que lhes poderia mudar a vida significativamente. Não foram raros os casos dos/as hermafroditas que se opuseram, contradisseram e foram partícipes ativos dentro dos jogos de interesses que os/as envolviam nas suas relações para com os médicos.

---

3 As memórias autobiográficas de Herculine/Abel Barbin aqui analisadas estão presentes no livro denominado *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita* (Foucault, 1982).

No início do livro *Hermaphrodites: and the medical invention of sex*, Dreger (1998), com um prólogo provocativo intitulado “Mas minha boa mulher, você é um homem!”, convoca o/a leitor/leitora a refletir sobre a história de uma personalidade que consta no relatório de um médico belga, Dandois,<sup>4</sup> no século XIX. A personalidade foi designada pelos médicos de “Sophie V.”<sup>5</sup>

De acordo com o relatório, no dia 9 de fevereiro de 1886, uma empregada doméstica com 42 anos de idade foi à procura de um médico na tentativa de encontrar ajuda. Ela tinha se casado há dois meses com o primeiro marido e, apesar dos esforços do casal, não conseguiam consumir a relação sexual, devido à impossibilidade encontrada pelo esposo em realizar a penetração no órgão genital de sua companheira. Sophie V. gostaria de saber se o problema era passível de ser corrigido (Dreger, 1998).

O médico e professor Michaux, plantonista no hospital, examinou Sophie V. e, de forma incisiva (até dura) e sem pestanejar, declarou: “minha boa mulher, você é um homem” (Dreger, 1998, p. 1). Ainda afirmou que não importava no que ela e seu marido foram levados a acreditar. O parecer do médico foi baseado na constatação de que Sophie V. tinha um micropênis de cinco centímetros de comprimento, em vez de uma vagina, e, embora coberto de glândula, era suscetível à ereção. Além disso, o tamanho dos seios não eram próprios aos de uma mulher.

Para o médico a solução era simples, não só quanto à situação física como também social, já que, para esse profissional,

---

4 Não foi possível encontrar referências sobre o médico em questão.

5 O verdadeiro nome da paciente foi preservado com o codinome Sophie V.

Sophie V. era certamente homem, por isso não poderia ter um casamento verdadeiro ou legal, pois não era permitida a relação matrimonial entre pessoas do mesmo sexo. Portanto, o casamento deveria ser anulado e o seu estado civil deveria ser mudado para o sexo masculino. Ao ouvir tais palavras, Sophie V. negou-se a acatar a propositura médica, sempre fora mulher e continuaria a sê-lo, independente do que o médico concluía (Dreger, 1998).

Para o Dr. Michaux a solução parecia fácil, porém Dandois, o médico responsável por publicar o relatório com a história de Sophie V., não compartilhava do mesmo pensamento. Segundo esse último profissional da saúde supracitado, era:

difficil imaginar quais devem ser os sentimentos de uma pessoa [como Sophie], envolvidos nas proibições de casamento, a quem é declarado claro que ela mesma, sua esposa, suas próximas relações, ela amigos, sua comitiva, as autoridades civis e religiosas, são [todos] confundido com seu sexo, e que ela é vítima de um erro de que por quarenta anos todos participaram e que até ela não podia suspeitar! (Dreger, 1998, p. 3, tradução nossa).

O relatório narra que Sophie V., atordoada, parecia não acreditar no que estava ouvindo. Responde ao médico que vivera e se comportara toda a vida como mulher, então, “[ela] era uma mulher” (Dreger, 1998, p. 3, tradução nossa). Isso contrariava, efusivamente, o médico Michaux, segundo o qual, depois do exame, Sophie V. deveria tornar-se homem, o que ela decidiu não fazer.

Sophie V. declarou que era casada com um homem, a quem amava como marido e que tinha o mesmo sentimento por ela enquanto esposa (Dreger, 1998). Portanto,

o médico, o homem a quem ela tinha buscado ajuda é que deveria estar louco, errado, confuso ou, pelo menos, não valia a pena prestar atenção, porque Sophie não tinha interesse em se tornar um homem de repente. (Dreger, 1998, p. 4, tradução nossa).

Mesmo que o médico haja tido a pretensão de obrigar Sophie V. a mudar toda a sua trajetória existencial, por uma questão de sexo, por parecer ser homem, biologicamente, ela se recusou e decidiu viver tal como o gênero com o qual se identificava: o feminino.

A atitude de Sophie V. surpreende no sentido de que, a partir do final do século XIX, com o fisiologista René Leriche, a opinião do doente (aquele que estava sob o estado de anomalia) não poderia ser levada em consideração para a aferição do estado anormal. Leriche “abria para a medicina um campo de pesquisa em que apenas o olhar do médico deveria ser levado em conta nos diagnósticos dos corpos doentes, e não mais a opinião do próprio doente” (Souto, 2013, p. 38).

Ainda que no período em questão, como esclarece Roy Porter, a medicina não tivesse toda a autoridade que tem contemporaneamente, Sophie V. não estava livre das sanções jurídicas que lhe poderiam ser imputadas, caso viesse a ser acusada, por exemplo, de homossexualismo,<sup>6</sup> considerado um crime na época. Logo, a atitude de Sophie V. não deixa de chamar atenção.

---

6 O termo “homossexualismo”, com o sufixo -ismo, designa uma doença que a medicina e a sociedade consideravam detentora dos amantes do mesmo sexo. Este estudo de forma alguma compartilha tal visão. Empregou-se o termo porque foi utilizado no Código Penal da época para designar um crime, por isso considerou-se mais adequado usá-lo, para mostrar o risco que Sophie V. poderia sofrer ao não aceitar o aconselhamento médico.

Ainda de acordo com Dreger (1998), o caso Loiuise-Julia-Ana, na França do ano de 1892, é também deveras interessante. Nesse período, ela apresentou-se ao Dr. François Guermonprez de Lille, que a encaminhou para seu colega, o Dr. Reumeaux de Dundurque. A situação dessa mulher logo despertou demasiado interesse nesses profissionais. Tanto que fizeram questão de produzir um relatório sobre o caso.

O relatório informa que, embora ela demonstrasse ter interesse por homens – na verdade, mantivera relações com vários –, segundo os médicos, isso era uma anomalia, pois constataram em seus pareceres que ela tinha testículos, por isso a consideravam homem (Dreger, 1998).

a combinação do sexo anatômico “masculino” do sujeito [“macho” por causa de seus testículos] e seus desejos “femininos” [“femininos” porque dirigido aos homens] constituía uma “contradição bizarra entre o valor anatômico do sujeito e as características psíquicas de suas tendências sexuais!” Esse “homem” “tinha desejos femininos”, então, os médicos imaginaram, devia haver algo errado psicologicamente com Louise-Julia-Anna. Guermonprez e Reumeaux concluíram que seu paciente era “verdadeiramente teratológico, tanto moral quanto fisicamente”. Guermonprez não poupou Louise-Julia-Anna o peso total de sua opinião: ele disse que ela era um homem, e instruiu-a a parar de fingir de outra forma. Como era de se esperar, “a revelação do masculino a natureza do [seu] sexo incomodava [o paciente] profundamente.” (Dreger, 1998, p. 111, tradução nossa).

Mesmo diante de tal notícia, que poderia parecer fatídica para muitos/as, Guermonprez:

triumfante observou, no entanto, que não havia “uma lágrima, nem um suspiro, nem o menor vestígio de um ataque de nervos! Não havia nada disso encontrou angústia de uma verdadeira mulher encontrada na presença de um evento que inverte a sua vida de uma vez.” O fato de que Louise-Julia-Anna tomou a notícias que alteram a vida com “uma firmeza completamente viril”, Monprez que seu diagnóstico estava certo: ela deve realmente ser um “verdadeiro homem”. (Dreger, 1998, p. 111-112, tradução nossa).

Dreger (1998) não esclarece se Louise-Julia-Ana decidiu seguir os ditames médicos e submeter-se a viver e comportar-se de acordo com os ditames de seu novo sexo. O que chama a atenção nesse caso, porém, é visualizar como os médicos ajudaram, se não a criar, com certeza a fincar a ideia de que a reação comportamental de um homem e de uma mulher estava quase que “programada” pelo sexo. Concernente ao masculino, havia a representação de uma força, sinônimo de virilidade, e ao feminino, de histeria e ataques de nervos.

Os médicos afirmaram que os testículos a definiram homem, por isso a referida personagem demonstrou tamanha virilidade, masculinidade e coragem que tal situação singular exigia. Acreditavam que tal atitude só poderia advir de um ser superior, o masculino, que não poderia ser derivada de sentimentos de fraqueza e histeria, considerados inerentes às mulheres. É uma tentativa de mostrar a superioridade masculina em relação à feminina.

Outro caso interessante narrado por Houbre (2009) também ocorreu na França, no século XIX, com uma pessoa cujos médicos da época, Lapoint e Tuffier, denominaram “Melle L.S.” A referida personalidade, aos olhares exteriores e para si mesma,

era claramente uma mulher. Ao ser analisada intimamente por esses profissionais da saúde, que lhe afirmaram ser homem, a personagem em questão recusou mudar sua identidade sexual. Lapoint e Tuffier relataram da seguinte forma a situação:

Nosso sujeito ficou estupefato quando o informamos de seu sexo glandular masculino e declarou que perdemos o juízo. Nada mudou em seus hábitos e se considera simplesmente como uma mulher disforme, imprópria ao coito normal. (Lapointe; Tuffier, 1918, p. 260 *apud* Houbre, 2009, p. 25)

Ocasionalmente, havia quem procurasse lucrar monetariamente com a dúvida que a própria anatomia causava à curiosidade alheia. Logo, há outros casos em que hermafroditas preferiram ser vistos/as no campo das anormalidades mesmo, por isso negavam-se a se enquadrar a um único e “verdadeiro” sexo, para angariar dinheiro. Foi o caso de Gottlich.

Nascido/a em 6 de março de 1798, na aldeia saxônica de Nieder Leuba, foi criado/a como menina, com o nome de Marie Rosine. Posteriormente, contudo, passou pelas mãos do médico e professor Friedrich Tiedemann, da Universidade de Heidelberg, em novembro de 1832, que determinou ser masculino o seu “verdadeiro” sexo, por isso passou a ser chamado de Gottlieb Gottlich. Este/a usou sua situação não só para fornecer dinheiro e fama aos médicos que o/a examinavam, como também obtê-los para si (Dreger, 1998).

Segundo Dreger (1998), Gottlich angariou certa fortuna enquanto viajava e era examinado em diversas escolas de medicina em toda a Europa e nas Ilhas Britânicas. Centenas de homens da ciência foram vê-lo/a, para saciarem suas curiosidades sobre o caso



e geraram até opiniões conflitantes quanto ao “sexo” verdadeiro de Gottlich. Ao aproveitar-se disso, Dreger afirma:

De muitos dos homens médicos e científicos que viram ele, Gottlich habilmente obteve certificados que testemunharam que seu caso era de profundo interesse para o médico, o naturalista, o frenologista, e o fisiologista. Estes fatos foram usados por sua vez para gerar ainda mais interesse e lucro. (Dreger, 1998, p. 52, tradução nossa).

De acordo com Dreger (1998), foi oferecida a Gottlich uma operação corretiva, a qual recusou prontamente. Parece que sua posição avessa à proposta privá-lo-ia dos lucros que estava angariando, dado que Gottlich cobrava de qualquer pessoa curiosa para espiar sua anatomia ambígua.

Caso não estivessem se mostrando aos médicos para ganhar dinheiro, como fez Gottlich, muitos/as hermafroditas se apresentavam em espetáculos denominados “shows de aberrações”. Constituíam-se um circo de monstruosidades. Embora pudesse desumanizá-los/as, muitos/as conseguiram aproveitar para angariar algum lucro. As mulheres com barba eram exibidas como pessoas excepcionais, que divertiam e saciavam a curiosidade nas feiras e shows de Londres e Paris. Nos Estados Unidos, quem participava dessas exposições angariava tamanha quantia em dinheiro que conseguia comprar fazendas e até escravos (Dreger, 1998).

Alice Dreger cita outro pretense caso de ganho monetário, o de uma suposta “mulher” italiana denominada Maria Arsano, no século XIX.<sup>7</sup> Essa pessoa reivindicou, como herdeira, a legitimidade

---

7 Alice Dreger não cita a data exata do século XIX em que isso ocorreu.

de um título não fornecido às mulheres, quando afirmou que seu sexo “verdadeiro” era masculino. O lucro que poderia angariar com a mudança de sexo era exorbitante. Depois de um exame minucioso, contudo, os médicos atestaram que Maria Arsano era mesmo mulher.

Ao se analisarem esses diversos casos, é pertinente ressaltar que tanto médicos como pacientes percebem a ideia binarista sexual com um olhar generificado de verdade. Cada um/uma, à sua forma, tenta não se enquadrar a uma das categorias sexuais, senão posicionar-se fora delas, não como uma maneira de contestá-las, mas de se reafirmar pertencentes ao campo do que era considerado anormal, na intenção de conseguir angariar dinheiro.

No período Oitocentista, contudo, insurge um olhar diferenciador e contestador a tais normas, o de Herculine/Abel Barbin,<sup>8</sup> que invita por meio de uma escrita autobiográfica, intrigante e sensível, a revisitação desses padrões sociais em relação ao sexo e à sexualidade. Nascido/a e registrado/a como uma menina, com o nome de Adélaide Herculine Barbin, em Saint-Jean-d'Angély, no interior da França, em 1838, sua vida mudou depois que exame médico determinou ser o masculino seu “verdadeiro sexo”. Constatado o fato, a partir de 1860 passou a se chamar Abel Barbin.

Advindo/a de família sem muitos recursos, com apenas sete anos de idade Barbin iniciou uma jornada de moradias em internatos religiosos pertencentes à Igreja Católica. Nesses lugares lhe foi fornecida a possibilidade de estudar, oportunidade que

---

8 Como uma forma de respeito pelo modo com que Barbin se autodesignou na própria narrativa, tanto no feminino quanto no masculino, este estudo usa essas duas maneiras para se reportar a ele/a.

não desperdiçou. Formou-se com louvor no curso do magistério. Em decorrência maiormente a esse fato, conseguiu um cargo de professora adjunta em um internato, onde conhece Sara, por quem se apaixona profundamente.

Sabendo que seu corpo destoava muito das outras mulheres e ao vislumbrar a possibilidade de vivenciar esse amor, de acordo com os padrões sociais da época – já que a homossexualidade era criminalizada – Barbin alimentou a ideia do casamento ao lado de Sara: “Acalentamos o doce sonho de pertencermos uma à outra para sempre, diante do céu, isto é, **pelo casamento**” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 54, grifo nosso).

Para viver tal sonho, deixou seu corpo ser examinado pela medicina. Ao conseguir o tão almejado status de homem<sup>9</sup> na sociedade, viu o seu mundo desmoronar. Foi afastado/a não só do internato onde ministrava aulas, como também de Sara. Sua história tornou-se pública e galgou notoriedade. Não aguentou tal alvoroço e foi para Paris. Nesse lugar, via-se sozinho/a no mundo, diante de uma condição sexual que conjecturava ninguém antes tivesse vivenciado:

---

9 É necessário deixar claro que, embora Barbin desejasse ser reconhecido como homem na sociedade, não significa necessariamente que se identificasse com esse gênero. Na verdade, se não fosse por causa da ambição de poder vivenciar o amor ao lado de Sara, o que para os padrões sociais e morais da época eram inaceitáveis, talvez Barbin nunca tivesse revelado o seu segredo. Quem sabe viveria como mulher por toda sua existência, porque seria bem mais fácil, uma vez que tinha sido criado/a para agir, falar, comportar-se e até exercer uma profissão como mulher. Dessa forma, todo o seu universo de referência de ser e estar no mundo foi construído como pertencentes ao universo feminino.

Que destino o meu! Oh Deus! Que julgamento farão de mim os que conhecerem a trajetória da minha vida, essa que nenhum outro ser vivo, antes de mim, percorreu?

Mas, por mais rigoroso que seja o castigo a que me condenarão no futuro, quero continuar esta penosa tarefa.<sup>10</sup> (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 40).

Considerava-se forasteiro/a em um mundo que lhe deixou apenas o lugar da exclusão:

Vai maldito, cumpre o teu destino! O mundo que invocas não foi feito para ti. Não foste feito para ele também. Nesse vasto universo onde todas as dores têm lugar, tu procurarás em vão um canto para abrigar a tua. Mas a esse canto tua dor macularia. Ela inverte todas as leis da natureza e da humanidade. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 92).

Os significados culturais produzidos sobre os corpos não qualificaram a condição de Barbin em uma identificação sexual reconhecida socialmente, mas como algo a ser corrigido, ou mesmo extirpado. Tal fato não lhe passou despercebido, e lamentou por ter sido “indignamente repudiado por aqueles que se envergonhavam de aperta-lhes as mãos, que lhe recusaram [...] até o direito de viver” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 96). Já no final de sua vida, em Paris, viu a desesperança dominá-lo/a, pois, apesar de reconhecido como homem, não pôde desfrutar dos vários direitos que esse sexo poderia lhe fornecer.

---

10 A penosa tarefa a que Barbin estava se referindo era a de continuar a escrita de suas memórias autobiográficas, mesmo com tamanha dor ocasionada pelo lembrar da sua trajetória.

Ao acreditar que poderia ter seu sonho de viver com Sara concretizado, Barbin talvez não cogitou a possibilidade de que, embora reconhecido como homem, isso dificilmente seria alcançado, pois a sua ambiguidade não estava somente na aparência, mas também no seu modo de agir, o que deveria ocasionar certa confusão na sociedade. Por ter sido criado/a, praticamente, a vida toda como mulher, provavelmente deveria comportar-se de maneira feminina. Era uma figura masculina com jeito feminino, isso decerto comprometeu seriamente a possibilidade de conseguir tais “direitos”, como um emprego ou um casamento. Portanto, sua dualidade não o/a prejudicou apenas financeiramente. Dificultou também que estabelecesse quaisquer laços de sociabilidade com alguém, especialmente os de cunho afetivo e, por sua vez, amoroso:

Oh! Viver só, sempre que nenhuma palavra de amor venha me alegrar a alma, sem que uma só mão amiga venha se estender para mim! Que castigo terrível, e inominável!! Será que há alguém que possa me compreender? Levar consigo os inefáveis tesouros do amor e ser condenado a escondê-los como uma vergonha, um crime? Ter fogo na alma e dizer a si mesmo: **jamais uma virgem te concederá os direitos sagrados os direitos sagrados de um esposo. Desse supremo consolo humano não poderás provar.** (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 87-88, grifo nosso).

Sua vida havia sido, portanto, prejudicada em vários âmbitos. Quanto à questão afetiva, dificilmente poderia desfrutar do deleite de viver ao lado de uma pessoa amada, pois Barbin relatou que as mulheres lhe destilavam o olhar da repugnação: “Não há entre as mulheres desprezíveis que sorriam e beijaram, uma só que mão tenha recuado de vergonha em meus braços, como se tocasse

um verme. Sim, é verdade.” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 92). No que tange à questão financeira, à medida que o tempo foi passando, as oportunidades empregatícias tornaram-se exíguas, até que chegou ao ponto de serem extintas de vez. Nos anos finais de sua vida, quando residia em Paris, já sentindo sucumbidas as forças, lamentou-se:

A realidade me sufoca, me persegue. O que vai ser de mim? Eu ignoro. Onde encontrar para amanhã o pedaço de pão que nos é dado pelo trabalho?

Terei que pedir esmola, roubar? Cansado, nessa Paris que eu amo porque aqui sou esquecido, precisarei espiar à noite a passagem de um homem feliz que me fará um insulto, me apontando a um agente de segurança? A que porta devo bater ainda?

Recebido por algumas personalidades de quem era conhecido, implorei, supliquei de que me ajudassem. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 96).

Se já galgara certo prestígio no ofício da docência, em Paris via-se obrigado/a até mesmo a suplicar aos conhecidos que o/a ajudassem, situação que considerava deveras ultrajante. Sua condição financeira era tão precária que não detinha capital nem ao menos para a alimentação.

A atitude de revelar o seu segredo não fora recompensada. Frustrado/a, talvez por isso, confessou que não valeu a pena ter revelado a sua situação: “Mais tarde eu me arrependeria amargamente [...]. O mundo logo me ensinaria que eu tinha cometido um ato de fraqueza e estupidez, e me puniria cruelmente por isso” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 78). Em tom de desencanto, lamentou-se:

Minha inexperiência me preparava tristes desencantos. Naquela época, entretanto, os dias me pareciam radiosos e límpidos! Pobre insensato que fui; eu tinha a felicidade, a verdadeira felicidade nas mãos, e fui deliberadamente sacrificá-la a um tolo medo!!! Oh! Mas eu já o expiei!! De que adiantam agora os remorsos e os lamentos? Submeti-me ao destino, cumpri com coragem, eu creio, os deveres penosos da minha situação. Muitos rirão. A esses eu perdoe e desejo que não conheçam jamais as dores inomináveis que sofri!!! (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 81-82).

Além disso, um dos seus maiores temores, o fato de que sua história, sobretudo com Sara, pudesse ser vista como um crime concretizou-se. Revoltava-se contra aqueles que poderiam condenar um sentimento tão puro, cultivado, na sua avaliação, entre duas almas cujo maior “crime” fora se apaixonar. Indagava-se se alguém poderia julgá-los/as. A resposta sempre era: “não”. Ainda assim pagava a sentença com a dor de saber que sua amada estava sofrendo pelas difamações alheias:

Era insuportável ver aquela pobre criança tornar-se vítima da fatalidade que me destruía. O mundo, esse juiz impiedoso, não tinha o direito de difamar impunemente o puro amor de duas almas honestas, atiradas juntas à beira de um abismo secreto, cuja queda inevitável, foi a ligação misteriosa. Estúpida cegueira das multidões, que condena quando deve absolver! (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 87).

Era a lembrança de Sara que lhe proporcionava forças para prosseguir. Saber que ainda era amado/a por ela era um afago diante da solidão em que se encontrava. O compadecimento da amada era um meio de ser acalentado/a pela esperança de compreensão

de outrem. Já há um tempo distante de Sara, desesperava-se só em cogitar a possibilidade de que ela o/a tivesse esquecido/a ou não mais o/a amasse:

Ela era talvez a única que me compreendia! Só ela me amava! Por muito tempo sua lembrança adorada me sustentou, e me deu forças para viver!! Hoje quando tudo parece ter me abandonado para dar lugar a essa dolorosa solidão, como se a minha infelicidade fosse fatal a tudo o que me toca, sinto uma doce alegria ao pensar que alguém nesse mundo se uniu a minha miserável existência e conserva ainda alguma piedade. Mas, e se isso não passar de uma ilusão? Talvez agora, no momento em que escrevo essas linhas, ela tenha expulsado de seu coração aquele de quem foi a única felicidade. Meu Deus, o que me resta então? Nada? A fria solidão, o sombrio isolamento. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 87).

Já incerto/a do amor de Sara, condenado/a ao limbo da solidão, destituído/a de trabalho que pudesse lhe fornecer subsídios financeiros para uma vida digna, Barbin lamenta que “[...] não suspeitava ainda da **injustiça** e baixeza que mais tarde viria a conhecer sob todos os ângulos neste mundo” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 21, grifo nosso). “Profundamente desgostosa de tudo e de todos” suportava “sem nenhuma emoção as **injustiças** dos homens, e seus ódios hipócritas” (p. 95, grifo nosso).

Os boatos, que considerava injustos, não ficaram restritos, porém, a meros mexericos ou fofocas. Foram noticiados até pela imprensa, o que tornou a situação ainda mais penosa. Contou que um dos jornais

chegou a me comparar a Aquiles fiando aos pés de Onfale; mas entre os elogios, misturavam-se insinuações pérfidas sobre mim



e sobre outros. Depois da imprensa departamental, vieram os artigos mais ou menos picantes, de alguns redatores de quem não esqueço o nome, que alguns jornais de Paris rapidamente reproduziram. A alta sociedade comentava. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 86).

Várias acusações sobrevieram sobre Barbin. Até no gabinete do prefeito da cidade de La Rochelle – onde sua mãe morava – sua história tornou-se o centro das conversas. A vida de Barbin virou alvo de incessantes calúnias. Em um diálogo entre essa personalidade com um funcionário da prefeitura, este afirmou àquele: “Você sabe o tumulto que causou e **as numerosas faltas de que acusam**” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 86, grifo nosso). Tal fato deixava Barbin deveras atordoado/a.

Diante desses cenários vivenciados, que perturbariam qualquer pessoa, chama atenção na escrita dessa personalidade a lucidez original no ato da interpretação de si. A culpa e a criminalização que tentaram lhe imputar eram suscitadas por um padrão sexual que a sociedade considerava normal, porém, no seu parecer, era um equívoco. Portanto, não poderia se recriminar, pois considerava que o erro não estava em si, mas nas regras sociais.

Tal interpretação também perfaz o universo de outras pessoas na mesma condição que Barbin. No texto “Não se nasce homem”, Mariza Corrêa (2004) enfatiza que, hodiernamente, a maioria dos intersexuais, com ambiguidade sexual, não veem problema em crescer da forma tal qual nasceram. Portanto, defendem o fim da prática cirúrgica de “correção” sexual realizada nas crianças com essa condição, logo ao nascimento.

Corrêa (2004) observa que a necessidade de “retificação” sexual, no caso dos/as intersexuais, advém mais de uma interferência social exterior, sobretudo dos médicos, do que de um desejo proveniente propriamente da pessoa com ambiguidade sexual. É isso que pode ser percebido no caso de Barbin, ainda no século XIX, já que não sentia a necessidade de ser classificado/a dentro do ideal binário.

Nem todo saber/poder proveniente do campo medicinal foi capaz de categorizar o sentir de Barbin quanto à forma como se concebia, tanto em relação à condição sexual quanto à maneira de expressar a própria sexualidade e a ideia do que era amar.

A originalidade de Barbin pode ser vislumbrada no modo como se interpretava na leitura que realizou sobre a obra *Metamorfoses*, redigida entre 8 e 14 d.C., pelo escritor latino Ovídio. Esse livro versa sobre a “explicação” mística religiosa do surgimento do/a hermafrodita. Narra-se que, da paixão entre Hermes (mensageiro dos deuses) e Afrodite (deusa da beleza e do amor), foi concebido Hermafrodito, que “unia a graça e a formosura de sua mãe com a virilidade e força de seu pai” (Leite Júnior, 2011, p. 36). A venusticidade dele era tamanha que, um dia, ao se banhar em um lago, encantou uma ninfa aquática, Salmacis, à qual, ao ver aquele corpo nu em meio às águas, sentiu um súbito afeto. Movida por esse sentimento, ela implorou aos deuses para que unisse seu corpo ao do jovem deus pela eternidade. Atendendo a tal pedido, os deuses conectaram-nos em um só corpo, como uma figura dupla de homem e mulher. Dessa lenda principiou-se o crédulo de que qualquer um que ousasse se banhar nas águas da fonte Salmacis seria transformado/a em um/uma hermafrodita.

Embora conte a história, nas palavras de Ovídio, de corpos que mudam, essa transformação não é por acaso. Muitas mudanças retratadas no livro ocorrem em decorrência de alguma punição divina imputada a pessoas que cometessem algum erro, de maneira que, como castigo, eram transformadas em algum monstro. Na referida obra, são consideradas monstruosidades pessoas que contrariam a forma ideal da natureza, e tornam-se um misto do inimaginável, um corpo humano com dois sexos ou com a outra metade serpente, entre outros.

Influenciado/a pela leitura do livro *Metamorfoses*, poderia ter questionado por que nasceu com ambiguidade sexual, atribuir-se explicações provenientes de ser fruto de algum pecado cometido por seus pais e, como castigo pelos erros dos antepassados, viera ao mundo dessa forma. Tal visão, contudo, não foi percebida nos escritos de Barbin. Diante dos seus aprendizados, seja por meio do estudo ou das vivências, Barbin mostrou-se não ser uma pessoa passiva nesse processo de aprendizagem. Demonstrou uma postura crítica, uma forma própria e original de compreender a si e ao mundo que o/a cerceava, pois não se via como um “erro” ou qualquer outra concepção negativa.

É interessante observar que, quando adentrou a um novo universo, o masculino, estava dilacerado/a pela dor, por ter sido obrigado/a a abandonar o internato só para meninas, onde ministrava aulas, mas, principalmente, por ter sido forçado/a a separar-se de sua amada Sara. Barbin, ao narrar a triste despedida, curiosamente cita de novo o livro *Metamorfoses*, de Ovídio, de uma forma intrigante:

Sara calada prendia uma lágrima.

Eu lhe fiz um sinal, e nós partimos, dessa vez por um caminho que não passava pela cidade. Apertei seu braço bem apertado em meu peito. De vez em quando ela apertava minha mão. E nossos olhares num encontro eloquente completavam as frases que desvaneciam em nossos lábios.

Quem poderia, nos vendo assim abraçadas, descobrir o misterioso drama daquelas duas jovens existências aparentemente tão calmas e tão doces?

**O verdadeiro por mais exorbitante que seja não ultrapassa às vezes todas as concepções do ideal? As metamorfoses de Ovídio não estariam próximas disso?**

Apertei pela última vez em meus braços aquela que eu chamava de irmã e amava com o ardor de meus vinte anos. Meus lábios tocaram os seus. Tudo estava dito. Parti, levando em minha alma toda a felicidade que tive durante aqueles anos com o primeiro e único amor da minha vida. A diligência se afastava roubando-me a visão de minha bem-amada. Tudo estava terminado. (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 82-83, grifo nosso).

Ao usar o livro *Metamorfoses*, de Ovídio, parece que Barbin incita uma reflexão a um/uma provável leitor/leitora: será que o verdadeiro (a realidade) não ultrapassa quaisquer concepções que temos do que seja o ideal, ou seja, dos padrões que se tem como certos (ou normais)? Parece questionar se a verdade não seria mais complexa do que os valores culturais e sociais do que é considerado ideal. Dessa forma, abre-se um leque maior de reflexões provocadas pela inquirição de Barbin: será que não existem outras formas de existir que não se restringem ser somente homem ou mulher (como o/a hermafrodita), de amar, de relacionar-se e de desejar que sejam diferentes daquelas que foram impostas como a normalidade?

A análise das memórias de Barbin perfazem um universo que não se limita a modelos binários, masculino/feminino ou heterossexualidade/homossexualidade, pois o sexo e a sexualidade de Barbin constituem um conjunto de transgressões que ultrapassam qualquer limite do possível dentro das regras sociais tidas como “normais”.

Segundo Barbin, o grande equívoco, a culpa, estava nos padrões culturais e sociais criados acerca do sexo e da sexualidade, e não nele/a, pois jamais se concebera um monstro. Para Barbin, a monstruosidade nunca esteve nele/a, mas no olhar exterior. Proveio das pessoas que nunca pensaram em seu sofrimento e, pior, retiraram-lhe qualquer adjetivação humana, capaz de dotá-lo/a de direitos não só jurídica e civilmente, mas sobretudo de afeto. A sociedade lhe foi desumana, não o contrário. Caso tivesse sido visto/a como realmente era, um ser-humano, talvez Barbin não sentisse tanto desespero a ponto de ceifar a própria vida em 1868, em Paris.<sup>11</sup>

O não desvanecer das impressões de Barbin, no transcorrer do tempo, parece ser o que mais o/a incentivou a fixar a própria vida no papel, na esperança de compreensão futura, em que a visão do “outro” em relação ao seu caso estivesse desvencilhada da carga pejorativa que impregnava a mentalidade Oitocentista em relação ao hermafrodita:

---

11 Barbin tinha consciência que depois de morto/a, o seu corpo seria alvo da curiosidade médica. Ao suicidar-se intoxicado/a por gás de carvão, essa personalidade “oferta” à medicina não só a própria matéria corpórea, como também as suas memórias autobiográficas, na esperança de que a sociedade pudesse saber sobre a versão da própria história.

Pois bem, submeto-me aqui ao julgamento da posterioridade que me lerá! Submeto-me ao sentimento que existe o coração de todos os filhos de Adão. Terei eu sido culpado criminoso porque um erro grosseiro me deu um lugar o mundo que não deveria ser meu? (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 56).

Convencido/a de que as concepções sociais e morais da época em que vivera não eram capazes de compreender a complexidade de sua situação em decorrência, no seu parecer, do parco conhecimento – sobretudo da medicina – em relação à própria condição física, Barbin parecia escrever na esperança de que os padrões da posterioridade tivessem sido modificados. Nesse sentido, os/as hermafroditas não teriam que passar por “políticas” de corrigibilidade para que fossem aceitos/as da forma tal qual vieram ao mundo e, acima de tudo, fossem vistos/as como humanos. Acreditava que só assim, nessa sociedade, poderia ser realmente entendido/a.

Ao analisar as histórias dos sujeitos hermafroditas, é perceptível vislumbrar como os indivíduos constroem as próprias trajetórias de vida na interlocução estabelecida com as normas sociais e culturais, criadas pelas instituições de poder, como a medicina. Não obstante, dessa confabulação entre médicos e pacientes vislumbra-se uma variedade de posicionamentos, que ora aceitam, ora contestam os pareceres dos profissionais da saúde, balizados, maiormente, pelo padrão sexual binarista. Há aqueles casos, todavia, como de Barbin, que concebem essa padronização dicotômica sexual, entre feminino ou masculino, na verdade como um ideal que condena o ininteligível perante as regras da sociedade, a um lugar de abjeção e marginalização. Na

luta pela revisão dessas normas sociais para tornar sua existência possível, ele/a lançou à mão sua pena para delinear uma escrita que se configura um ato de contestação para se repensar o que se considera normal, como formas de existir e sentir. A narrativa de Barbin é um ato intencional de questionamento aos padrões sociais construídos em relação ao corpo e à sexualidade.

### Considerações finais

Percebe-se que a construção da medicina Oitocentista sobre a representação do corpo hermafrodita pertence ao campo dos anormais. Talvez o que a medicina não percebia/perceba é que, na verdade, há uma variabilidade sexual enorme irrestrita às categorias binárias, feminina ou masculina, as quais são produzidas como “normais” dentro de uma cultura, embora não sejam verdades incontestes por causa de uma suposta ordem natural biológica.

Os sujeitos hermafroditas foram/são considerados patológicos e por isso deveriam/devem ser “corrigidos”. Quando os médicos produziam/produzem e usam procedimentos e práticas de corrigibilidade, eles percebiam/percebem a si como “criando técnicas, e não cultura. Considerar esses atores sociais como produtores de cultura é algo operativo para pensar que as definições sobre o “sexo verdadeiro” de um/uma hermafrodita “[...] estão, elas mesmas, produzindo sexo” (Machado, 2005, p. 255), porque:

Os valores de quem olha e/ou classifica genitais interferem naquilo que estão vendo e, conseqüentemente, na nomenclatura do que vêem. E, conforme aponta Bourdieu, o ato de nomear tem, em si mesmo, o efeito de criar. Dessa forma, se há, por um lado, uma construção, por outro ela é incorporada pelos atores sociais como natural. (Machado, 2005, p. 254).

É possível visualizar que, nesse processo de estabelecer o sexo “verdadeiro”, no Ocidente Oitocentista, os atores sociais, médicos e pacientes estabeleciam complexas trocas de negociação e interações dinâmicas. Apesar de algumas diferenças existentes entre os dois posicionamentos sobre o corpo, eles convergem em um ponto: ambos partem do pressuposto hegemônico do dimorfismo sexual. Raro, salvo o caso interpretativo de Barbin, destoante dessa estrutura de pensamento.

As memórias autobiográficas de Herculine/Abel Barbin chamam atenção porque, ao interpretar o próprio lugar no mundo, essa personalidade tingia as veredas de sua vida por intermédio de uma escrita provocativa aos padrões sociais. Para ele/a não era o corpo que deveria ser “corrigido” para se enquadrar a um ideal anatômico, que não correspondia à realidade, já que nasceu como um corpo “naturalmente” feminino e masculino. Nesse sentido, eram as normas sociais que deveriam ser revisitadas para enxergar a sua existência como possível, fora do campo das anormalidades.

Ao se analisar de forma mais acurada o caso de Barbin, é possível perceber como era dubitável o processo de estabelecer o sexo “verdadeiro”, o que fica claro na autópsia realizada pelo Dr. Goujon, no corpo dessa personalidade. O referido médico considerou, embora Barbin pudesse “[...] representar o papel de homem graças a um pênis imperfurado suscetível de ereção, que atingia no ato o volume do pênis de certos indivíduos de conformação normal” (Barbin, [1874] *apud* Foucault, 1982, p. 122), que seu órgão sexual se assemelhava



mais um clitóris volumoso do que um pênis; e, de fato, em algumas mulheres o clitóris pode atingir o volume do dedo indicador. A ereção podia ser acompanhada de ejaculação e de sensações voluptuosas, como ele mesmo nos mostra em suas memórias. Essa ejaculação não se dava de modo algum através do pênis, que, como já dissemos acima, era imperfurado. Uma vagina que terminava numa espécie de beco-sem-saída, e na qual podia-se penetrar facilmente o dedo indicador, lhe permitia representar igualmente o papel da mulher no ato do coito. A essa vagina, cuja localização é a mesma que a da mulher normal, estavam anexadas as glândulas vulvovaginais abrindo-se a cada lado da vulva e a abertura de dois outros pequenos condutos que serviam para a emissão ou ejaculação do esperma. (Goujon, [1869] *apud* Foucault, 1982, p. 124).

A confusão parece instalada no relatório de Goujon. Considerou no supracitado fragmento que Barbin, embora tivesse vagina, expelia esperma, ação própria do sexo masculino. O médico parecia não ter ciência da situação real de Barbin dentro de um padrão exclusivamente binário, não sabia ao certo o que o “órgão” sexual da personagem autobiografada era de fato: “pênis ou clitóris” (Goujon, [1869] *apud* Foucault, 1982, p. 125). É bem possível que o profissional da saúde não soubesse definir se o corpo à sua frente, na mesa de autópsia, era masculino ou feminino.

Pode-se afirmar que, no século XIX, a medicina não tinha tamanho conhecimento atual sobre os corpos das pessoas que nasciam com ambiguidade ou difícil designação sexual. Decerto, atualmente, houve uma ampliação de saberes nessa tarefa de atribuição do sexo “verdadeiro”. Entra em cena novas terminologias e questões, como hormônios, tecidos, cromossomos e outras, o que, na verdade, torna essa atividade, ainda mais complexa.

Nesse sentido, complementando a assertiva de Laqueur (2001), quando afirma que o sexo foi inventado no Ocidente em um determinado período histórico – para ser mais exato a partir do final do século XVIII –, percebe-se que as práticas médicas, entendidas enquanto produtoras de cultura, continuam reinventando-o, com novos saberes e estudos, para, paradoxalmente, continuar da mesma forma, ou seja, balizado por um ideal binário adotado como uma verdade incontestável. Nesse sentido, percebe-se que a obviedade da divisão de corpos tidos como “normais” a um ideal restrito ao feminino ou masculino é uma ideia construída culturalmente e, quando se convoca à reflexão sobre a corporeidade hermafrodita, ela torna cada vez menos evidente.

A medicina foi e é, hodiernamente, incapaz de aceitar revisão aos próprios padrões e não exigir que os corpos dos/as hermafroditas devam ser “corrigidos”. Mesmo que esse último fator seja realizado, verifica-se a incapacidade da medicina em resolver os problemas das pessoas que nascem com essa condição sexual. Para atestar tal afirmação, há o exemplo de Barbin. Embora os doutores pensassem que o haviam devolvido ao seu verdadeiro lugar no mundo, ainda assim o único espaço que conheceu foi o da marginalização, em todos os âmbitos da própria existência, de modo a não lhe deixar outra alternativa senão o trágico ato de ceifar a própria vida. Infelizmente, até hoje, é uma realidade dura.

Dessa forma, urge repensar o reconhecimento de diversas formas de existir, que não se restrinjam somente à égide binária (masculino ou feminino), sejam reconhecidas longe dos olhos da abjeção/retificação e legitimadas socialmente enquanto realmente são: humanas.

## Referências

CORRÊA, M. *Não se nasce homem*. 2004. Trabalho apresentado ao encontro “Masculinidades/Feminilidades”, nos Encontros Arrábida, Lisboa, 2004. Disponível em: [http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/942\\_926\\_naosenascehomem.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/942_926_naosenascehomem.pdf). Acesso em: 28 set. 2020.

DREGER, A. *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

FOUCAULT, M. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Tradução de Irley Franco. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

HOUBRE, G. Um sexo impensável: a identificação dos hermafroditas na França do século XIX. *Espaço Plural*, ano 10, n. 21, p. 20-33, 2009.

LAQUEUR, T. W. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Tradução: Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2011.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, v. 24, p. 249-281, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a12.pdf>. Acesso em: 28 de nov. de 2020.

PERET, F. Intersexualidade versus intertextualidade: uma leitura crítica do filme XXY. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISPANISTAS,

5., *Anais* [...]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais [Editora ou organizadora do evento?], 2208. p. 856-862. Disponível em: [http://www.letras.ufmg.br/espanhol/Anais/anais\\_paginas\\_%20503-1004/Intersexualidade.pdf](http://www.letras.ufmg.br/espanhol/Anais/anais_paginas_%20503-1004/Intersexualidade.pdf). Acesso em: 14 out. 2018.

SOUTO, C. Norma, normal e anormal em Canguilhem e Foucault. *In*: SEMINÁRIO DOS ESTUDANTES DA PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA DA UFSCAR, 9., 2013. São Carlos. *Anais eletrônicos* [...]. São Carlos: UFSCar, 2013. p. 13-45. Disponível em: <http://www.ufscar.br/~sempgfil/wp-content/uploads/2012/05/4-Caio-Souto-NORMA-NORMAL-E-ANORMAL-EM-CANGUILHEM-E-FOUCAULT.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2018.

◆ **À IMPRENSA E A REPERCUSSÃO DOS TRINTA ANOS DO ACIDENTE COM O CÉSIO-137 EM GOIÂNIA: O CASO DO JORNAL *O POPULAR***

**Rildo Bento de Souza<sup>1</sup>**

## Introdução

Em setembro de 2017, o acidente envolvendo o elemento químico césio-137,<sup>2</sup> que ocorreu em Goiânia, completou trinta anos. Considerado o maior desastre radiológico do planeta, vitimou, inicialmente, quatro pessoas e deixou centenas com sequelas físi-

---

1 Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente na Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás (FSC/UFG).

2 “O césio é um metal que existe na natureza. No estado natural, o núcleo de seus átomos é estável, ou seja, não se desintegra e, por isso, não é radioativo. O número atômico (número de prótons, partícula de carga elétrica positiva constitutiva do núcleo de um átomo) do césio natural é 55 [...] O césio artificial é conhecido por césio-137 [...] e é um fragmento da divisão, dentro de um reator nuclear, do urânio-238”. (Brasil, [1999?], não paginado). Informações contidas em um fôlder informativo sobre o elemento químico e seu radioisótopo césio-137, produzido pelo Centro de Ciências Nucleares do Centro-Oeste, da Comissão Nacional de Energia Nuclear, doravante denominados CRCN-CO/Cnen.

cas e psicológicas. Nestas três décadas, a imprensa se estabeleceu como uma importante fonte para se compreender esse processo. Deste modo, o objetivo deste capítulo, que na verdade se constitui em um ensaio, é analisar a reportagem especial multiplataforma,<sup>3</sup> produzida pelo jornal *O Popular*, de Goiânia, intitulada “Césio 137: 1987/2017: ontem, hoje, amanhã”,<sup>4</sup> na qual procuro compreender os usos do passado na memória do acidente.

Embora a efeméride tenha repercutido em vários veículos da imprensa, tanto regionais quanto nacionais, escolhi essa matéria, pois, a meu ver, foi a mais aprofundada, a melhor estruturada, e a que procurou dialogar com o passado, com o presente e com os seus possíveis desdobramentos no futuro; afinal, a “imprensa registra, comenta e participa da história” (Capelato, 1988, p. 13). O capítulo encontra-se dividido em cinco partes: na primeira faço um histórico do acidente; na segunda, discuto a relação entre história e imprensa, a partir do jornal *O Popular*; nas três partes restantes, analiso em separado cada uma das divisões propostas pela reportagem, quais sejam, o “ontem”, o “hoje” e o “amanhã”.

---

3 São matérias jornalísticas produzidas “com características de transmidialidade que ganham força nas redes, mobiliza softwares, indexadores com emprego refinado de metadados, utilização de dispositivo móveis e interligação de plataformas inteligentes”. Ademais, há múltiplas configurações do jornalismo em ambiente multiplataforma, principalmente “em tempos de tempos de convergências da cultura, cruzamento de mídias e hiper mídias, construção de narrativas híbridas e transmidiações” (Nunes, 2016, p. 11).

4 Césio... (2017a).

## O acidente com o césio-137 em Goiânia

Goiânia é uma das mais jovens capitais do país. Foi construída na primeira metade da década de 1930, por iniciativa do médico e político goiano Pedro Ludovico Teixeira (1891-1979), então Interventor Federal no Estado. Ela nasceu para ser uma “cidade ideal – lócus privilegiado da saúde” (Freitas, 1999, p. 240). O discurso sanitário foi tão forte que, para conseguir o apoio necessário para a sua construção, Pedro Ludovico caracterizou a então capital, Cidade de Goiás, como insalubre, anti-higiênica, onerosa para o erário e incapaz de impulsionar o progresso do Estado.

Em 1933, a cidade começou a ser construída, em um terreno plano, diferentemente da antiga Vila Boa, que se localiza no fundo de um vale, cercada pela Serra Dourada. Dois anos depois, o município foi criado e, em 1937, ocorreu a transferência definitiva da capital. Ao contrário do estilo colonial de outrora, a nova capital era uma cidade moderna, edificada nas linhas do *Art-Decó*, e que pretendia privilegiar “a saúde dos habitantes, que seriam atendidos com abastecimento de água, rede de esgotos sanitários, coleta de lixo e regulamentação das construções, segundo parâmetros ideais de higiene e conforto”. Ademais, a cidade também disporia “de parques, jardins, áreas destinadas a esportes e recreio, além de ruas e avenidas arborizadas” (Freitas, 1999, p. 239).

Planejada para cinquenta mil habitantes, apenas alguns anos depois esse número já seria ultrapassado. O sucesso da cidade, construída em pleno sertão, fortaleceu o discurso para a construção da nova capital federal no Centro-Oeste brasileiro. Por outro lado, argumenta-se que os estudos sobre a mudança da capital

ignora[m] que a mobilização, por cerca de 30 anos, para transferência da capital federal, forneceu os argumentos ideológicos para a sua congênere no Estado. [...] A tese de que Goiânia forjou Brasília, talvez, precisasse ser invertida. (Oliveira, 2006, p. 230).

Impulsionada pelas possibilidades socioeconômicas advindas com a mudança da Capital Federal, Goiânia experimentou, durante as décadas de 1960 a 1980, um grande crescimento, como no número de habitantes, por exemplo, que saltou de 74 mil, em 1955, para 800 mil, em 1980.

Em setembro de 1987, entretanto, um triste capítulo seria escrito. Goiânia foi o palco do maior acidente radiológico da história, que a tornou notícia em jornais de todo o mundo. O abandono, o saque, o desmantelamento e a venda de parte de um aparelho de radioterapia contendo uma cápsula com dezessete gramas de cloreto de céσιο-137 se tornariam o enredo do drama vivenciado na capital goiana. O evento em si e seus desdobramentos já foi objeto de diversos trabalhos acadêmicos, em várias áreas do conhecimento, que enfatizaram, dentre outros aspectos, a história, a memória, o medo, os problemas psicossociais, a identidade goiana, a luta pelos direitos dos radioacidentados, as instituições de saúde criadas após o acidente, as narrativas jornalísticas, a memória das vítimas, o depósito dos rejeitos radioativos, o esquecimento e o silenciamento da memória do acidente (Barbosa, 2009; Borges, 2003; Bufáical, 2012; Cabral, 2017, 2020; Chaves, 1998; Helou; Costa Neto, 1995; Oliveira, 1999, 2006; Pereira, 2005; Sampaio, 2017; Silva, 1998, 2004, 2005, 2007, 2017a, 2017b; Souza, 2017; Vieira, 2010).

A pesquisadora Telma Camargo da Silva defende que o termo correto para se referir ao episódio é “desastre”:



considero como desastre a coleta e ruptura de um aparelho de radioterapia abandonado contendo césio-137, em Goiânia, em 1987, porque este fato provocou transtornos na ordem cultural, política e econômica da cidade ao mesmo tempo que revelou a vulnerabilidade de determinados grupos sociais em face das consequências danosas do uso da tecnologia nuclear. (Silva, 2004, p. 205).

É necessário, contudo, contextualizar o acidente. Em 1971, a Comissão Nacional de Energia Nuclear (Cnen) autorizou a importação da fonte de césio-137 para a instalação de uma unidade de radioterapia no Instituto Goiano de Radiologia (IGR), que funcionava em um terreno emprestado entre as avenidas Paranaíba e Tocantins, no centro de Goiânia, que, então, abrigava a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (Borges, 2003, p. 203). Em 1977, a Cnen autorizou a instalação da fonte no IGR (Helou; Costa Neto, 1995, p. 13). Outrossim, como contrapartida do empréstimo do terreno, o instituto deveria oferecer exames gratuitos aos pacientes da Santa Casa; porém, em 1984, a mesma “alegou descumprimento do acordo por parte do IGR”, decidindo vender o terreno para o Instituto de Previdência e Assistência Social de Goiás (Iпасo). A mudança definitiva do instituto de radiologia ocorreu somente em 1985, deixando para trás o aparelho de radioterapia que continha a fonte de césio-137, que, à época, encontrava-se desativado. Durante os dois anos seguintes, a questão da desocupação do terreno ficou a cargo da Justiça. “No mês de maio de 1987, o Iпасo, novo dono do imóvel, iniciou a demolição do prédio. Todavia, uma liminar judicial o obrigou a interromper a destruição” (Vieira, 2010, p. 15).

Esse imbróglio produziu, no centro de Goiânia, um imenso terreno abandonado, onde se localizava um prédio sem portas e sem janelas, parcialmente demolido, que abrigava o IGR. Em um domingo, no início de setembro de 1987, dois catadores de papel entraram nesse espaço visando encontrar algo que pudessem vender. Ao adentrar a construção, se depararam com o aparelho de radioterapia de onde retiraram uma peça de chumbo que abrigava a fonte de céσιο-137. Primeiramente, levaram-na para a casa de um deles, na Rua 57, no Bairro Popular, distante três quadras dos escombros do IGR. A peça, então, foi aberta a marretadas, rompendo assim a placa de lítio que isolava o material radioativo, expondo o céσιο-137 e fazendo as suas primeiras vítimas. Dias depois, ela foi vendida para um ferro-velho próximo, cujo dono interessou-se pela luminosidade oriunda do elemento químico, que foi distribuído para várias pessoas, as quais adoeceram.

Relacionando a chegada daquele material com o mal-estar que sentiam, a esposa do dono do ferro-velho levou parte da peça para a Vigilância Sanitária, onde constataram se tratar de material radioativo; era o dia 29 de setembro.

Os primeiros sinais da exposição excessiva à radiação são a queda dos cabelos, a diminuição brusca do número de linfócitos e queimaduras. Como a radiação produz mutações nas células, a longo prazo a pessoa exposta à radiação tem mais probabilidade de desenvolver câncer. Quando a pessoa é contaminada pelo contato direto com o elemento radioativo, como aconteceu em Goiânia com a ingestão, inalação e contaminação pelo pó de céσιο, esses sintomas surgem de forma mais rápida e intensa. O céσιο se distribui por todo o organismo contaminado, diferentemente, por exemplo, do

iodo, que se concentra na glândula tireóide. O contato do césio com a pele, como ocorreu em Goiânia, pode levar à morte dos tecidos no local em que o pó ficou depositado. O aparelho reprodutor masculino não fica comprometido definitivamente pela radiação, pois os espermatozoides se renovam em alguns meses. A mulher corre sérios riscos, já que os óvulos não se renovam e as aberrações provocadas pela radioatividade podem gerar uma criança com defeitos genéticos. (Brasil, [1999?], não paginado).

As primeiras providências tomadas pelo governo do estado, juntamente com a Cnen, consistiu no isolamento das áreas consideradas contaminadas e na triagem das vítimas.

Em seguida ao reconhecimento da ocorrência do acidente radioativo de Goiânia, foram identificadas 249 pessoas com diversos graus de contaminação, dentre as quais cerca de 120 foram descontaminadas no próprio local de monitoração (Estádio Olímpico de Goiânia) e imediatamente liberadas. As 129 pessoas restantes foram distribuídas em três diferentes locais para serem tratadas de acordo com os seus níveis de comprometimento. As 22 pessoas mais seriamente comprometidas, radiolesadas e internamente contaminadas, com quadro clínico agravado, foram internadas no Hospital Geral de Goiânia. Dentre estas, algumas foram enviadas ao Hospital Naval Marcílio Dias, no Rio de Janeiro. (Helou; Costa Neto, 1995, p. 11).

Dentre os que foram enviados ao hospital no Rio de Janeiro, quatro vieram a óbito, cerca de um mês depois de divulgado o acidente radiológico. Seis mil toneladas de rejeitos radiativos foram produzidas no processo de descontaminação de Goiânia. Ademais, como consequências de curto prazo do acidente, encontram-se “transtornos na ordem cultural, política e econômica” (Silva, 2004, p. 205).

Logo, a caracterização da catástrofe de Goiânia como desastre se dá: 1) porque o desastre prejudicou a economia local na medida em que produtos originários de Goiás foram rejeitados nos mercados nacionais; 2) Goiânia e seus habitantes foram objeto de um processo discriminatório que implicou o cancelamento de conferências e encontros previamente agendados para a cidade, bem como a recusa em receber os goianienses em viagem para outros estados do país; 3) a administração do Governo Estadual foi diretamente afetada porque os recursos financeiros e os esforços políticos foram canalizados para responder à catástrofe em detrimento de outros assuntos de importância para outras regiões do Estado de Goiás; 4) o desastre ameaçou a política nuclear brasileira porque ele desnudou a inadequação da legislação nuclear e a inexperiência e deficiência da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) em responder a uma situação de emergência Radioativa. (Silva, 2004, p. 205-206).

Em relação a esse último aspecto, tanto a Cnen quanto os sócios do IGR travaram um jogo de disputas em relação às responsabilidades do acidente. Em um primeiro momento, os sócios do IGR sustentaram que, em 1985, enviaram uma correspondência à Cnen informando-lhes “que estavam mudando de endereço e pedindo autorização para a instalação de uma bomba de cobalto e não de césio” (Borges, 2003, p. 203). Isso pressupunha que a bomba de césio, já então desativada, ficaria no local, que se encontrava em vias de ser demolido, e que a gerencia do equipamento estaria a cargo da autarquia federal, que, por sua vez, nega que tenha sido comunicada do abandono da peça (Helou; Costa Neto, 1995, p. 13). Esse impasse se arrastou na Justiça até 1996, quando os médicos sócios do IGR e o físico responsável pela instituição foram condenados a três anos de prisão por homicídio

culposo. “Os culpados cumpriram um ano de pena e o restante do tempo de condenação seria substituído por serviços prestados à comunidade” (Vieira, 2010, p. 22).

Goiânia não assimilou o evento e nem o ressignificou como um marco importante da sua história e da sua memória. Em primeiro lugar porque as consequências psicológicas do acidente radioativo “foram muito mais abrangentes do que a própria contaminação pelo Césio-137” (Helou; Costa Neto, 1995, p. 12). No período do acidente, a cidade passou por “extrema angústia” (Oliveira, 2006, p. 234). Ademais, houve uma “descontaminação simbólica do desastre”, resultado de uma “aliança estabelecida entre os setores nucleares e o Governo Estadual” que

1 - desautorizaram novas alegações de doenças provocadas pela contaminação radioativa; 2 - deslegitimaram as experiências cotidianas de sofrimento das vítimas; 3 - apagaram ou ressignificaram as marcas do desastre no espaço urbano. (Silva, 2004, p. 207).

Isso posto, a fim de apagar quaisquer rastros que relembrassem o passado traumático, não foram construídos monumentos, memoriais ou museus; os locais por onde se desenrolou o acidente ou estão abandonados ou foram dadas outras finalidades, como no caso do Centro de Convenções de Goiânia, erguido no lugar onde a bomba de césio foi retirada. Para além de casos pontuais na mídia, não há nenhum evento regular no calendário da cidade que relembre o acidente.

o acidente com o césio-137 contribuiu para que a cidade repudiasse suas características progressistas e se voltasse para

uma postura pós-moderna (no sentido de crítica à ideologia do progresso). Desse modo, ela vai repudiar suas características de metrópole, tais como crescimento populacional, desenvolvimento industrial, verticalização, poluição ambiental. Assim, há uma mudança nos discursos dos administradores da cidade que agora utilizam como palavras-chaves na propaganda da cidade respeito ao meio ambiente, a qualidade de vida, a recuperação da memória histórica, etc. (Oliveira, 1999, p. 134).

Os efeitos da descontaminação simbólica é o esquecimento, ou o aparente esquecimento, que impera em Goiânia em relação ao acidente, e que é quebrado nas datas de aniversário mais significativas, como no caso dos dez, dos vinte e agora nos trinta anos. Porém, até mesmo o esquecimento tem que ser construído ou “manipulado”, para usar um termo do Paul Ricoeur (2007, p. 455). Para efetuar tal esquecimento, a aliança entre governo do estado e a Cnen usaram o argumento sanitário.

a ideologia de um meio ambiente limpo permanece e ressurgue frequentemente nos comentários de seus habitantes sobre a arborização da cidade. O desastre radioativo de 1987 ameaçou destruir este ideal. Para confrontar a emergência radiológica e ratificar Goiânia como um lócus de saúde, a aliança estabelecida, em 1930, entre o poder governamental e o saber médico foi agora renovada com a participação de diferentes atores sociais. Apesar do difícil relacionamento estabelecido entre o Governo de Goiás e a CNEN na fase inicial do desastre, os peritos nucleares de 1990 substituíram os urbanistas de 1930 como os principais parceiros desta aliança. Junto com o controle da radiação, a avaliação matemática da radiação e os esforços para descontaminação, a nova aliança empreendeu um outro processo de purificação: o da limpeza simbólica. O “argumento sanitário” de 1930 foi substituído pelo processo sanitário – processo de purificação – que teve dois objetivos:

a) domesticar a percepção de dano e de risco radioativos; b) lutar pelo restabelecimento de Goiânia como uma cidade saudável e limpa. (Silva, 2005, p. 60).

O termo “limpo” foi usado durante a década de 1990 para enfatizar que Goiânia conseguiu se livrar dos efeitos do césio. Artigos em revistas, como a estudada por Souza (2017), por exemplo, refletem a estratégia de apagar os “rastros” para fazer valer uma versão da história, que é repetida à exaustão: a de que o acidente acabara em dezembro de 1987, quando Goiânia foi declarada descontaminada. Nesse sentido, o próprio esquecimento é “obra da compulsão de repetição, a qual impede a conscientização do acontecimento traumático” (Ricoeur, 2007, p. 452).

#### História e Imprensa: uma análise do jornal *O Popular*

Em 2007, quando o acidente com o césio-137 completou vinte anos, a antropóloga Telma Camargo da Silva refletiu sobre os sentidos presentes nos rituais de aniversário de desastres como o de Goiânia. Para a pesquisadora, as celebrações que marcam tais datas são concebidas quando uma comunidade “consegue associar as noções de superação e de sobrevivência às experiências vivenciadas na catástrofe” (Silva, 2007, p. 6), como a experiência do Holocausto ou das bombas atômicas em território japonês. Na capital de Goiás, por sua vez, “as vítimas e a população afetada pela catástrofe não engendraram uma comunidade de superação e o rito de passagem não se efetivou. O renascimento do contexto de morte trazido pelo desastre não aconteceu” (p. 6). Pelo contrário, a cada nova data revive-se todo o trauma desencadeado nos idos de 1987.

No ano em que o acidente completou mais uma década, a terceira, que traz consigo uma carga simbólica singular, a de que o material radioativo perdeu sua primeira meia vida, das dez que ele tem que perder para tornar-se inofensivo à população, o acidente com o céσιο-137 foi lembrado por grande parte da imprensa nacional e regional, que publicaram suas reportagens durante o mês de setembro de 2017. O jornal *Folha de São Paulo*, por exemplo, fez uma matéria intitulada “Trinta anos depois do acidente em Goiânia, vítimas do céσιο ainda sofrem” (Guimarães; Bonalume Neto, 2017). O site Sociedade Científica publicou “Césio-137, o maior desastre radiológico do Brasil” (Franzolin, 2017). A revista *Carta Capital*, por sua vez, veiculou a manchete “Pior acidente radioativo da história completa 30 anos” (Pontes, 2017). O jornal *Correio Brasiliense* produziu uma ampla reportagem especial intitulada “Césio-137: 30 anos de um inimigo invisível” (Goulart; Lambert, 2017). A revista *Isto É* afirmou que “Trinta anos depois, 1.141 ainda têm rotina ligada ao céσιο 137” (Trinta..., 2017). O jornal *Correio 24 Horas* fez um histórico do acidente na reportagem “Césio 137: maior acidente radiológico do mundo completa 30 anos” (Jordan Dafné, 2017). O site de notícias UOL publicou o álbum “Os 30 anos do acidente radioativo do céσιο-137 (Os 30..., 2017)”, e uma reportagem especial intitulada “Césio: o dia que não tem fim” (Silva, 2017). O site de notícias *GI*, do grupo Globo, produziu uma série de reportagens sobre o acidente que foram veiculados nos telejornais da TV Anhanguera e também no *Fantástico*, e estão disponíveis no especial “Césio 30 anos” (Nascimento, 2017).



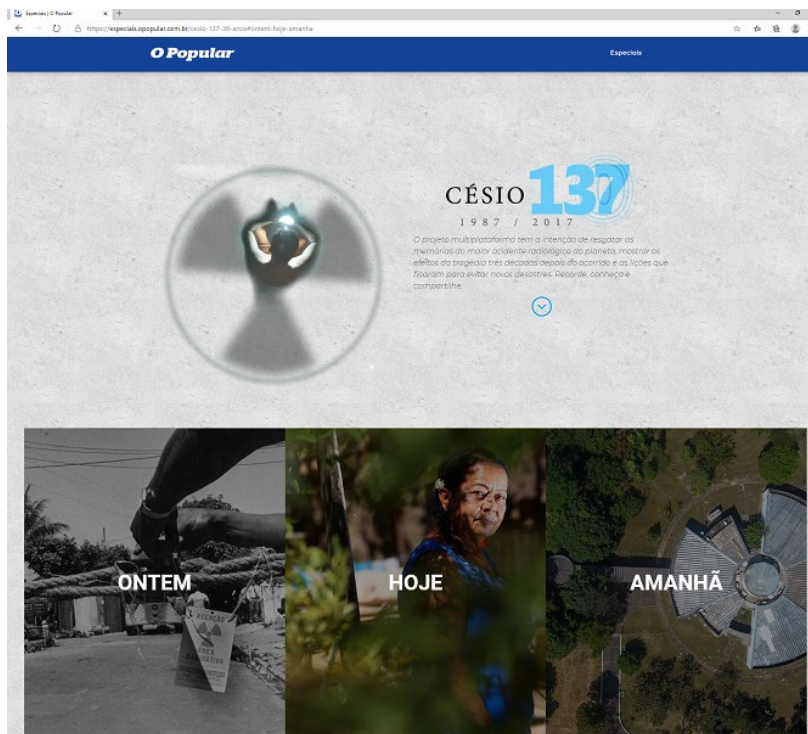
Em Goiás, os três principais jornais do estado também repercutiram a data.<sup>5</sup> O jornal *Opção* publicou a reportagem “Césio 30 anos: o inimigo invisível” (Sales, 2017). O jornal *Diário da Manhã*, por sua vez, veiculou “Acidente do césio-137 completa 30 anos” (Acidente..., 2017). E, por fim, o jornal *O Popular* fez uma ampla cobertura, com duas grandes reportagens sobre a efeméride: o caderno especial veiculado na edição impressa de 10 de setembro de 2017 intitulado “Césio 137: os 30 anos do pesadelo azul” (Césio..., 2017b)<sup>6</sup> e a reportagem multiplataforma “Césio 137: 1987/2017: ontem, hoje, amanhã” (Césio..., 2017a), objeto principal de análise deste capítulo, como nos mostra sua página inicial, na Figura 1.

---

5 Para além da grande imprensa, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás produziu a reportagem “30 anos após acidente radiológico, césio-137 resulta em inúmeros processos no Judiciário” (Cury, 2017).

6 Reportagem vencedora do 34º Prêmio Direitos Humanos de Jornalismo, em 2017, desenvolvido pelo Movimento de Justiça e Direitos Humanos do Brasil e pela OAB do Rio Grande do Sul.

Figura 1 - Página inicial da reportagem multiplataforma do jornal *O Popular*



Fonte: Césio... (2017a).

O jornal *O Popular*, das organizações Jaime Câmara, que inclui rádio e televisão, foi fundado por Joaquim Câmara Filho e irmãos, em 3 de abril de 1938. “Inicialmente era semanário, depois passou a circular duas vezes por semana e, atualmente, diário. É o mais completo jornal do Estado” (Teles, 1980, p. 77).

A análise de um periódico requer, por parte do historiador, muito cuidado. Embora tenha alcançado destaque na pesquisa histórica durante a década de 1970, a análise dos periódicos e da

imprensa em geral é fundamental para o pesquisador compreender determinado período histórico ou a repercussão de um fato. Em relação ao acidente com o césio-137, trabalhos de diversas áreas se valeram da repercussão dos periódicos do período (Oliveira, 2006; Vieira, 2010; Bufáical, 2012; Chaves, 1998; Barbosa, 2009). “A leitura dos discursos expressos nos jornais permite acompanhar o movimento das ideias que circularam na época” (Capelato, 1988, p. 34). Nesse sentido, dada a sua importância na cobertura do acidente, a mídia se caracteriza “como um dos atores políticos da dramaturgia social do desastre” (Silva, 2017a, p. 21).

O processo de construção social da notícia, enquanto produto jornalístico pode, então, ser conceituado enquanto encenação narrativa que envolve vários níveis de subjetividades, intencionalidades, mediações de processos tecnológicos, manejo de linguagens, requisitos éticos, técnicos e estéticos para poder tratar de aspectos do cotidiano. (Nunes, 2016, p. 9).

Para, além disso, “a imprensa constitui um instrumento de manipulação de interesses e intervenção na vida social” (Capelato, 1988, p. 21). Nesse caso, o historiador “dispõe de ferramentas provenientes da análise do discurso que problematizam a identificação imediata e linear entre a narração do acontecimento e o próprio acontecimento”, uma vez que a imprensa periódica “seleciona, ordena, estrutura e narra, de uma determinada forma, aquilo que se elegeu como digno de chegar até o público” (Luca, 2005, p. 139). Ou seja, o historiador deve tentar descortinar as intenções e motivações por parte da publicidade de algum fato. Por isso, quando de uma análise mais aprofundada sobre os periódicos, deve-se levar em consideração não apenas o texto, mas a forma

como ele está disposto na página, uma vez que isso diz muito a respeito do valor que o jornalista ou o editor impôs à notícia.

A imprensa, ao invés de espelho da realidade passou a ser concebida como espaço de representação do real, ou melhor, de momentos particulares da realidade. Sua existência é fruto de determinadas práticas sociais de uma época. A produção desse documento pressupõe um ato de poder no qual estão implícitas relações a serem desvendadas. A imprensa age no presente e também no futuro, pois seus produtores engendram imagens da sociedade que serão reproduzidas em outras épocas. (Capelato, 1988, p. 24-25).

Essa questão de que a imprensa “age no presente e também no futuro” é muito interessante, uma vez que abrange a intencionalidade com que a matéria é produzida. No caso específico do objeto deste ensaio, o projeto multiplataforma do jornal *O Popular* teve

a intenção de resgatar as memórias do maior acidente radiológico do planeta, mostrar os efeitos da tragédia três décadas depois do ocorrido e as lições que ficaram para evitar novos desastres. Recorde, conheça e compartilhe. (Césio..., 2017a, não paginado).

Nesse final, ao convidar o leitor a recordar, conhecer e compartilhar, o jornal, pressuponho, buscou dialogar com quem vivenciou ou soube do acidente, com aqueles que não o conhecem e, por fim, ainda buscou a repercussão, provavelmente nas redes sociais, dando outra dimensão à produção do texto, antes apenas restrito ao papel. Entre o passado e o presente, a ideia é também flertar com o futuro, uma vez que as pretensões da matéria é abordar o “ontem”, o “hoje” e o “amanhã”, em relação ao

césio-137. O título da reportagem, portanto, quer enfatizar três momentos bem característicos do acidente: o passado, em 1987, o presente e o futuro. Em coberturas jornalísticas investigativas, por exemplo, esses três momentos podem “estabelecer diálogos” (Nunes, 2016, p. 10).

### O “Ontem”: prestando contas com o passado

A manchete que abre a parte intitulada “ontem” é impactante e alarmista: “Contaminação espalhada na cidade”; o subtítulo afirma:

Diversos pontos de Goiânia e até de outros municípios foram atingidos pelo césio-137. A circulação de pessoas contaminadas e a demora em identificar a ocorrência do acidente radiológico favoreceram a situação. (Césio..., 2017a, não paginado).

O objetivo principal da narrativa é fazer com que o leitor rememore ou conheça o quão difícil foi a situação da capital de Goiás e seus habitantes. Entre o dia 13 de setembro, data que o jornal defende que a cápsula foi retirada dos escombros do IGR, até o dia 29 de setembro, quando ocorreu a confirmação de que o material era radioativo, dezesseis dias se passaram.

Por 16 dias, pessoas contaminadas circularam pela cidade, visitaram parentes em outros municípios, trabalharam, andaram de ônibus e espalharam a radiação. Por 16 dias, o césio 137 foi dividido, manuseado, jogado no vaso sanitário e até ingerido. O período transcorrido entre a abertura da cápsula contendo a substância e a confirmação oficial desafiou a capacidade de controle, de identificação dos locais atingidos e até mesmo de dimensionamento da tragédia. (Césio..., 2017a, não paginado).

O texto destacado evidencia o quão difícil foi a cobertura durante o evento. Se mais recentemente, nas reportagens que saíram para marcar os trinta anos do acidente, ainda se observa nomenclaturas distintas, tais como “radiológico” e “radioativo”, e também inconsistência na narrativa do fato, como, por exemplo, nomes trocados, há de se imaginar que o trabalho da imprensa, em 1987, deve ter sido na base da força de vontade e do imprevisto, o que, por sua vez, não distingue muito do trabalho da Cnen e do governo de Goiás, dada a singularidade e o ineditismo do episódio. O jornalista Weber Borges, no seu livro *Eu também sou vítima*, por exemplo, afirma que o

fato acontecido com a fonte de Césio-137 em Goiânia foi, principalmente, um acidente de comunicação, depois veio o acidente científico. Na verdade, a falta de comunicação sobre o acidente [...] existe até hoje. (Borges, 2003, p. 13).

Assim que soube o que ocorrera pensou “que a cidade ia explodir”, quando descobriu que o acidente envolvia radioatividade e energia nuclear. “Era a ignorância coletiva tomando corpo, começava a falta de comunicação da área nuclear brasileira com o povo do Brasil” (p. 25). Goiânia vivia uma situação limite, sem precedentes na história do país, e isso trazia consigo todos esses problemas, inclusive o de comunicação.

A reportagem multiplataforma continua a narrativa com os primeiros passos para a descontaminação: isolar as pessoas e os locais que visitaram ou que moravam. “Foram identificados, ao todo, oito pontos principais de contaminação, 46 residências que tiveram de ser descontaminadas e 45 endereços que sofreram contaminação residual” (Césio..., 2017a, não paginado). O processo

de descontaminação durou do dia 29 de setembro, quando as autoridades tomaram conhecimento do acidente, até o dia 23 de dezembro.

Após essa parte, a reportagem se dedica a detalhar o que foi enterrado no depósito construído em Abadia de Goiás, nas proximidades de Goiânia, e que deverá abrigar o lixo radioativo por trezentos anos. Menos de vinte gramas de cloreto de cézio-137 produziram mais de seis mil toneladas de rejeitos, detectados em uma área superior a dois mil metros quadrados. Entre os rejeitos há partes de quarenta e seis casas, cinquenta veículos, quarenta e cinco ruas, árvores, calçadas, roupas e utensílios domésticos, além de animais sacrificados. A reportagem explica, utilizando recursos gráficos, que todo o rejeito radioativo está embalado em 4.223 tambores de 200 litros, que, por sua vez, estão em 1.347 caixas metálicas, acondicionadas em oito recipientes de concreto, que, por fim, foram alocados em dez contêineres marítimos (Figura 2).

Figura 2 - Trecho da reportagem multiplataforma do jornal *O Popular*



Fonte: Césio... (2017a).

O “ontem”, para a reportagem, não foi a história e nem como aconteceu, e sim os seus desdobramentos. Nessa primeira parte não interessam nomes e nem rostos, que ficam perdidos entre as datas. Ao explorar o drama da descontaminação da cidade, em função dos dramas pessoais dos radioacidentados, o “ontem” torna-se mais uma prestação de contas desse passado, de forma factual. Há, no final, antes da galeria de fotos, um único e modesto histórico do acidente, por meio de um calendário interativo do mês de setembro de 1987 que, ao clicar na data, aparece o que ocorreu. Essa cronologia se inicia em 13 de setembro, quando, supostamente, houve a remoção do aparelho abandonado, até o dia 30, quando a Cnen chegou à Goiânia.

O “supostamente” na frase anterior se justifica devido ao fato de que não há uma unanimidade em relação à cronologia do acidente. Alguns estudos, baseados nos jornais da época, indicam o dia 13 de setembro de 1987 como o ponto inicial do acidente (Chaves, 1998, p. 10; Vieira, 2010, p. 49). Há, entretanto, os que defendem que o dia correto seria o de 6 de setembro (Borges, 2003, p. 204). Outros, por sua vez, sustentam que o fato ocorreu na “primeira quinzena de setembro” (Pereira, 2005, p. 45), ou que se precipitou “por volta do dia 13” (Helou; Costa Neto, 1995, p. 13). Por fim, o relatório do governo do estado de Goiás sobre o acidente de novembro de 1987 não menciona nada em relação às datas (Goiás, 1987). E há os que não datam, citando apenas o mês do ocorrido (Silva, 1998; Barbosa, 2009).

Se não há unanimidade em relação à data de início do acidente, também não há quando o assunto é o seu término, já que, uma vez desencadeado, o mesmo não chegou ao fim no dia 23



de dezembro de 1987, quando Goiânia foi oficialmente declarada descontaminada, e nem em 1997, quando, enfim, os depósitos provisórios do lixo radioativo em Abadia de Goiás foram transformados em definitivos. Em meio às datas, sejam elas oficiais ou não, oriundas de disputas de poder, moldadas em diversas narrativas, está o sofrimento dos radioacidentados, que não pode ser mensurado e nem destacado no calendário. A tragédia encontra-se em outro tempo.

### O “Hoje”: a vez dos radioacidentados

Enquanto o “ontem” suprimiu a perspectiva dos radioacidentados, voltando-se para como Goiânia lidou com as consequências do acidente, o “hoje” centra-se nas histórias de vida dos sobreviventes. Com o sugestivo título “O rastro de câncer na região do céσιο”, a reportagem argumenta que “trinta e nove pessoas foram diagnosticadas com câncer em uma das regiões mais afetadas pelo acidente radiológico de 1987. Relacionar casos à radiação ainda é difícil por se tratar de doença multicausal” (Césio..., 2017a, não paginado).

Três décadas se passaram e a memória daqueles dias de setembro e outubro de 1987 continua viva entre os que testemunharam a tragédia do céσιο 137, em Goiânia. Mas não só de recordações resistem as marcas do maior acidente radiológico do mundo, ocorrido fora de uma usina nuclear. A saúde de centenas de pessoas foi abalada pelos efeitos nocivos da substância e ainda hoje, 30 anos depois, a possibilidade do diagnóstico de câncer continua a atormentar quem morava perto dos locais contaminados, teve algum contato com o céσιο ou foi alvo de radiação. (Césio..., 2017a, não paginado).

A reportagem sustenta que trinta e nove pessoas da região onde ocorreu o acidente foram vítimas de câncer. Esse número foi obtido após levantamento feito pelo jornal, em parceria com a Associação das Vítimas do Césio-137, que contemplou “uma série de visitas, preenchimento de questionários e entrevistas com familiares e pessoas ainda vivas” (Césio..., 2017a, não paginado).

O total de 39 casos da doença em um perímetro que tem cerca de 920 moradores – cálculo feito conforme a média goianiense de habitantes por residência (3,1) – equivale à proporção de 4,3% das pessoas da região. Mas como o índice foi atingido ao longo de três décadas não é possível uma comparação com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Inca), que são anuais. Para o biênio 2013-2017, por exemplo, o Inca estimou que 596 mil casos de câncer seriam identificados por ano, no Brasil (0,28% da população). Em Goiás, este índice anual seria de 0,26% e em Goiânia 0,15% (Césio..., 2017a, não paginado).

A reportagem salienta que a recorrência de casos na “região do césio”, coincide “com os endereços das casas e logradouros que tiveram algum nível de contaminação”. O mais preocupante é que em “todos os endereços, onde ainda vivem esses moradores da época, foi diagnosticado nesses 30 anos pelo menos um caso de câncer” (Césio..., 2017a, não paginado). Logo após, a reportagem se dedica a esmiuçar a vida de algumas pessoas que sofreram ou tiveram casos de câncer na família.

Outrossim, a reportagem ressalta que o “câncer em decorrência da radiação poderia se manifestar até 20, 30 anos depois” (Césio..., 2017a, não paginado) e, em alguns casos, em até 40 anos. De acordo com Instituto Nacional do Câncer, “os casos mais prováveis resultantes de radiação seriam leucemia e câncer de tireóide.

Os demais tumores exigiriam, segundo ela, um acompanhamento e análise para traçar a relação” (Césio..., 2017a, não paginado). Até 2015, foram diagnosticados quarenta e dois tipos de câncer nas vítimas do césio, de acordo com o Centro de Assistência ao Radioacidentado (Cara).<sup>7</sup>

Por fim, a reportagem centra-se no lote da Rua 26-A, no Setor Aeroporto, onde funcionava o ferro-velho em que a cápsula de césio foi distribuída, e que encontra-se concretado e desocupado. Em 2013, foi descoberto um pouco de capim que crescia entre as rachaduras do concreto, onde se detectou médias de césio acima do normal.

o lote chegou a ser indevidamente utilizado como estacionamento de veículos pesados por moradores do prédio em frente. De características diferenciadas em relação aos demais terrenos, o lote da 26-A possui uma mina d'água e, com o peso dos caminhões, o concreto começou a afundar, ameaçando a integridade do cimento. Para evitar complicações, a Cnem isolou o local construindo uma mureta na entrada. (Césio..., 2017a, não paginado).

Na galeria de fotos que encerra a parte “hoje”, há algumas imagens do depósito definitivo dos rejeitos radioativos do césio-137,

---

7 O Cara, uma instituição do governo estadual, foi criada em 2011, juntamente com o Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira (em homenagem a uma das vítimas fatais do acidente de apenas seis anos de idade). Surgiu a partir da extinção da Superintendência Leide das Neves Ferreira (SuLeide), de 1999, e que, por sua vez, se derivou da Fundação Leide das Neves Ferreira (FunLeide). Em comum, essas instituições têm e tiveram a finalidade de viabilizar apoio às vítimas, bem como *guardar* a memória do acidente. Para mais informações sobre esse assunto, ver os interessantes trabalhos de Silva (2017a, 2017b) e Cabral (2017, 2020).

dos túmulos das vítimas do acidente, bem como dos dois lotes concretados e isolados. Nesse sentido, o “hoje” é o presente que ainda resiste em rememorar esse passado, seja por meio de doenças cuja causa, possivelmente, pode ter relação com o acidente, seja no capim que cresce por entre fissuras, expondo a radioatividade que ainda se insinua no subsolo. O presente é esse medo do céσιο-137 e suas consequências, que não podem ser mensuradas pela reportagem, mas que subsiste, por ironia, no subsolo, que é onde se encontra as raízes do capim, bem como nos corpos das vítimas que jazem no cemitério, ou nos rejeitos radiativos alocados no depósito definitivo em Abadia de Goiás.

### O “Amanhã”: os lugares de memória e o esquecimento

Esse tópico na reportagem multiplataforma é dividido em duas partes: o que é possível mensurar do “amanhã” e o que é intangível – neste caso, aprofundando nas questões relativas às memórias individuais como um mosaico da memória do próprio acidente. O que é possível mensurar, que é tangível quanto ao futuro do céσιο, é o que o título dessa parte já deixa em evidência: “300 anos para deixar de existir”, ou seja, “trinta anos depois, o céσιο 137 chegou a chamada meia vida e isso quer dizer que apenas metade dos átomos emitiu radiação, até então” (Césio..., 2017a, não paginado). Somente em 2287, ou dez meias vidas depois, o céσιο deixará de ser um perigo, e os depósitos definitivos poderão ser desativados e abertos sem nenhum risco.

Para falar do “amanhã” há um retorno ao “hoje” e ao “ontem”. Lembranças das vítimas que ainda sofrem com problemas de

saúde e que necessitam fazer exames médicos a cada seis meses, por exemplo, se misturam na reportagem com “curiosidades” em relação ao acidente. Dados sobre dinheiro contaminado; crianças abandonadas; a eliminação do céσιο pelo suor; a atuação do azul da Prússia e do vinagre na descontaminação; a confusão do diagnóstico das próprias vítimas; os veículos contaminados; as tentativas de diminuir o medo da população; a visita de técnicos internacionais; a sala onde foi realizada a necropsia das vítimas, que teve que ser plastificada; a quantidade de público monitorado; e a classificação do acidente em nível 5, numa escala de 1 a 7, são curiosidades cuja intenção no discurso da narrativa jornalística é introduzir uma “volta ao passado”, por meio da memória.

Rememora-se na narrativa, por exemplo, a adaptação/utilização do azul da Prússia no tratamento das vítimas do acidente radiológico. Este composto, que contém ferro e ferrocianeto férrico na proporção de 4 para 3, age como um carregador de íons, uma resina de troca iônica. O azul da Prússia, que não apresenta efeitos colaterais, desde que totalmente puro, faz com que o céσιο, que é excretado via urinária, passe a ser também eliminado pelas fezes. Apesar de ser recomendado em emergências de radiação para ajudar a eliminar elementos químicos radioativos do corpo das vítimas, no Brasil, na época do acidente radiológico com o céσιο-137,

não havia Azul da Prússia e além disso não se sabia a dose a ser usada e se seria eficaz, porque havia informação de que só atuaria nas primeiras 48 horas. Como não havia alternativa se optou por usá-lo mesmo 2 semanas após a contaminação; aumentou-se a dose diária e acompanhou-se a eliminação do céσιο. Para os adultos foram usadas doses de 3 a 10g; para as

crianças, de 1 a 3g. Os resultados foram ótimos. Também se usaram: diuréticos [...] A Comissão Nacional de Energia Nuclear pediu e a Marinha Brasileira providenciou a produção do Azul da Prússia, e o resultado se fez presente [...]. (Borges, 2003, p. 68).

Na narrativa jornalística também observamos uma descrição detalhada do itinerário da cápsula, desde quando foi levada das ruínas do IGR até a Rua 26-A, onde funcionava o ferro-velho.

O caminho da cápsula de céσιο 137, de seu furto à sua abertura, é curto. Do terreno vizinho à antiga Santa Casa, onde hoje está o Centro de Convenções de Goiânia, até o primeiro endereço da tragédia, na Rua 57, no Bairro Popular, são dez minutos de caminhada. Desse para o ferro-velho onde ela foi definitivamente aberta, no Setor Aeroporto, nem isso. Um itinerário longo o suficiente, porém, para destruir vidas, estigmatizar uma cidade e ainda causar muita dor. Andar por esse trajeto é constatar mudanças, mas também feridas abertas; é perceber que muita gente se lembra do que aconteceu ali, mas que um número ainda maior de pessoas ignora totalmente aqueles fatos. (Césio..., 2017, não paginado).

Os lugares elencados, que foram palcos da tragédia, são, portanto, “lugares de memória”, como o cruzamento das avenidas Tocantins e Paranaíba, os escombros do IGR, as casas, as calçadas, o Ginásio Rio Vermelho, o Estádio Olímpico, os lotes baldios, os barracões de aluguel, a praça José Honorato, o Mercado Popular da 74, a rua 26-A, e, bem perto de onde a peça radioativa foi retirada, um “velho flamboyant onde namorados deixaram impressos corações com iniciais. Ele sobreviveu a essas três décadas e aos amores nele gravados.” (Césio..., 2017a, não paginado).

Após o acidente, todos evitavam sequer passar perto. Um fantasma se espalhou pela vizinhança e fez parte deste bairro parar. [...] [os lotes concretados e isolados] se resumiriam a um nada cinza pelo qual as pessoas passam sem parar, sem lembrar. Áreas vagas que foram uma enorme cicatriz no coração da capital, marca indelével, mas hoje quase invisível. (Césio..., 2017a, não paginado).

Os “lugares de memória”, para usar a expressão desenvolvida por Pierre Nora, são locais que evocam um passado ou a reconstrução e representação desse passado, por meio da memória. Para isso, as pessoas devem se identificar simbólica e afetivamente com os lugares e as lembranças que desencadeiam (Nora, 1993, p. 9). No caso das memórias traumáticas, os lugares ou os rastros passam por um apagamento, uma vez que o “problema do esquecimento é que muitos esquecimentos se devem ao impedimento de ter acesso aos tesouros enterrados da memória” (Ricoeur, 2007, p. 452). Ou seja, embora os lugares estejam na paisagem da cidade, a memória individual, condicionada pelo trauma e pela manipulação por parte do poder público e mídia, como expus páginas atrás, evita relacionar aqueles espaços com algo que remete às lembranças tristes ou mesmo traumáticas. Essas memórias individuais, que formam, em última instância, a teia da memória coletiva, acabam por relegar o acidente a uma categoria que deve ser apagada dos espaços. Com isso, os lugares, que deveriam ser marcos de história e de memória, tornam-se espaços vazios de sentido; a população, portanto, é privada da reconstrução desse passado ou da sua “encarnação”, para usar outro termo de Pierre Nora (1993, p. 9).

Será que até 2287 ainda existirá lembranças desse acidente? Será que os contêineres serão abertos e os objetos daquela cápsula do tempo compulsória franqueados para o povo do futuro? Enquanto o futuro ainda é difícil de mensurar, a reportagem multiplataforma lida com a resistência a essa memória no presente:

O porteiro avisa que a síndica deixou um recado: não querem dizer anda. Nas vizinhanças ainda residem pessoas que foram diretamente afetadas pelos efeitos do céσιο. A memória daquele período duro, para quem o viveu, não pode ser apagada. [...] O dono da pastelaria mais antiga do Mercado da 74 diz que já não se lembra direito do acidente de três décadas atrás, apesar de os amigos garantirem que ele se recorda de tudo. Talvez também prefira manter publicamente um silêncio que o preserve do trauma. [...] Os comerciantes do Mercado da 74 guardam na memória as dificuldades que o acidente trouxe para a própria sobrevivência. Muita gente, porém, passa por esses lugares sem saber o que os lotes concretados significam. “Nunca ouvi falar”, diz uma moradora da Rua 57. (Césio..., 2017a, não paginado).

Nesse sentido, cabe aprofundar na questão do esquecimento. Utilizo o texto clássico de Michel Pollak, “Memória, esquecimento, silêncio”, onde o autor afirma que o “longo silêncio sobre o passado, longe de conduzir ao esquecimento, é a resistência que uma sociedade civil impotente opõe ao excesso de discursos oficiais”. Esse “longo silêncio”, por sua vez, gesta a “memória subterrânea” que surge após romper o “tabu” e invade o espaço público, trazendo consigo “lembranças traumatizantes, lembranças que esperam o momento propício para serem expressas” (Pollak, 1989, p. 5). É muito interessante essa afirmação, pois ela possibilita a análise de todo o conteúdo da reportagem multiplataforma do jornal *O Popular*.



A mídia, durante todo o acidente, foi um personagem importante no processo, uma vez que as informações oficiais ganhavam publicidade por meio dela, onde os discursos da Cnen, do governo de Goiás, e de físicos nucleares eram divulgados. Trinta anos depois, esse mesmo discurso, de que o acidente se restringiu a uma área irrisoriamente pequena da cidade, que a radiatividade fora contida em tempo recorde, que a cidade encontrava-se descontaminada menos de três meses depois do seu início, que as vítimas fatais foram apenas quatro, ainda resiste na imprensa, desconsiderando os estudos mais recentes sobre o tema e que elenquei no decorrer deste artigo. Pollak, ao falar sobre o rompimento do tabu que faz emergir a memória subterrânea, parte do estudo do processo de abertura da União Soviética e o surgimento de grupos que puderam, então, demonstrar a sua insatisfação com o período stalinista. Em relação à memória do césio-137, ela ainda encontra-se subterrânea. Ou seja, ainda impera o silêncio. Indo de encontro aos estudos de Pollak, Robert Frank escreveu:

O silêncio não é esquecimento. [...] O esquecimento não se reduz à ocultação. Na ocultação, encontramos uma vontade de esconder, de cobrir a fonte de luz para deixar na sombra um objeto que nem por isso é esquecido. A operação pode ser efetuada por memórias individuais, pelas memórias de grupo ou, mais ainda, pela memória oficial. O esquecimento é uma noção mais larga: pode haver essa vontade, mas pode haver também simplesmente recalçamento no inconsciente. (Frank, 1999, p. 113).

A memória ainda resiste no silêncio, os “rastros” não foram de todo apagados e nem “manipulados”, os “lugares de memória” do

acidente ainda resistem. Ao evidenciar os locais por onde o césio passou, o “amanhã” mapeia os marcos dessa memória no futuro. A cidade, por mais que se transforme, se limpe e se purifique dos sinais da radioatividade, ainda guardará, por muito tempo ainda, essas memórias.

### Considerações finais

O objetivo deste ensaio foi de analisar a produção do discurso e as suas implicações na memória do acidente com o césio-137 em Goiânia, que ocorreu em 1987, a partir da imprensa. Dentre as várias reportagens produzidas pela efeméride dos trinta anos do fato, escolhemos a reportagem multiplataforma, produzida pelo jornal *O Popular*, intitulada: “Césio 137: 1987/2017: ontem, hoje, amanhã”. Para isso, historiei o acidente que ocorreu em 1987 e seus desdobramentos de forma bem factual, apontando os vários trabalhos sobre o tema que podem suscitar interesse para futuros estudos. Ademais, relacionei a reportagem com a questão da memória, da história e também do esquecimento, que permeia esse assunto.

Ao final, pressuponho que a reportagem multiplataforma tentou criar um marco de memória do césio-137 em Goiânia, por meio de um conjunto de informações que contemplaram vários aspectos do acidente. A narrativa do “ontem”, do “hoje” e do “amanhã” privilegiou o discurso oficial produzido pelos órgãos governamentais, embora também entrelace depoimentos das vítimas, curiosidades, fotografias e vídeos explicativos. Nesse mosaico, o que a reportagem evidencia é que ainda há vários “rastros” a serem seguidos por aqueles que tencionam se aprofundar no assunto.

## Referências

ACIDENTE do céσιο-137 completa 30 anos. *Diário da Manhã*, Goiânia, GO, 13 set. 2017. Disponível em: <https://www.dm.com.br/cotidiano/2017/09/acidente-do-cesio-137-completa-30-anos.html>. Acesso em: 7 maio 2017.

BARBOSA, T. M. A. *A resposta a acidentes tecnológicos: o caso do acidente radioativo de Goiânia*. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Coimbra, Coimbra: 2009.

BORGES, W. *Eu também sou vítima*. Goiânia: Kelps, 2003.

BRASIL. Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Centro Regional de Ciências Nucleares do Centro-Oeste. *O que é preciso saber sobre o acidente de Goiânia*. Ed. fac-sim. Abadia de Goiás, GO: CRCN-CO/Cnen, [1999?]. Folder informativo distribuído na época pela Cnen a professores e alunos visitantes.

BUFÁIÇAL, J. L. F. S. *Acidente com o Césio 137: pânico social, a comunicação e o imaginário popular em Goiânia*. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito, Relações Internacionais e Desenvolvimento) – Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica, Goiânia, 2012.

CABRAL, L. M. *Funleide, Suleide e Cara: uma história das instituições criadas pelo governo de Goiás após o acidente com o Césio-137 em Goiânia*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

CABRAL, L. M. *Narrativas diversas, memórias em disputa: as instituições (Funleide, Suleide e Cara) criadas pelo governo do estado de Goiás após o acidente com o céσιο-137 (1988-2011)*. 2020. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1988.

CAPELATO, M. H. R. *Imprensa e História do Brasil*. São Paulo: Contexto: EDUSP, 1988.

CÉSI0 137: 1987/2017: ontem, hoje, amanhã. *O Popular*, Goiânia, GO, set. 2017a. Caderno Especial. Disponível em: <https://especiais.opopular.com.br/cesio-137-30-anos/>. Acesso em: 5 abr. 2018.

CÉSI0 137: os 30 anos do pesadelo azul. *O Popular*, Goiânia, GO, 10 set. 2017b. Caderno Especial, 24 p.

CHAVES, E. G. *Atos e omissões: acidente com o Césio-137 em Goiânia*. 1998. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

CURY, L. 30 anos após acidente radiológico, céσιο-137 resulta em inúmeros processos no Judiciário. *Medium Oficial do Poder Judiciário do Estado de Goiás*, Goiânia, 14 set. 2017. Disponível em: <https://medium.com/@TJGO/30-anos-apos-acidente-radiologico-cesio-137-resulta-em-inumeros-processos-no-judiciario-2d1f84a2edcb>. Acesso em: 7 maio 2017.

FRANK, R. Questões para as fontes do presente. In: CHAUVEAU, A.; TÉTART, P. (org.). *Questões para a história do presente*. Bauru, SP: EDUSC, 1999. p. 103-117.

FRANZOLIN, L. Césio-137: o maior desastre radiológico do Brasil. *Socientífica*, [s. l.], 13 set. 2017. Disponível em: <http://socientifica.com.br/2017/09/cesio-137-o-maior-desastre-radiologico-do-brasil/>. Acesso em: 7 maio 2017.

FREITAS, L. C. B. F. Goiânia: lócus privilegiado da saúde. In: FREITAS, L. C. B. (org.). *Saúde e doenças em Goiás: a medicina possível*. Goiânia: Ed. UFG, 1999. p. 239-289.

GOIÁS (Estado). *Acidente radioativo: dossiê*. Goiânia, Novembro de 1987.

GOULART, G.; LAMBERT, N. Césio-137: 30 anos de um inimigo invisível. *Correio Brasiliense*, Brasília, 8 set. 2017. Disponível em: <https://especiais.correiobrasiliense.net.br/cesio137/>. Acesso em: 7 maio 2017.

GUIMARÃES, C. BONALUME NETO, G. Trinta anos depois do acidente em Goiânia, vítimas do césio ainda sofrem. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11 set. 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2017/09/1917163-trinta-anos-depois-do-acidente-em-goiania-vitimas-do-cesio-ainda-sofrem.shtml>. Acesso em: 7 maio 2017.

HELOU, S.; COSTA NETO, S. B. (org.). *Césio-137: consequências psicossociais do acidente de Goiânia*. Goiânia: Ed. UFG, 1995.

JORDAN DAFNÉ, P. N. Césio 137: maior acidente radiológico do mundo completa 30 anos. *Correio 24 Horas*, Salvador, BA, 12 set. 2017. Disponível em: <http://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/cesio-137-maior-acidente-radiologico-do-mundo-completa-30-anos/>. Acesso em: 7 maio 2017.

LUCA, T. R. A história dos, nos e por meio dos periódicos. *In: PINSKY, C. B. (org.). Fontes históricas.* São Paulo: Contexto, 2005, p. 111-153.

NASCIMENTO, E. Césio 30 anos. *Portal G1 Goiás*, Goiânia, GO, 17 set. 2017. Disponível em: <http://g1.globo.com/goias/cesio30anos/>. Acesso em: 7 maio 2017.

NORA, P. Entre história e memória: a problemática dos lugares. *Projeto História*, São Paulo, v. 10, p. 7-28, 1993.

NUNES, P. Novos cenários e reconfigurações do jornalismo. *In: NUNES, P. (org.). Jornalismo em ambientes multiplataforma.* João Pessoa, PB: Editora do CCTA, 2016. p. 9-13.

OLIVEIRA, E. C. *As representações do medo e das catástrofes em Goiás.* 2006. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

OLIVEIRA, E. C. *Imagens e mudança cultural em Goiânia.* 1999. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 1999.

OS 30 anos do acidente radioativo do césio-137. *Uol Notícias*, São Paulo, set. 2017. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/album/2017/09/10/os-30-anos-do-acidente-radioativo-do-cesio-137.htm#fotoNav=7>. Acesso em: 7 maio 2017.

PEREIRA, E. C. *Risco e vulnerabilidade socioambiental: o 'Depósito definitivo dos rejeitos radioativos' na percepção dos moradores de Abadia de Goiás.* 2005. Dissertação (Mestrado em Sociologia) –

Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

POLLAK, M. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, 1989.

PONTES, N. Pior acidente radioativo da história completa 30 anos. *Carta Capital*, São Paulo, 13 set. 2017. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/trinta-anos-apos-o-pior-acidente-radiologico-da-historia>. Acesso em: 7 maio 2017.

RICOEUR, P. *A memória, a história e o esquecimento*. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2007.

SALES, Y. Césio 30 anos: o inimigo invisível. *Jornal Opção*, Goiânia, GO, 10 set. 2017. Disponível em: <https://www.jornalopcao.com.br/reportagens/cesio-30-anos-o-inimigo-invisivel-104828/>. Acesso em: 7 maio 2017.

SAMPAIO, K. A. R. *O acidente do Césio 137 em Goiânia, em 1987: uma atualização do preconceito sofrido pelas vítimas, 1987-2017*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) – Faculdade de História, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SILVA, M. S. Césio: o dia que não tem fim. *Uol Notícias*, São Paulo, set. 2017. Disponível em: <https://www.uol/noticias/especiais/cesio-137.htm#cesio-o-dia-que-nao-tem-fim>. Acesso em: 7 maio 2017.

SILVA, T. C. As celebrações, a memória traumática e os rituais de aniversário: dossiê Césio-137. *Revista da UFG*, Goiânia, ano 9, n. 1, p. 1-06, 2007.

SILVA, T. C. As fronteiras das lembranças: memória corporificada, construção de identidades e purificação simbólica no caso de desastre radioativo. *Vivência*, Natal, RN, v. 28, n. 1, p. 57-73, 2005.

SILVA, T. C. Desastre como processo: saberes, vulnerabilidade e sofrimento social no caso de Goiânia. In: LEIBING, A. (org.). *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editara Nau, 2004. p. 201-225.

SILVA, T. C. Entre múltiplos saberes e experiências de sofrimento: instituições, atores sociais e políticas de saúde na gestão do desastre radioativo com o Césio-137, em Goiânia-GO. In: MORAES, C. C. P.; FREITAS, L. C. B. F.; SOUZA, R. B. (org.). *Patrimônio cultural da saúde em Goiás: instituições hospitalares, assistenciais, de ensino e de pesquisa*. Goiânia: Editora UFG, 2017. p. 259-304.

SILVA, T. C. Silêncios da dor: enforque geracional e agência no caso do desastre radioativo de Goiânia, Brasil. *Iberoamericana: Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, Estocolmo, v. 46, n. 1, 17-29, 2017b.

SILVA, T. C. Política de memória: recompondo as lembranças no caso do desastre radiológico de Goiânia. In: FREITAS, C. B. (org.). *Memória: anais do I Seminário e da II Semana de Antropologia da Universidade Católica de Goiás*. Goiânia: Editora UCG, 1998. p. 117-138. (Série Seminários).



SOUZA, R. B. Por uma identidade cultural para Goiás: uma análise da revista Goianidade (1992). *Revista de História Regional*, v. 22, n. 2, p. 210-236, 2017.

TELES, J. M. A imprensa goiana: síntese histórica. In: ASSOCIAÇÃO GOIANA DE IMPRENSA. *Imprensa Goiana: depoimentos para a sua história*. Goiânia: Ed. Cerne, 1980. p. 43-88.

TRINTA anos depois, 1.141 ainda têm rotina ligada ao céσιο 137. *Isto É*, São Paulo, 13 set. 2017. Disponível em: <https://istoe.com.br/trinta-anos-depois-1-141-ainda-tem-rotina-ligada-ao-cesio-137/>. Acesso em: 7 maio 2017.

VIEIRA, S. A. *O drama azul: narrativas sobre o sofrimento das vítimas do evento radiológico do Césio-137*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

## ◆ A HANSENÍASE ENTRE O ESTIGMA E A MUDANÇA DE TERMINOLOGIA

**Roseli Martins Tristão Maciel<sup>1</sup>**  
**Veralúcia Pinheiro<sup>2</sup>**

### Introdução

A lepra<sup>3</sup> é uma doença milenar, associada às condições de pobreza e higiene precárias, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, o qual foi isolado pela primeira vez em 1872, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, sendo por isso chamada de hanseníase, no Brasil. Dentre os defensores da mudança de nomenclatura do vocábulo “lepra” destaca-se Abrahão Rotberg (1975), que, tendo como fundamento a ideia de que o abandono de termos depreciativos para enfermidades constituía uma ten-

- 
- 1 Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente no curso de História e no Programa de Pós-graduação em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado da Universidade Estadual de Goiás (Teccer/UEG).
  - 2 Doutora em Educação pela Universidade de Campinas (Unicamp). Docente e pesquisadora na Universidade Estadual de Goiás (UEG).
  - 3 A lei nº 9.010, de 29 março de 1995, permite a utilização da terminologia “lepra” e seus derivados, sob algumas circunstâncias (Brasil, 1995).

dência, justificava-se citando exemplos de outras enfermidades que passaram por mudanças semelhantes, tais como: “doenças venéreas por doenças sexualmente transmissíveis; retardo mental por excepcional; epilepsia por síndrome convulsional” (Rotberg *apud* Figueiredo, 2006, p. 29).

Conforme Rotberg (1975), a palavra “lepra” é rótulo de potência primária altamente repulsiva, favorito do sensacionalismo, fonte de estigmatização e bloqueador de qualquer tentativa de esclarecimento do público e educação sanitária do enfermo e seus familiares. Eliminar este termo significava deixar no passado as imagens de uma enfermidade que, por séculos, envolveu os infectados em um contexto de abjeção e isolamento social. Esta iniciativa deu-se na década de 1960, mas somente em 1995 foram transformadas em lei (Brasil, 1995).

A pesquisadora e leprologista da Fundação Oswaldo Cruz, Dra. Euzenir Sarno, explica que o Brasil é o único país que utiliza oficialmente o termo “hanseníase” como definição à lepra e afirma, ainda, que esta prática dificulta o trabalho dos profissionais de saúde dedicados a clínica ou às pesquisas desta enfermidade, além de causar confusão às pessoas que a contraem. Segundo ela, muitos dentre os diagnosticados resistem em aderir ao tratamento ou, quando o fazem, abandona-o antes de finalizá-lo, no instante em que descobrem que os termos “hanseníase” e “lepra” são equivalentes (Sarno, 2003).

Os estigmas da hanseníase tiveram início quando a exclusão social e a “morte” civil de seus portadores passaram a ser compulsórias, conforme atesta a antiguidade judaica, nos livros de Gênesis, capítulos 12 e 14 do Levítico, e a interpretação de estudiosos do

assunto (Browne, 2003; Debroey, 1994). Nos séculos posteriores, as práticas de isolamento dos hansenianos foram transformadas em arranjos institucionais, enraizados no interior de várias sociedades humanas influenciadas pela cultura precedente (Le Goff, 1994; Fornazari; Mattos, 2005). Toda essa trajetória secular do estigma criou raízes profundas que permanecem na atualidade.

Recentemente, os órgãos oficiais brasileiros começaram a ter interesse nos estigmas da hanseníase, promovendo políticas públicas voltadas para eliminá-los. Isso tem sido feito sob a forma de campanhas informativas em relação aos sintomas da doença, a importância do diagnóstico precoce e a conscientização de que a hanseníase tem cura (Brasil, 2010).

A temática do estigma da hanseníase tem instigado pesquisadores de várias áreas cujas publicações contribuem para o avanço do conhecimento sobre os efeitos mais subjetivos desta doença, os quais não são diretamente relacionados às suas características biológicas. Desse modo, o objetivo central deste artigo é demonstrar que os estigmas continuam sendo uma carga a mais de sofrimento para os que contraem esta enfermidade, mesmo após a mudança de terminologia. Neste trabalho, procura-se seguir a orientação teórica da História Social, que possibilita ressaltar a complexidade do processo de identificação, nomenclatura e classificação de enfermidades que se revelam através do tempo, de maneira emblemática, unindo o horror dos sintomas ao pavor de um sentimento de culpabilidade individual e coletiva (Le Goff, 1994).

Considera-se a recomendação de Revel e Peter (1976), sobre a preocupação que o historiador deve ter ao elaborar uma história das doenças a partir de uma metodologia que tenha por objeto o

ser humano doente, evitando uma análise que priorize somente os elementos biológicos, ou apenas as circunstâncias históricas da patogenia.

A categoria que demonstra a permanência dos estigmas da lepra após a substituição desta nomenclatura para o termo “hanseníase” é “instituição”, no sentido dado pela teoria do institucionalismo histórico, de acordo com a interpretação de North (1994) e Hodgson (1998). Para esta abordagem, “as instituições são feitas de restrições formais (regras, leis, constituições) e restrições informais (normas de comportamento, convenções, códigos de conduta)” (North, 1994, p. 360). Conforme Hodgson (1998), as instituições evidenciam grupos específicos de hábitos comuns, enraizados (*embedded*) e reforçados culturalmente, que determinam como as pessoas se comportam.

A metodologia que possibilita esta análise busca a compreensão das fontes situando-as no contexto histórico, social e cultural em que foram produzidas, trata-se da pesquisa qualitativa (Minayo, 2012), uma categoria de investigação social, cujo objetivo é compreender e esclarecer a dinâmica das relações sociais que são depositárias de valores e atitudes. Foram realizadas pesquisas on-line nas bases de dados a partir dos arquivos de periódicos que tratam da temática da hanseníase e seus estigmas, nos portais de periódicos da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), da *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e do Morhan (Movimento para Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase).<sup>4</sup>

---

4 O Morhan é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 1981.

## Os estigmas da hanseníase: passado e presente

As deformações físicas causadas pela hanseníase tornam-na uma doença propícia a disseminar pavor entre as pessoas. Ela se apresenta sob duas formas: a inicial, a partir de manchas na pele e progressiva perda de sensibilidade cutânea, e a lepramatosa ou tuberosa, por meio da qual aparecem nódulos. Em seguida, os nervos se transformam em cordões nodosos, que causam fortes dores e, depois, insensibilidade e deformidade. Finalmente, o bacilo ataca os tecidos, consumindo as mãos e os pés, o nariz e os olhos (Figueiredo, 2006). Infelizmente, as deformidades físicas surgidas com a progressão da doença não é um fenômeno exclusivo do passado, uma vez que muitos pacientes sofrem sequelas semelhantes na atualidade, devido ao diagnóstico tardio (Eidt, 2004; Sangi, 2009).

O período de incubação da hanseníase chega a 20 anos, e o seu tratamento permite a cura da doença através de um coquetel de três antibióticos, distribuído pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As principais zonas de difusão desta enfermidade são: Índia, que apresenta 75% dos casos mundiais, seguida pelo Brasil, Nepal, Sudão, Moçambique, Madagascar e Angola (Bellaspiga, 2006).

Municiando-se do conceito de estigma, foi possível analisar as particularidades, bem como parte da totalidade que compõem o contexto histórico da lepra. Ao mesmo tempo, foi fundamental para a compreensão das ações e reações humanas, das mais variadas épocas e lugares, em relação à doença e aos enfermos.

O estigma é um componente social da hanseníase, um agravante para aqueles que a contraem, trata-se de uma manifestação

cultural que aparece sob três formas – as abominações do corpo, os defeitos de caráter e a proveniência social (Goffman, 1988) –, as quais são claramente identificáveis para a hanseníase em sua trajetória histórica. Alguns estigmas são provenientes da prática segregacionista dos doentes, no passado, outros em decorrência de suas manifestações físicas, deformantes e incapacitantes, que ainda afetam muitos enfermos.

A origem dos estigmas da lepra ou hanseníase está detectada no judaísmo e no cristianismo, que institucionalizaram o isolamento compulsório dos leprosos, por todo mundo ocidental. No livro sagrado dos hebreus, a Torá, encontra-se argumentações transcendentais do judaísmo para explicar as “origens” e “causas” da lepra, e as justificativas da necessidade de isolamento de seus portadores. Assim, refere-se ao leproso: “durante todo o tempo em que estiver contaminado de lepra, será impuro. Habitará a sós e terá sua morada fora do acampamento” (Lv, 13, 46).<sup>5</sup> De acordo com Rotberg, os leprosos

eram declarados “*imundus*” pelo sacerdote e expulsos para “fora do acampamento” e suas roupas e paredes com “*tsara ’ath*” eram queimadas ou destruídas, carregando-se as pedras e restos de sua habitação para um “lugar imundo”. [...] A palavra *tsara ’ath* é de origem aramaica e quer dizer “golpeado por Deus” (Rotberg, 1975, p. 295).

O termo *lepein* foi adotado pela religião judaica no século III a.C., quando os livros sagrados hebraicos foram traduzidos para

---

5 Segundo a *Bíblia Sagrada*, “Levítico” foi o terceiro livro escrito por Moisés. Seu 13º capítulo, intitulado “A lepra humana”, aborda as leis a respeito da lepra (Levítico, 2012, não paginado).

o grego e transformados na *Bíblia*. Os líderes religiosos judeus, então, optaram por utilizar a palavra “lepra” em substituição ao termo *tsara ’há* (Browne, 2003) que, até então, nominava a doença.

Na Antiguidade, várias religiões da Ásia apresentam em seus preceitos noções estigmatizantes em relação à lepra, de maneira similar aos da religião judaica. Na Índia, a lepra aparece no *Susruta Samhita*, do século VI a.C. (Browne, 2003), que menciona os sinais cutâneos e neurológicos da doença, e a descreve como deslize moral e imundície.

Segundo (Browne, 2003), a história da lepra no Japão apresenta paralelos interessantes com a versão bíblica, tais como a imprecisão, as implicações não clínicas e o medo excessivo. Este autor chama a atenção para o fato de que as descrições mais antigas da lepra, na Índia e na China, são surpreendentemente precisas e completas. Na China, diz Skinsnes (*apud* Browne, 2003) que a lepra era a punição pela depravação sexual.

O advento do cristianismo não significou o fim das práticas discriminatórias e excludentes direcionadas aos leprosos. Apesar de os cristãos construírem uma visão mais piedosa e caritativa em relação a esses (Bíblia, 2012), a lepra continuou sendo percebida como a prova material de seus pecados.

O isolamento dos leprosos na Europa Medieval ficou a cargo da Igreja Católica, da mesma forma como ocorrera na antiguidade hebraica. Conquanto o tipo de confinamento tenha sofrido modificações, desde o período da Alta Idade Média (séculos V e VI), mantiveram-se muitos dos dispositivos prescritos anteriormente. Os leprosos católicos eram expulsos de suas residências e obrigados a participar de um ritual conduzido pelos clérigos em ofícios



religiosos, que significava “morte civil”. A liturgia, nesse sentido, era tão enfática que, ao seu final, era derramada terra sobre a cabeça do leproso (Fornazari; Mattos, 2005). A partir de então, o doente tornava-se definitivamente morto para sua família e sociedade. Muitas vezes eram realizadas missas fúnebres de corpo presente com os leprosos, antes que fossem encaminhados aos leprosários (Le Goff, 1994).

Os médicos medievais do Ocidente também consideravam a lepra uma doença decorrente de relações sexuais inapropriadas ou durante a menstruação, período em que a mulher era considerada impura na tradição judaico-cristã. Isso estava descrito no tratado *O lírio da Medicina*, escrito em 1305, por Bernard de Gordon, professor em *Montpellier* (Gordon, 1305 *apud* Le Goff, 1994).

O homem é leproso *ab útero* ou depois do nascimento porque é engendrado durante as menstruações ou porque é filho de leproso, ou porque um leproso conheceu uma mulher grávida, e então a criança será leprosa, a lepra advém destas graves deficiências. (Beniac *apud* Le Goff, 1994, p. 132).

A prática da estigmatização e isolamento dos indivíduos com lepra, justificada pelo dogma do pecado original, conforme esclarece Browne (2003), sobreviveu durante todo o período medieval. Nos finais do século XIV, a doença sofreu um declínio e, no século seguinte, chegou a desaparecer em alguns países europeus. Este processo, segundo a explicação de Lewinsohn (2003), permanece um mistério.

O século XIX inaugurou “a lepra moderna”,<sup>6</sup> a partir das relações estabelecidas entre a instituição estatal, os profissionais de saúde e os infectados com a doença. Conforme Torres (2002, p. 45), um elemento que merece destaque na construção do conceito moderno de lepra é a mútua relação “entre o conhecimento médico e os interesses da profissão, a dinâmica nacional e internacional de luta contra a lepra e as lutas de poder dos médicos”.

Partindo da perspectiva histórica descrita anteriormente, buscar-se-á compreender a realidade dos estigmas da lepra ou hanseníase, na atualidade, sob duas perspectivas: de que modo eles são compartilhados por portadores ou (ex-)pacientes de hanseníase; e como são abordados nas várias pesquisas acadêmicas, empreendidas por profissionais de saúde.

Mellagi e Monteiro (2009) explicam que os atuais doentes de hanseníase ainda convivem com os estigmas da “lepra”, chamando a atenção sobre a percepção religiosa acerca dos mesmos. Por sua vez, o médico Ivan Figueiredo, em sua tese de doutoramento defendida no ano de 2006, diz que ao longo de sua,

experiência profissional, cada vez que preciso comunicar a um doente que ele é portador de “hanseníase”, percebo o peso que traz consigo esta palavra – mesmo sendo menos chocante que o termo “lepra”. Tenho observado o impacto despertado pela revelação do diagnóstico, resumido numa palavra evocativa de mutilação, rejeição e solidão. E, com a consciência do peso

---

6 O conceito “lepra moderna” foi cunhado pela estudiosa colombiana Diana Obregón Torres, com a finalidade de referenciar a doença: “Desde sua descrição como uma doença infecciosa produzida por um microorganismo específico, tem sido negligenciada por historiadores profissionais” (Torres, 2002, p. 45, tradução nossa).

do diagnóstico, consubstanciado numa palavra eivada de estigma, assumo como ponto de partida do tratamento um processo de esclarecimento, buscando desconstruir, lenta e persistentemente, o peso da palavra hanseníase na vida de quem a experimenta. (Figueiredo, 2006, p. 49).

Uma pesquisa realizada por enfermeiras em municípios do Rio de Janeiro coletou depoimentos de pessoas em tratamento de hanseníase que revelaram a intensidade da presença de estigmas em suas vidas. Um deles diz perceber as manifestações de nojo por parte das pessoas. Outro paciente revela que, ao submeter-se a um exame radiográfico, o técnico lhe falou ter sido bom ter ido fazer o exame naquele dia, porque o seu colega que trabalharia no dia seguinte “não tira raio X de quem tem hanseníase” (Sangi *et al* 2009, p. 212).

Outros profissionais da enfermagem detectaram, em pesquisa realizada em 2008, que os estigmas, a morte simbólica sofrida pelos pacientes submetidos ao isolamento compulsório no passado, ainda se fazem sentir entre aqueles que são diagnosticados com a hanseníase (Boreinstein *et al.*, 2008).

O artigo resultante da pesquisa de Cavaliere e Costa (2011), realizada na ex-colônia de Itaboraí, no Rio de Janeiro, informa que cerca de 7.000 pessoas, entre antigos internos e seus familiares, ainda vivem no local do antigo complexo hospitalar. E, segundo as autoras, isso ocorre pela percepção de ausência de direitos, decorrente do processo de segregação e do sentimento autoestigmatizante dessas pessoas.

Esta realidade, também, é objeto de outro estudo na área de enfermagem (Simpson *et al.*, 2013), que analisa a condição social

dos doentes de hanseníase que foram isolados e permanecem nas antigas colônias com seus familiares, porque, apesar do tratamento eficaz, que favorece a desospitalização, muitos apresentam deformidades incontornáveis e não se adaptam mais à sociedade e ao mercado de trabalho. Esses pesquisadores defendem que,

lepra e hanseníase são interfaces de uma mesma realidade, a qual é historicamente construída no cotidiano dos seus portadores segregados, excluídos e compartilhados na esfera do senso comum, e uma perspectiva contemporaneamente construída na esfera retificada da ciência, de domínio dos especialistas, individualmente experiência da [...]. (Simpson *et al.*, 2013, p. 106).

Segundo os autores, a herança cultural do estigma não foi afastada com a extinção do o isolamento compulsório. Ao contrário, eles consideram que mesmo com o novo tipo de tratamento, ela se faz presente, como sugere a passagem abaixo:

Paradigmaticamente, no passado, o tratamento circunscreveu a doença na espacialidade da colônia, por ser uma questão social; já no presente, no anonimato dos serviços de saúde sob a responsabilidade do Estado e do território adstrito do município, por ser de ordem terapêutica. Nessa polaridade, uma exclui e a outra inclui, uma estigmatiza e a outro auto estigmatiza, permanecendo a centralidade representacional como um legado da história da doença na humanidade. (Simpson *et al.*, 2013, p. 112).

O isolamento compulsório começou a ser questionado desde que foi inaugurada a nova terapêutica com as sulfonas e a possibilidade de cura da doença. No Brasil, ela foi introduzida nas

décadas de 1940 e 1950 (Santos, 2008), entretanto não significou o fim do isolamento dos doentes e nem o fim de seus estigmas.

A sobrevivência desses estigmas, na atualidade, pode ser explicada por aquilo que os autores da economia institucionalista denominam de instituições informais. Conforme a interpretação e o conceito elaborado por North (1990) e Hodgson (1998), tratam-se de regras ou normas sociais que se constituem por valores, crenças, hábitos e comportamentos erigidos de forma consensual pela tradição. Sendo assim, à luz desta abordagem, a hanseníase possui estigma histórico e culturalmente institucionalizado, que pode ser considerado como uma instituição informal, surgido no seio de uma cultura milenar, isto é, nas religiões de matriz judaica, que sobreviveram às transformações históricas.

O medo despertado pela hanseníase, em parte, associado aos seus estigmas (Bittencourt, 2010), faz com que muitos a percebam como marcas da desonra ou castigo divino, presentes nas feridas e nos membros deformados que foram incorporados como identificação de seus portadores no passado, ou seja: o(a) leproso(a) (Simpson *et al.*, 2013).

Conforme Mellagi e Monteiro (2009), os acometidos de hanseníase, na atualidade, ainda convivem com o estigma da lepra, nos quais estão intrínsecos valores de cunho religioso. Outros pesquisadores (Martins; Caponi, 2010), por sua vez, demonstram o caráter excludente e estigmatizante desta enfermidade por meio de dados obtidos nas entrevistas realizadas com mulheres hanseníacas de Santa Catarina.

É evidente o fato de muitos portadores desconhecerem a hanseníase, o que aumenta as dificuldades na realização do

diagnóstico e do tratamento, acrescidos de diversos sentimentos negativos dos pacientes em relação à doença. Profissionais da área da saúde chamam a atenção sobre a importância de se resgatar a autoestima dos enfermos e sobre o despreparo de profissionais da saúde em lidar com a hanseníase (Eidt, 2004).

Em um estudo antropológico, cujo objetivo foi “criar uma Ciência do Estigma”, pesquisadores investigaram a experiência moral de pacientes diagnosticados com hanseníase no Ceará (Nations; Lira; Catrife, 2009, p. 1223). Os autores identificaram metáforas para a hanseníase que contestam o discurso biomédico sobre a doença e, além disso, identificaram que a não adesão ao tratamento ocorre mais pelo estigma que por outras razões.

A pesquisa, já citada (Mellgi; Monteiro, 2009), identifica aspectos da realidade do enfermo de hanseníase, cuja gravidade pode ser observada na narrativa, segundo a qual, é muito comum no universo dessa doença a opção pelo silêncio, em vez da revelação da enfermidade. É emblemático o exemplo de uma das entrevistadas, identificada pelos pesquisadores por B1, que revelou sentir o preconceito quando é questionada sobre sua doença e o escurecimento de sua pele. Ela revelou, ainda, que sente medo de explicar do que se trata, porque a hanseníase é uma doença que assusta.

O comportamento descrito acima é denominado manipulação do estigma. Segundo Goffman (1988), isso ocorre porque a pessoa estigmatizada percebe a possibilidade de livrar-se do estigma mudando sua própria condição de doente, ou seja, afirmando que não possui a doença ou que o diagnóstico estabelecido pelo médico está equivocado. Na interpretação deste autor, “a manipu-

lação do estigma ocorre no contexto onde a pessoa estigmatizada é conhecida” (Goffman, 1988, p. 65).

A manipulação do estigma, que inclui a recusa em receber tratamento e a negação da doença, caracteriza um comportamento social relacionado à maneira como as pessoas concebem a própria imagem e o modo como tentam mantê-la (Goffman, 1988). Isto é, os indivíduos que se sentem ameaçados por estarem fora dos padrões estabelecidos de saúde e beleza lutam contra tal possibilidade. Isso explica a negação de doenças que provocam deformações físicas, como a hanseníase; ou de caráter, o caso de doenças psíquicas.

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. (Goffman, 1988, p. 7).

A luta contra uma identidade deteriorada leva a pessoa à redefinição da realidade constatada, na tentativa de bloquear a possibilidade de tornar-se indesejada ou ser percebida como uma ameaça aos demais. É uma habilidade imaginativa para afastar ou eliminar o estigma. No caso dos hansenianos, essas tentativas de redefinir a situação são bastante compreensivas, em se considerando os estereótipos seculares da doença que contraíram. A artimanha da manipulação visa a não exclusão do conjunto das pessoas consideradas desejadas ou aceitáveis. Muitas vezes, a manipulação não tem o objetivo explícito de negar a doença, mas apenas de disfarçar sua natureza e minimizar suas consequências sociais.

A identidade deteriorada parece estar tatuada na pessoa através da forma como ela própria se percebe. Outra participante da mesma pesquisa desenvolvida por Mellagi e Monteiro (2009), denominada como B2, afirmou que pediu demissão do seu emprego no qual a rejeitavam. Outro entrevistado, cognominado B3, afirmou que sente o estigma quando suas manchas ficam expostas e as pessoas se afastam mesmo depois de ele explicar do que se trata e o fato de que não oferecem risco de contágio. E B4, outro participante da pesquisa, declarou que pessoas próximas a ele se distanciaram ao saber do seu diagnóstico e que evita namorar em virtude do medo que sente da reação da pessoa com quem venha a se envolver.

Segundo os pesquisadores, o entrevistado B3 informou que é evangélico e encontra apoio na igreja que frequenta, onde os presbíteros realizam correntes de oração em benefício de sua enfermidade. No entanto, enfatiza que apenas o pastor conhece sua doença:

a gente não fala exatamente assim sobre a doença, pois mesmo dentro da igreja existem pessoas que se afastam por algum motivo. Então a gente escolhe uma pessoa, fala que está enfermo, mas não fala qual é o problema. Se falamos “lepra”, aí todo mundo sabe que é muito antiga; o pessoal tem medo, receio. Mas quando falamos “hanseníase”, pouquíssimas pessoas sabem o que é. (Mellagi; Monteiro, 2009, p. 13).

Tais argumentos corroboram a interpretação de Goffman (1988), trata-se de uma redefinição da situação. Quando alguém constata que faz parte de uma categoria de pessoas socialmente indesejáveis, pode tentar modificar essa realidade. Isso porque ele



próprio pode ter compartilhado esses sentimentos no passado, de rejeição aos que contraíram a doença que agora o acomete.

Em um artigo publicado na revista *Mundo e Missão*, cujo título é “Lepra, o drama dos esquecidos”, aparece à seguinte informação: “[...] na Índia, na África ou no norte do Brasil, a história é a mesma. Os doentes são expulsos do *clã* e nem mesmo a cura os salvará: serão sempre leprosos” (Bellaspiga, 2006, p. 21, grifo nosso).

No início de 2010, as questões relacionadas aos estigmas da hanseníase passaram a ser consideradas pela OMS (Brasil, 2010). O documento ressalta a necessidade de mudanças na organização do controle da doença e solicita a introdução de novos métodos de colaboração entre os sujeitos envolvidos no processo. A proposta considera imprescindíveis mudanças de comportamento dos que trabalham com saúde, dos hansenianos, de suas famílias e da sociedade como um todo.

Em uma das mais recentes publicações disponíveis no site do Morhan encontramos vários estudos de profissionais de saúde destacando a necessidade de se combater os estigmas da hanseníase. O trabalho de Daxbacher e Ferreira (2014), pesquisadores profissionais de saúde, respectivamente médico e enfermeiro, chama a atenção para o fato de ser o estigma um dos elementos que emperra o fim da condição endêmica da hanseníase. Segundo estes autores, um dos grandes problemas que os pacientes e profissionais de saúde enfrentam

é decorrente ainda do estigma existente no mundo, pois temos estimados três milhões de pessoas com incapacidades relacionadas à hanseníase no mundo, que sofrem todas as mazelas decorrentes da rejeição social e sofrimento mental

nas comunidades em que vivem, sendo necessário envidar esforços para o diagnóstico precoce, o tratamento adequado, a reabilitação de pessoas com incapacidades e a luta contra o estigma e a discriminação da doença. (Daxbacher; Ferreira, 2014, p. 60).

Os pacientes da hanseníase sofrem preconceitos não apenas da comunidade leiga, mas também por parte dos profissionais de saúde (Lyon; Grossi, 2014). Segundo estas autoras, isso ocorre, principalmente, pela falta de informação atualizada sobre a doença entre esses profissionais. As pessoas atingidas pela hanseníase

podem apresentar restrição na participação social devido ao estigma, e que é preciso promover ações voltadas para identificação do diagnóstico completo do paciente, suas necessidades, habilidades físicas e laborais, o conhecimento do seu corpo e o autocuidado. (Alencar, 2014, p. 166).

Um estudo na área de fisioterapia (Raposo, 2014) destaca a necessidade de reforçar as recomendações estabelecidas por órgãos internacionais como, por exemplo, a OMS, tal como observar os estigmas que podem levar a exclusão do paciente.

Uma pesquisa da área de enfermagem (Barbosa, 2008) chama a atenção sobre aspectos do estigma e da restrição à participação social dos que contraem hanseníase. Bem como sobre as incapacidades físicas que os limitam para o trabalho e relações interpessoais.

## Mudança de terminologia e permanência dos estigmas

Uma das mais conhecidas tentativas de eliminar os estigmas da “lepra”, conforme já dito, foi à eliminação do uso deste termo. O proponente dessa mudança foi Abrahão Rotberg, na década de 1960, quando foi diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.

A obra de Rotberg (1975) é uma importante fonte histórica sobre a polêmica gerada a respeito das propostas de substituição da palavra “lepra” por “hanseníase”. Segundo este autor, o assunto foi debatido pela primeira vez, em âmbito internacional, no ano de 1931, durante o congresso realizado pela Associação Internacional de Lepra (AIL) (Rortberg, 1983).

Embora a polêmica tenha continuado décadas depois, em outro congresso da AIL, realizado em 1973 na Noruega, os países foram liberados para adotar o termo que lhes parecesse mais apropriado para a enfermidade. Os defensores da não utilização da palavra “lepra”, no Brasil, formularam a proposta de adoção do termo “hanseníase”, obtendo desse modo uma ampla aceitação; porém, somente no ano de 1995 foi transformada em lei.

Aliada aos preconceitos e estigmas, a desinformação dos pacientes em relação à hanseníase transforma-se em sobrecarga para os profissionais de saúde que lidam com a doença, dificultam-lhes tanto a abordagem do assunto quanto o processo de adesão dos pacientes ao tratamento, pois acabam tendo que despender muito tempo e esforço para esclarecê-los e conscientizá-los sobre a doença, as condições de tratamento, possibilidades de cura

e riscos de contágio para outrem, caso não tratem, iniciem ou abandonem o tratamento.

A necessidade de estratégias para lidar com o universo de determinadas doenças também foi abordada pela pesquisadora Susan Sontag (2007). A autora afirma que até a década de 1990, nos Estados Unidos, o câncer aparecia nos obituários sob a forma de um eufemismo padrão: “morreu após longa enfermidade” (p. 19). A justificativa para essa vaga explicação decorre do fato de que o câncer ainda era uma doença muito estigmatizada e, por isso, os documentos oficiais substituíam a palavra “câncer” por metáforas.

Os estigmas e preconceitos são construídos socialmente pelos indivíduos e instituições, e neles permanecem arraigados ao longo do tempo. Da mesma forma, sua desconstrução só é possível no interior da sociedade, com o envolvimento de diferentes grupos. As mudanças, portanto, não devem limitar-se às nomenclaturas. Ivan Figueiredo (2006), a partir de diálogo com a concepção de Rotberg, argumenta que a continuidade dos estigmas em relação a essa doença contou com o fato de o neologismo “hanseníase” não ter sido aceito em outros países, onde sua denominação é “lepra”. Para o pesquisador, pouco adianta o Brasil adotar a mudança terminológica se os demais países mantiverem o termo “lepra”, no qual estão intrínsecos os estigmas.

Em uma entrevista, a pesquisadora em hanseníase Euzenir Sarno afirma que a mudança do termo “lepra” para “hanseníase” atrapalhou consideravelmente o trabalho dos médicos e de outros profissionais de saúde porque, segundo ela,

as pessoas não sabem, ninguém conhece essa doença, um nome que não existe, nome inventado. Nem médico pronuncia direito! Imagina o povo!? Você tem hanseníase. Que doença é essa? Você diz “mancha branca”, alguma coisa assim para se fazer entender. Eu acho que a mudança de nome, que não existe em outros países, foi terrível em vários níveis: no profissional, na implantação do programa de combate, para o diagnóstico e para a assimilação social. Mas tem gente que não aceita de jeito nenhum, sente-se ofendida se você fala lepra. (Sarno, 2003, p. 290).

A pesquisadora acrescenta, ainda, que

As coisas aqui [no Brasil] são muito engraçadas.. Então existe uma lei dizendo que nos documentos oficiais não pode constar lepra e nenhuma palavra que tenha a ver com este nome. Tem uma doença, por exemplo, chamada heritema nodoso hansênico. Botaram heritema nodoso hanseniano. Ninguém sabe o que é. Você publica no mundo inteiro e ninguém vai saber o que é. Já tive discussões homéricas em defesas de tese cujos autores escrevem lepra e o examinador os repreendem. No início da campanha falavam: hanseníase é a lepra... Imagine como uma pessoa ia absorver isso? (Sarno, 2003, p. 290).

Os pesquisadores Opromolla e Martelli (2005) chamam a atenção para o fato de que as traduções para o português dos códigos para hanseníase têm apresentado muitos erros. Eles enfatizam a existência da padronização internacional para as doenças, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Apontam, ainda, um erro na tradução de uma subcategoria da hanseníase que possui duas terminologias sinônimas que têm sido confundidas como se fossem duas subcategorias distintas: trata-se dos códigos A30.2 e A30.3 da CID-10, que utiliza os termos “borderline” e “dimorfa”.

Trata-se de uma única variação da doença que são traduzidas como se fossem duas.

Em relação aos comentários anteriores, é importante elucidar que a substituição do termo “lepra” por “hanseníase”, no ano de 1995, pela Lei nº 9.010/1995, dispôs sobre a nova terminologia o seguinte: no Art. 1, o termo lepra e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da administração centralizada da União e dos estados-membros; o Art. 2 descreve a relação dos termos empregados para a doença e suas subcategorias, designando como “terminologia substituída” a nomenclatura “lepra” e suas derivações, e como “terminologia oficial” as novas nomenclaturas (Brasil, 1995).

No Quadro 1 estão descritas as antigas e novas terminologias para hanseníase.

Quadro 1 - Terminologias referentes à lepra e à hanseníase

<b>As terminologias referentes à lepra e à hanseníase</b>	
<b>Terminologia Clássica/ CID-10</b>	<b>Terminologia Nacional após a lei nº 9.010/1995</b>
Lepra	Hanseníase
Leproso, doente de lepra	Hanseniano, doente de hanseníase
Leprologia	Hansenologia
Leprótico	Hansênico
Lepróide	Hansenóide
Lépride	Hansênide
Leproma	Hansenoma
Lepra Lepromotosa	Hanseníase Vichoviana
LepraTuberculoide	Hanseníase Tuberculoide
Lepra Dimorfa	Hanseníase Dimorfa

<b>As terminologias referentes à lepra e à hanseníase</b>	
<b>Terminologia Clássica/ CID-10</b>	<b>Terminologia Nacional após a lei nº 9.010/1995</b>
Lepra Indeterminada	Hanseníase Indeterminada
Lepromina	Antígeno de Mitsuda
Leprosário, Leprocômio	Hospital/Dermatologia/Sanitária/Patologia ou Similares

Fonte: Elaborado pelas autoras com base na Lei nº 9.010/1995.<sup>7</sup>

Corroborar o depoimento de Euzenir Sarno à visão do dermatologista Antônio Macedo, que trabalha com a prevenção e tratamento da hanseníase há várias décadas, também na cidade de Goiânia. Em entrevista concedida ao *Jornal Opção*, em 24 de novembro de 2013, considera que

é preciso que haja um esclarecimento geral sobre a doença, a importância de fazer um tratamento correto para prevenir possíveis sequelas. O tema tem de ser desmistificado na sociedade, para que não haja mais o preconceito e a exclusão dos pacientes. (Macedo, 2013, não paginado).

O problema das tentativas de camuflar a doença não é exclusividade da questão da hanseníase. No estudo de Sontag (2002) sobre o câncer e a aids (síndrome da imunodeficiência adquirida), aparecem similaridades com as opiniões descritas acima quando a autora considera que

a política de confundir os cancerosos sobre a natureza da sua doença reflete a convicção de que, para as pessoas que estão morrendo, é melhor que sejam poupadas dessa notícia,

7 Brasil (1995).

e de que a boa morte é a repentina, e a melhor de todas é a que ocorre quando estamos inconscientes ou adormecidos. Também a moderna rejeição da morte não explica o alcance da mentira e o desejo de ouvir mentiras; ela não atinge o medo mais profundo. (Sontag, 2002, p. 12-13).

O médico Robert G. Cochrane, descobridor da sulfona dapsona, em 1946, fármaco utilizado no tratamento da hanseníase, compartilhava esta ideia e, em 1968, se contrapôs à mudança de terminologia afirmando a necessidade de conscientização para o fim do estigma da lepra e, que tal mudança, acarretaria confusão entre os pacientes que não obtivessem a explicação necessária de que hanseníase é lepra. Por outro lado, dizia que seria difícil dar explicações, sem recorrer às metáforas antigas da lepra (Figueiredo, 2006).

O missionário Stanley Browne também manteve uma posição contrária à mudança de terminologia e explica o porquê em seu livro *A lepra na Bíblia*. Para este autor, os

conceitos sociais inerentes a uma doença temida – reconhecida, mesmo que não seja delimitada precisamente ou definida patologicamente – são independentes das palavras usadas para designá-la. Quando se compreende que a hanseníase, juntamente com as doenças que às vezes são confundidas com ela, evoca um padrão característico de ideias e reações em diversos contextos e culturas diferentes, toda a questão passa a ser vista como mais profunda do que uma bela distinção verbal. (Browne, 2003, p. 57).

Além das controvérsias sobre a eficácia ou não da mudança da terminologia “lepra” para “hanseníase”, destaca-se a luta do Morhan, direcionada para combater os seus estigmas. O Morhan



é a principal organização no Brasil voltada para a hanseníase e seus portadores e, segundo o seu estatuto, os principais objetivos desta instituição consiste em:

Colaborar para a eliminação da hanseníase; ajudar na cura, reabilitação e reintegração social das pessoas que contraíram hanseníase; trabalhar para que as pessoas acometidas pela hanseníase não sofram restrições em seu convívio social (emprego, família, igreja, escola); contribuir para que portadores de hanseníase conquistem o pleno exercício da cidadania; lutar para que os antigos hospitais-colônia sejam transformados em equipamentos de interesse coletivo (hospitais gerais, hospitais especializados, centros culturais e de lazer etc.); deve-se garantir moradia, sustento e atendimento às pessoas atingidas pela hanseníase na época do isolamento compulsório (entre as décadas de 30 a 60) que estando nos antigos hospitais-colônia lá desejam ficar. (Vieira, 2006, p. 32).

O Morhan foi criado no ano de 1981 com a finalidade de encampar a luta para controle da endemia hanseniana, auxiliar os doentes na busca por melhores condições de vida e pelos seus direitos. Para tanto, conta com a colaboração de várias instâncias dos poderes governamentais e de instituições de ensino e pesquisa.

Há no site do Morhan, além de documentos sobre a hanseníase, várias publicações científicas contendo desde o histórico da enfermidade no país até os métodos empregados para tratá-la e eliminar sua condição endêmica. Trata-se de informações que interessam não só aos hansenianos, mas também aos profissionais da saúde que atuam com a hanseníase, aos estudiosos do assunto e à população em geral.

Os excertos de artigos, aqui apresentados, apontam para a permanência dos estigmas da hanseníase, apesar das mudanças introduzidas em seu método de prevenção e tratamento, bem como na mudança de nomenclatura. Igualmente, evidenciam a presença do pavor do contágio que, durante séculos, foi uma ameaça real, mas que, teoricamente, não teria razão de existir na atual conjuntura. Entretanto, esse terror pode ser justificado pelas sequelas deixadas pela doença, quando ocorre o diagnóstico tardio e o paciente apresenta as lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades do corpo. Situação que, infelizmente, ainda é comum no Brasil, cuja condição da hanseníase é endêmica.

### Considerações finais

A análise apresentada neste capítulo buscou demonstrar que hanseníase é uma doença carregada de conotações negativas, estigmas, além de gerar elevado índice de incapacitações e deformações físicas que dificultam a inserção de seus portadores no contexto social, como um todo. Tratou também da atualidade da questão do estigma e o quanto ele vem se tornando objeto de investigação de vários profissionais da saúde nos últimos anos. E, por último, procurou explicar que a mudança da terminologia “lepra” para “hanseníase” não surtiu o efeito esperado, no que se refere à eliminação dos estigmas desta enfermidade.

Nesse sentido, foi feita uma análise do processo histórico da hanseníase, a qual desvendou seus estigmas como instituições criadas no mundo Ocidental, que se desenvolvem desde a Antiguidade até o presente século. A partir da abordagem institu-

cionalista de Hodgson (1998) e North (1990, 1994), pode-se afirmar que a sobrevivência dos estigmas são resíduos históricos de toda uma tradição religiosa, ou seja, instituições informais, conforme o conceito destes autores.

A sobrevivência dos estigmas da hanseníase foi constatada por meio da investigação realizada em diversos artigos, fruto de pesquisas desenvolvidas por profissionais de saúde de diferentes categorias. Os resultados destas investigações apontam inúmeros pacientes que afirmam sofrer discriminação de vizinhos, familiares, amigos e patrões, e outros tantos que recusam o tratamento com receio de sofrê-la. Outro resultado, a que muitos chegaram, foi que os estigmas sobrevivem em decorrência da falta de informações e que consistem em um dos maiores desafios a serem enfrentados, tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais de saúde.

Verificou-se que os estigmas sobrecarregam os doentes de hanseníase porque geram: exclusão social, sentimentos de inferioridade e rejeição, sofrimentos psicológicos, crise existencial, dentre outros. Quanto aos profissionais de saúde, os estigmas acarretam a eles sobrecarga de trabalho, já que são induzidos a: lidar com a incompreensão e revolta de seus pacientes; se esforçarem para esclarecê-los em relação à hanseníase, tirando-lhes o preconceito e o medo; convencê-los a não abandonarem o tratamento e outras tantas tarefas que excedem suas funções e capacidades.

Assim sendo, é possível afirmar que a estigmatização enfrentada pelos hansenianos interfere profundamente no processo terapêutico, uma vez que potencializa o sofrimento do doente tirando-lhe, algumas vezes, as esperanças de cura e lhe desmotivando a seguir o tratamento, o que leva alguns pacientes a in-

terromperem o tratamento. Os estigmas, segundo os estudiosos da Academia Brasileira de Ciências (ABC), “é um dos problemas que ainda atinge os pacientes de hanseníase” (Souza, 2010, p. 12).

Igualmente, a mudança da terminologia utilizada para a doença, por si só, não é suficiente para a eliminação de seus estigmas e não favorece a conscientização da população sobre os seus perigos, sem a carga de medo e rechaço aos doentes – o que foi aqui elucidado por meio da referência aos dados e análises de pesquisadores que têm se dedicado à questão. As visões equivocadas sobre a definição da enfermidade, “lepra” ou “hanseníase”, sua cura ou possibilidades de cura, continuam fazendo parte do arcabouço cultural da sociedade, dificultando as ações para seu combate e para eliminação de seus estigmas.

Finalmente, conclui-se que, em comparação com outras enfermidades infectocontagiosas, a hanseníase é causa de preocupação da comunidade que compõe a área da saúde, dentre outras razões, por carregar ainda considerável nível de estigma resultante de explicações culturais que foram institucionalizadas por sociedades do passado.

## Referências

- ALENCAR, M. J. F. O desafio da prevenção de incapacidades na atenção primária de saúde. *In*: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; NERY, I. (org.). *Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: Nesprom, 2014.
- BARBOSA, J. C.; RAMOS JÚNIOR, A. N., ALENCAR, M. J. F.; CASTRO, C. G. J. Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atvida-

de funcional, consciência de risco e participação social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. spe, p. 725-733, 2008.

BELLASPIGA, L. Lepra o Drama dos Esquecidos. *Revista Mundo e Missão*, São Paulo, n. 99, p. 11-31, 2006. Disponível em: <http://www.pime.org.br/mundoemissao/testemunhoslepra.htm>. Acesso em: 12 jan. 2021.

BÍBLIA Sagrada. 33. ed. Tradução: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Brasília, DF: Edições CNBB; São Paulo: Editora Canção Nova, 2012.

BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C.; LEÃO, A. M.; ARACI CARMEN CLOS, A. C. Estigmas: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.185-190, 2010.

BOREINSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I.; COSTA, E. G.; PETERS, V. R.; KOERICH, A. M. E.; RIBAS, D. L. Hanseníase e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, p. 708-712, 2008.

BRASIL. Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 4509, 30 mar. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2010. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/>

credesh.hc.ufu.br/arquivos/PORTARIA%20Nº%203125.pdf. Acesso em: 10 maio 2021.

BROWNE, G. S. *Lepra na Bíblia: estigma e realidade*. Viçosa, MG: Ultimato, 2003.

CAVALIERE, I. A. L.; COSTA, S. G. Isolamento social, sociabilidade e redes sociais de cuidados. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 491-516, 2011.

DAXBACHER, E. L. R.; FERREIRA, I. N. Epidemiologia da Hanseníase. *In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (org.). Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: Nesprom, 2014. p. 45-65. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniaevancoes.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.

DEBROEY, S. *Nós, os leprosos*. São Paulo: Loyola, 1994.

EIDT, L. M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. *Hansen*, Bauru, v. 29, n. 1, p. 21-27, 2004.

FIGUEIREDO, I. A. *O plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública*. 2006. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2006.

FORNAZARI, S. K.; MATTOS, D. M. A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, São Paulo, v. 6, p. 45-57, 2005.

GOFFMAN, E. *Estigmas-notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1988.

HODGSON, G. M. The approach of institutional economics. *Journal of Economic Literature*, v. 36, n. 1, p. 166-192, 1998.

LE GOFF, Jacques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1994.

LEWINSOHN, R. *Três epidemias: lições do passado*. Campinas: UNICAMP, 2003.

LEVÍTICO. In: BÍBLIA Sagrada. 33. ed. Tradução: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Brasília, DF: Edições CNBB; São Paulo: Editora Canção Nova, 2012. Cap. 13, vers. 46.

LYON, S.; GROSSI, M. A. F. Diagnóstico e tratamento da hanseníase. In: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. (org.). *Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: Nesprom, Brasília, 2014. p. 141-169. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseníaseavancoes.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

MACEDO, A. Goiás tem índice de hanseníase cinco vezes maior que o aceitável. *Jornal Opção*, Goiânia, 24 nov. 2013. Disponível em: <http://www.jornalopcao.com.br/posts/reportagens/goias>. Acesso em: 15 maio 2021.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: história de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1047-1054, 2010.

MELLAGI, A. G.; MONTEIRO, Y. N. O Imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos do asilo de São Paulo e os atuais portadores de hanseníase. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 489-504, 2009.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2012. p. 9-30.

NATIONS, M. K.; LIRA, G. V.; CATRIBE, A. M. F. Estigma, metáforas deformadoras e experiência moral de pacientes com hanseníase multibacelar em Sobral, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1215-1224, 2009.

NORTH, D. Economic performance through time. *The American Economic Review*, v. 84, n. 3, p. 359-368, 1994.

NORTH, D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OPROMOLLA, P. A.; MARTELLI, A. C. C. A terminologia relativa à hanseníase. *Anais Brasileiro de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 293-294, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n3/v80n3a11.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RAPOSO, M. T. Prevenção de incapacidades na hanseníase. *In*: ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; NERY, I. (org.). *Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: Nesprom, 2014. p. 275-282. Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hansenioseavancoes.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2021.

REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. *In*: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. p. 141-159.

ROTBURG, A. O pejorativo “lepra” e a grande vítima de grave erro médico-social histórico: a indefesa América Latina. *Revista de*



*História*, São Paulo, v. 51, n. 101, p. 295-304, 1975. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/132907>. Acesso em: 15/03/2017.

SANGI, K. C. C.; MIRANDA, L. F.; SPINDOLA, T.; LEÃO, A. M. M. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 209-214, 2009.

SANTOS, F. S. D. SOUZA, L. P. A.; SIANI, A. C. O Óleo de Chalmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-47, 2008.

SARNO, E. N. A hanseníase no laboratório. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 277-290, 2003.

SIMPSON, C. A. MIRANDA, F. A. N.; MENESES, R. M.; CARVALHO, I. H. S.; CABRAL, A. M. F.; SANTOS, V. R.C. No *habitus* do antigo hospital colônia – representações sociais da hanseníase. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 104-113, 2013.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

SONTAG, S. *Doença como metáfora: a aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, W. (org.). *Doenças negligenciadas*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

TORRES, D. O. *Batalhas contra la lepra: estado, medicina y ciencia em Colombia*. Medellín: Universidad Eafit, 2002.

VIEIRA, M. L. Uma breve visita à história de construção do Morhan. *Cadernos do Morhan*, Rio de Janeiro, p. 29-33, nov. 2006. Edição especial de lançamento que traz o resultado da I Oficina Nacional de Atenção Integral à Hanseníase com ênfase em Reabilitação. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/601936/cadernos-do-morhan---ed.-01---atenção-integral-à-hansenía....> Acesso em: 12 maio 2021.

## ◆ MINICURRÍCULO DOS AUTORES

### **Adelmar Santos de Araujo**

Possui graduação em História -Bacharelado e Licenciatura- (2001) e mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2009), e doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2015). Professor Pesquisador do Centro de Educação Popular e Pesquisas Econômicas e Sociais (CEPPES). Professor universitário e da Educação Básica em Goiás. Trabalha nas áreas de História, Educação e afins. Atua nos seguintes temas: história da educação, fundamentos da educação, história geral, história moderna e contemporânea, teoria da história, epistemologia, arqueologia, saberes.

### **Ana Enedi Prince**

Pós- doutora e doutora em História pela Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do curso de História da Univap / Universidade do Vale do Paraíba. Coordenadora do subprojeto de História Pibid na Univap desde 2014.coordenadora do NUPEFE - Núcleo de Pesquisas de Formação de Educadores, no IP&D- instituto de pesquisas da Univap, cujo foco é a produção de material didático de História, e os membros do grupo são os licenciandos em história

### **Ana Karine Martins Garcia**

Possui Pós-Doutorado em História realizado no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Ceará (bolsa Capes/PNPD, 2014 a 2017). Graduação em História pela Universidade Federal do Ceará (2004), Mestrado em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (2006) e Doutorado em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2011) e nesse período participei do programa de intercâmbio em Évora- Portugal durante o doutorado (2009).

### **Daniele Roberta Oliveira de Carvalho**

Mestre pelo Programa de Pós-graduação Territórios e Expressões Culturais do Cerrado da Universidade Federal do Cerrado com a dissertação “Do Pranto fez se lei: apuração de responsabilidade e mudança na legislação com o Acidente com o Césio 137 em Goiânia - GO. 2019.

### **Éder Mendes de Paula**

Graduação em História pela Universidade Estadual de Goiás. Mestre em História pela Universidade Federal de Goiás (2011), Doutor pela Universidade Federal de Goiás (2016) ambas pesquisas voltadas para História da Psiquiatria e a categorização do louco e do louco infrator, estabelecendo relações e suscitando reflexões sobre Direito e Medicina Psiquiátrica, Controle Social, Construção de Zonas de Normalidade, Violência, Exclusão, Silenciamentos e Análise de Discursos. Atualmente, professor efetivo da Universidade Federal de Jataí.

### **Eduardo Sugizaki**

Possui Doutorado em Filosofia pela Universidade da Picardia Júlio Verne - França (2011) e Doutorado em História pela Universidade Federal de Goiás (2011), em regime de cotutela. Pós-doutorado em Filosofia pela Universidade Federal de São Paulo (2012-2018), com o Projeto “Psiquiatria Contemporânea e Filosofia da Linguagem”. Mestrado em Filosofia Política pela Universidade Federal de Goiás (1997). Bacharelado em Teologia pelo Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás (1993), Licenciado em Filosofia pela Universidade Federal de Goiás (1993), Licenciado em História no Centro Universitário Claretiano (2018), Licenciado em Letras Português pelo Centro Universitário Claretiano (2019). Atualmente, pertence ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em História da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

### **Elias Nazareno**

Pesquisador Associado Sênior vinculado ao Laboratório e Grupo de Estudos em Relações Interétnicas (LAGERI) do Departamento de Antropologia da Universidade e Brasília (UnB). Membro da rede de pesquisa Comunidade de Pesquisadores em Excelência para Todos - CREA, na Universidade de Barcelona, Espanha. Integrante do GT índios na História John Monteiro da ANPUH. Pós-doutorado em sociologia com bolsa do CNPq pela Universidade de Barcelona - UB (2009), Pós-doutorado no PPGAS/UnB (2018) e Pós-Doutorado no Centro de Estudos Sociais - CES da Universidade de Coimbra, Portugal (2020).. Atualmente é professor Associado II da Universidade Federal de Goiás, do Programa de Pós-graduação em História e Vice-Coordenador do Curso de Educação Intercultural

para formação de Professores Indígenas da UFG, Coordenador do Grupo de Pesquisa do DGP/CNPq, História indígena e História ambiental: interculturalidade crítica e decolonialidade da UFG.

### **Eliézer Cardoso de Oliveira**

Possui doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (2006). Mestrado em História pela Universidade Federal de Goiás (1999) e Graduação em História também pela Universidade Federal de Goiás (1996). Atualmente é professor efetivo do curso de História e do Mestrado em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado, da Universidade Estadual de Goiás (Anápolis). Realizou o estágio pós-doutoral no Programa de Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2015). O campo de atuação abrange uma interface entre História e Sociologia, abordando os seguintes temas: estética da catástrofe, história cultural, sociologia da valentia, saberes e expressões culturais do cerrado, teoria da história.

### **Fernanda Soares Rezende**

Doutoranda em História pelo Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal de Goiás (PPGH-UFG). Mestre em História pela mesma universidade (2017). Especialista em Políticas e Gestão da Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFG (2016). Graduada em História (licenciatura) pela Universidade Federal de Goiás/UFG (2013). Graduada em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA (2018).

### **Leandro Carvalho Damacena Neto**

Possui graduação em História pela Universidade Estadual de Goiás (2006), mestrado em História pela Universidade Federal de Goiás (2011) e doutorado em História pela Universidade Federal de Goiás (2019). Atualmente é professor ens. básico, técnico e tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás. Tem experiência na área de História, com ênfase em História, saúde e doenças, atuando principalmente nos seguintes temas: historiografia, história, cultura, linhas de pesquisa e imagem.

### **Leicy Francisca da Silva**

É professora no Departamento de História da Universidade Estadual de Goiás e compõe o quadro permanente do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da mesma universidade. É autora de "Eternos órfãos da saúde": medicina, política e construção da lepra em Goiás e de capítulos de livros e artigos com a mesma temática. Participa dos seguintes grupos de pesquisa: Educação, saúde e inclusão (UFG) e Saberes, expressões culturais e estéticas no cerrado (UEG). Integra o Grupo de Trabalho História da Saúde e das Doenças - Seção Regional Goiás. Em sua formação acadêmica desenvolveu em 2016 estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás com o tema "Preventório Afrânio de Azevedo e Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra em Goiás (1930-1964)". É Bacharel e licenciada (1999), tem mestrado (2003) e doutorado (2013) em História pela Universidade Federal de Goiás.

### **Luciana Leite da Silva**

Mestre e doutora em história pela Universidade Federal de Goiás. É professora de história e filosofia na Rede Estadual de Educação de Goiás, professora colaboradora no Curso de Formação Superior Indígena (UFG) e orientadora no projeto 'Ação Saberes Indígenas na Escola' (MEC).

### **Patrícia Simone de Araújo**

Doutora em História pela Universidade Federal de Goiás, Mestra em História pela Universidade Federal de Goiás, graduada em História pela Universidade Estadual de Goiás e em Pedagogia pela Universidade Vale de Acaraú. É professora efetiva da Universidade Estadual de Goiás no Centro de Ensino e Aprendizagem em Rede (CEAR) no curso de História e do Programa de Ensino e Aprendizagem em Rede (PEAR). Desenvolve pesquisas em Educação e História do Brasil com ênfase no estudo de temáticas relacionadas: prática docente, escrita de si, corpo, saúde, doenças, gêneros e sexualidades.

### **Rildo Bento de Souza**

Possui graduação em História pela Universidade Federal de Goiás (2007), mestrado em História pela Universidade Federal de Goiás (2010) e doutorado em História pela Universidade Federal de Goiás (2015). Atualmente é professor da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás. Tem experiência na área de História, com ênfase nos temas relacionados à memória e ao patrimônio.



### **Robson Mendonça Pereira**

Graduado em História (1992), mestre (1996) e doutor (2005) em História pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Fez estágio pós-doutoral em História Social (2012-2014) pela Universidade de São Paulo (USP). É professor da Universidade Estadual de Goiás desde 1999, atuando no curso de licenciatura em História e como docente pesquisador do quadro permanente do Programa de Pós-graduação Acadêmico Interdisciplinar em Territórios e Expressões Culturais no Cerrado (TECCER), no Campus Anápolis CSEH/UEG.

### **Roseli Martins Tristão Maciel**

Licenciada em História pela Universidade Católica de Goiás (1992), mestre em História pela Universidade Federal de Goiás (1998) e doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2014). Docente, efetiva, do curso de história da UEG e colaboradora do Mestrado em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado.

### **Sônia Maria de Magalhães**

Possui graduação em História pela Universidade Federal de Ouro Preto (1994), mestrado (1998) e doutorado (2004) em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Realizou estágio pós-doutoral como bolsista PRODOC na Universidade Federal de Goiás nos anos de 2006 a 2007. Possui Pós-Doutorado pelo Programa de História das Ciências e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz em 2014. É autora dos livros Males do sertão: alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX (2014) e de A Mesa de Mariana: produção e consumo de alimentos em Minas Gerais

(1750-1850) (2004). É docente Associada na Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás.

**Veralúcia Pinheiro**

Doutora em Educação pela Unicamp, pós doutora em Educação pela Universidade Federal de Uberlândia, professora e pesquisadora na Universidade Estadual de Goiás, Unidade de Ciências Sócio-Econômicas e Humanas de Anápolis. Atualmente atua nos cursos de Graduação de Pedagogia, História, Letras e no Mestrado Interdisciplinar em Educação, Linguagem e Tecnologias - PPG/IELT, desenvolve pesquisas nos seguintes temas: violência, educação, juventude e gênero.

---

#### SOBRE O E-BOOK

Tipografia: Kleper  
Publicação Cegraf UFG  
Câmpus Samambaia, Goiânia-  
Goiás. Brasil. CEP 74690-900  
Fone: (62) 3521-1358  
<https://cegraf.ufg.br>

---