

DESDE 1902

SANITATEM  
QUAERENS  
IN TROPICOS



*Anais*

INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL

**2º Encontro Luso-Brasileiro  
de História da Medicina Tropical**



ARCHIVOS  
DE  
Hygiene  
e  
Pathologia Exoticas

PUBLICAÇÃO BRASILEIRA PELA  
Escola de Medicina Tropical  
DE  
LISBOA



1905

ARQUIVOS  
DE  
HIGIENE  
e  
PATOLOGIA EXÓTICAS



1926

ANAIS  
DO  
INSTITUTO  
DE  
MEDICINA TROPICAL



1943

ANAIS  
DA  
ESCOLA NACIONAL  
DE SAÚDE PÚBLICA  
E DE  
MEDICINA TROPICAL



1966

ANAIS  
DO  
INSTITUTO DE HIGIENE  
E  
MEDICINA TROPICAL

**Anais  
Instituto  
de Higiene  
e Medicina  
Tropical**



1972

1984

**Anais**  
INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
**Edição Comemorativa**



2012



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL

**2º Encontro Luso-Brasileiro  
de História da Medicina Tropical**



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL  
Vol. 15, 2016, 1-208; ISSN 0303-7762

**Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**  
**2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical**

**Coordenação**

Biblioteca do Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
Gabinete dos Anais

**Design Gráfico e paginação**

2aocubo.pt

**Edição**

Tiragem: 200 exemplares  
ISSN 0303 - 7762

(C) UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua da Junqueira, n° 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

+351213 652 600 (geral)

+351 213 632 105

E-mail: [informacao@ihmt.unl.pt](mailto:informacao@ihmt.unl.pt)

Página web: [www.ihmt.unl.pt](http://www.ihmt.unl.pt)

**Impressão Digital:**

Gráfica 99, Lda.

[grafica99@grafica99.com](mailto:grafica99@grafica99.com)

**Depósito Legal**

**Distribuição**

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Rua Junqueira, n° 100

1349-008 Lisboa - PORTUGAL

## Introdução

- 05 - **Da medicina colonial e pós-colonial à Saúde Global: Introdução ao 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical**  
Zulmira Hartz e Paulo Ferrinho

## Editorial

- 07 - **Medicina tropical e saúde global: *outputs* do 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical**  
Isabel Amaral

## Editorial convidado

- 17 - **O 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical: um testemunho**  
Maria Paula Diogo

## Doenças, agentes patogénicos, atores, instituições e visões da medicina tropical

- 19 - **António Damas Mora e o combate às doenças tropicais em Angola (1921-1934)**  
Luiz Damas Mora
- 27 - **A contribuição de Vital Brazil para a medicina tropical: dos envenenamentos à especificidade da soroterapia**  
Rejâne Lira-da-Silva, Marta Lourenço, Rosany Bochner, Érico Vital Brazil, Tania Kobler Brazil, Luís Eduardo Ribeiro da Cunha e António Joaquim Werneck de Castro
- 33 - **Inovações na produção do conhecimento em doenças infecciosas: história, arte, cultura e epidemiologia**  
Claudia de Souza, Michele de Oliveira, Maria Gouvea, Maria Teixeira, Michele de Barros, Eloisa da Hora e Odílio Lino
- 41 - **Usos da ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1930-1950)**  
André Mota e Jorge Augusto Carreta
- 47 - **Entre o sonho e a loucura: imigrantes portugueses no Hospital do Juquery, São Paulo – década de 1930**  
Ewerton Luiz Figueiredo Moura daSilva
- 55 - **Empiric-metaphysical medicine and modern medicine in Africa**  
Jean-Paul Bado
- 59 - **Território da lepra: a criação e consolidação do Refúgio dos Leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930 –1970)**  
Giovana Galvão Tavares, Janes Socorro da Luz, Josana de Castro Peixoto, Dulcinea Maria Barbosa Campos e Rogério Monteiro
- 65 - **A lepra no estado do Espírito Santo (1930-1943): a construção do Leprosário Colônia de Itanhenga**  
Luiz Arthur Azevedo Barros
- 73 - **De doença endémica a flagelo nacional – a medicalização da lepra no Brasil (1920-1940)**  
Keila Carvalho
- 81 - **Órfãos da saúde pública: vozes da infância da lepra no Brasil**  
Lilian Souza
- 89 - **Leprosaria de Cumura: história, etnografia e fotografia – interceções**  
Luís Manuel Neves Costa

## Políticas e redes internacionais de saúde pública no século XX

- 99 - **The Rockefeller Foundation's anti-typhus project in Spain: a lesson in failure**  
Darwin H. Stapleton
- 105 - **A Leishmaniose Tegumentar Americana e a construção do conhecimento científico entre a América do Sul e a Europa**  
Denis G. Jogas Junior
- 113 - **A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo. Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969)**  
Maria Gabriela S. M. C. Marinho
- 119 - **O impacto da II Guerra Mundial na obra de Aldo Castellani: a sua influência na escola portuguesa de medicina tropical (1946-1971)**  
Isabel Amaral
- 125 - **Rural hygiene in the early years of the World Health Organization: another casualty of the Cold War?**  
Socrates Litsios
- 133 - **A trajetória de Francisco Cambournac na Organização Mundial de Saúde (1952-1964)**  
Rita Lobo e João Lourenço Monteiro
- 141 - **Produtos naturais e antimaláricos: a cooperação científica entre Brasil e China na década de 1980**  
Ivone Manzali de Sá

## Medicina tropical e ambiente

147 - **Measures of health care against yellow fever in the south-west of Extremadura (Spain) in the XIX century**

Diego Peral e FJ Suárez-Guzmán

153 - **"Para que os jovens médicos paraguaios exercitem uma dupla missão, científica e patriótica": a contribuição do naturalista e botânico Moisés Santiago Bertoni (*La Civilización Guaraní*, 1922-1927)**

Eliane Fleck

161 - **A natureza brasílica nas farmacopeias do Frei João de Jesus Maria**

Wellington Filho

167 - **Doenças endêmicas e epidêmicas em Lourenço Marques no início do século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano**

Ana Cristina Roque

175 - **Planos integrados, lagos artificiais e medicina tropical – o caso de Cahora Bassa nos anos 1960-1970**

Ana Paula Silva

## Catálogo - Exposição

183 - **"Trópicos: conhecimento e práticas médicas no século XX"**

### Normas de publicação

207 - **Informações gerais | Instruções para autores**

# Da medicina colonial e pós-colonial à Saúde Global: Introdução ao 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical

## *From colonial and postcolonial medicine to the Global Health: introduction to the 2nd Luso-Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine*

**Zulmira Hartz**

Vice-Diretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
zhartz@ihmt.unl.pt

**Paulo Ferrinho**

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

É com grande prazer que fazemos esta nota introdutória aos Anais do 2º ELB de História de Medicina Tropical, nos dando também a oportunidade de evocar a importância do 1º encontro para o IHMT, o qual se integrou ao programa de comemorações, em 2012, do 110º aniversário da nossa fundação e do 60º aniversário da realização do 1º Congresso Nacional de Medicina Tropical, aqui no Instituto.

Embora a professora Isabel Amaral já tenha feito referência a esse 1º evento no seu editorial, é fundamental que se dê maior destaque à sua relevância institucional, particularmente sobre nosso património histórico documental e material. Dada a significativa adesão a este encontro, por parte de grande número de investigadores, provenientes dos principais centros de investigação nacionais e de instituições brasileiras, bem como a qualidade dos trabalhos apresentados, considera-se que foi o momento oportuno da história da medicina tropical assumir a sua identidade, criando-se assim no IHMT um espaço para a sua afirmação.

Nas conclusões constantes do seu relatório final, considerou-se absolutamente fundamental, para avançarmos com uma história da medicina tropical em Portugal sobre o antigo espaço colonial luso, que o IHMT conservasse e disponibilizasse o seu espólio a todos os interessados. A Direção viu-se então respaldada a continuar investindo na divulgação deste espólio para o exterior através de exposições permanentes e temporárias de sua memória histórica, mas também de outras iniciativas tais como o relançamento dos Anais em formato impresso e de e-book ainda no mesmo ano.

No entanto, o que não estava previsto, mas colocado

como repto pela professora Isabel Amaral ao final do 1º ELB, foi encerrarmos a programação dos 110 anos com a realização do 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical, em abril de 2013. No momento em que já programamos a sua 4ª edição, na comemoração dos 115 anos do IHMT em 2017, mantemos a convicção de que em todos estes eventos estamos contribuindo para o reforço da medicina tropical como tema científico no qual se reconhece cada vez mais uma indiscutível dimensão global, que o IHMT assume como sua área de atuação profissional, de intervenção pedagógica e de esclarecimento da opinião pública. Não temos dúvidas de que discutindo os temas identificados com os nossos parceiros científicos aprendemos e produzimos conhecimento sobre o que de melhor se faz em Portugal e nos demais estados membros da CPLP.

Por último não poderíamos deixar de dirigir uma palavra amiga em particular à Fundação Oswaldo Cruz, na pessoa do seu Presidente Paulo Gadelha, que desde nossa 1ª Jornada Científica em 2010, nos introduziu aos temas da Memória, História e Sociedade. Pensando as relações entre passado e futuro, referenciadas às matrizes constitutivas da Fiocruz e do IHMT, fundamentou a importância da cooperação entre países lusófonos. De pequenos passos nasceu uma relação forte, estável, institucional, em que nossos investigadores se foram juntando para o aprofundamento de temas comuns, na formação, investigação e preservação do património histórico da saúde não somente luso-brasileiro mas em todos os países irmãos da CPLP.





# Medicina Tropical e Saúde Global: outputs do 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical

## *Tropical Medicine and Global Health: outputs from the 2nd Luso-Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine*

### Isabel Amaral

Presidente do 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical  
Professora Auxiliar; Departamento de Ciências Sociais Aplicadas (DCSA)  
Investigadora do Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia (CIUHCT); Faculdade de Ciências e Tecnologia; Universidade NOVA de Lisboa  
ima@fct.unl.pt



Na sequência da realização da segunda edição do Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical realizado em Lisboa, entre os dias 14 e 16 de Outubro de 2015, que congregou investigadores de vários países e de áreas disciplinares em torno de uma reflexão histórico-social sobre o papel da medicina tropical no âmbito da saúde pública global, nos séculos XIX e XX, foram selecionados um conjunto de artigos que constam desta edição especial dos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

A primeira edição deste encontro sobre a medicina tropical nos espaços nacionais, coloniais e pós-coloniais (séculos XIX e XX) integrou-se nas comemorações do 110.º aniversário da fundação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, em 1902, e do 60º aniversário do 1.º Congresso Nacional de Medicina Tropical, realizado em Lisboa, em 1952. Esta segunda edição foi dedicada à Medicina Tropical e Saúde Global nos séculos XIX e XX, permitindo assim um alargamento do campo de reflexão no seio da história da medicina tropical, com enfoque na historiografia pós IIª Guerra Mundial.

Esta sequência de eventos marca o percurso de uma área disciplinar, a história da medicina tropical, que é ainda jovem no universo lusófono, por um conjunto diversificado de razões. A primeira delas diz respeito à utilização generalizada dos conceitos de trópicos, doenças tropicais e medicina tropical cuja historiografia tem ainda um longo caminho a desbravar. Medicina tropical e medicina nos trópicos ou nas zonas temperadas, não são conceitos sinónimos. A medicina nos trópicos alude ao exercício médico em zonas geográficas com climas temperados, em qualquer período histórico; a medicina tropical diz respeito a uma nova área disciplinar nascida na Europa na transição do século XIX para o século XX, num quadro cognitivo específico, que convoca para a agenda das patologias, um conjunto novo, o das doenças transmitidas por parasitas e vetores, para além de integrar o universo dos microorganismos. Os ciclos de vida dos parasitas de algumas doenças características dos climas temperados só forma conhecidos a partir de finais do século XIX, não só como resultado da emergência de novas especialidades científicas de

domínio biológico, como também do imperativo imperialista que conduziu as políticas externas das potências europeias para a colonização de novos territórios de clima temperado, e, como consequência, as políticas de saúde. Estas terão sido as variáveis determinantes para o advento da medicina tropical como área disciplinar autónoma, na Europa, e como consequência, em Portugal.

Ao contrário, no Brasil, que foi palco de um percurso histórico diferenciado no continente americano, a medicina tropical é reclamada como uma área disciplinar objetivada pelo concurso da aproximação microbiológica e parasitária no século XIX, sem que para o efeito tivesse necessariamente concorrido uma agenda imperialista. Daí que o 1º encontro procurasse estabelecer um diálogo entre medicina tropical nos espaços nacionais, coloniais e pós-coloniais.

De uma forma ou de outra, importa clarificar que à história da medicina tropical, quando entendida na sua matriz científica, diz respeito uma abordagem que será necessariamente diferente se provier da história, da sociologia ou da antropologia. Nesse sentido, o espaço de encontro de historiadores portugueses e brasileiros, entre 2012 e 2015, com o objetivo de criar uma tradição de intercâmbio de conhecimentos, saberes e práticas de influência interdisciplinar, catapultou a realização do 2º encontro centrado na história da medicina tropical, na sua interface com a saúde global, uma vez que, na historiografia da medicina tropical prevalecem ainda, por um lado, as contribuições alusivas a países como a Grã-Bretanha, França, Alemanha e Estados Unidos, e as regiões sob seu domínio, em particular as que se referem ao império britânico, e, por outro, uma historiografia maioritariamente dirigida para o período anterior à IIª Guerra Mundial.

## Porquê um 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical em 2015 para privilegiar contribuições no contexto do pós-guerra?

As análises históricas sobre a saúde internacional no pós-Guerra, na perspetiva da saúde global, continuam hoje a dar prioridade aos programas de erradicação de grandes epidemias como a malária, ressaltando o caráter vertical desses programas assim como as ideias e estratégias adotadas por pequenos grupos encastelados nas Nações Unidas, na Organização Mundial de Saúde e em Estados com influência sobre estas agências internacionais. Estudos recentes apontam para um quadro mais complexo, que envolve a presença de outras doenças tropicais nas agendas nacionais e internacionais, associadas a diferentes redes de *expertise*, colaboração técnico-científica e a diferentes *clusters* de atores e interesses sociais, que importa convocar também para o universo lusófono, promovendo assim uma reflexão alargada sobre o lugar da medicina tropical nas agendas do pós-guerra, tanto nos impérios pós-coloniais, como nas nações constituídas ou

reconstituídas no pós-guerra.

Este encontro foi presidido por Isabel Amaral (por Portugal) e por Jaime Larry Benchimol (pelo Brasil), teve a presença de cerca de 100 investigadores provenientes dos Estados Unidos, de Trinidad e Tobago, do México, do Brasil, da Alemanha, da Suíça, de França e de Portugal. Os temas discutidos foram distribuídos pelas quatro áreas temáticas que se seguem:

1. Atores, agentes patogénicos, doenças (com destaque para a lepra) instituições e visões da medicina tropical;
2. Políticas e redes internacionais de saúde pública no século XX;
3. Medicina tropical e ambiente;
4. Arquivos e museus – documentação e coleções.

Fizeram parte da organização deste evento o Centro Interuniversitário de História da Ciência e da Tecnologia (CIUHCT), a Faculdade de Ciências e Tecnologia e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, (FCT e IHMT/UNL), a Casa de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, a Universidade de York (UY), e ainda, a Fundação Friedrich Ebert, como principal patrocinador. Foram constituídas três comissões: uma comissão de honra, uma comissão organizadora e uma comissão científica. A comissão de honra integrou Paulo Gadelha, Nísia Trindade Lima, Marcos Cueto, e Mitermayer G. Reis (Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ); Fernando Santana (FCT), Maria Paula Diogo e Ana Isabel Simões (CIUHCT), Paulo Ferrinho (IHMT/UNL) e Sanjoy Bhattacharya (Universidade de York). Da comissão organizadora fizeram parte: Isabel Amaral e Ana Carneiro (CIUHCT, FCT-UNL), Zulmira Hartz, Jorge Seixas, José Luís Doria e Philip Havik (IHMT), Jaime L. Benchimol e Magali Romero Sá (Casa de Oswaldo Cruz) e Sanjoy Bhattacharya (UY). Da comissão científica fizeram parte: Isabel Amaral, Ana Carneiro e Ana Rita Lobo (CIUHCT), Ana Cristina Roque (IICT), Jaime Benchimol, Magali Romero Sá, André Felipe Cândido da Silva, Marcos Cueto, Sílvio Marcus de Souza Correa, Simone Kropft, Gilberto Hofman e Tânia Salgado Pimenta (FIOCRUZ), Nelson Sanjad (Museu Paraense Emilio Goeldi, Belém-Brasil), Sandra Caponi (Universidade Federal de Santa Catarina), André Mota (universidade Federal de S. Paulo), João Rui Pita e Luís Costa (Universidade de Coimbra), Amélia Ricon-Ferraz (Universidade do Porto), Philip Havik (IHMT), Cristiana Bastos (Instituto de Ciências Sociais/Universidade de Lisboa), Debbie McCollin (Universidade de Trinidad e Tobago), Henrice Altink, Monica Saavedra e Sanjoy Battacharya (Universidade de York), e Stefan Wulf (Universidade de Hamburgo). Veja-se programa publicado nesta edição dos Anais.

Os trabalhos apresentados neste encontro, grande parte deles ainda voltados para uma historiografia anterior à IIª Guerra Mundial, permitiram ainda identificar os circuitos de

ideias e ideologias (que incluem materiais biológicos, agentes patogênicos, hospedeiros e doenças, profissionais de saúde, os espaços e as estratégias de controlo de doenças, bem como a disseminação de práticas profiláticas e terapêuticas consideradas bem sucedidas), à luz das peculiaridades sócio-económicas e político-administrativas de cada região e das correlações de força entre ideologias, mercados, Estados, e agências nacionais e internacionais.

Integra este volume um conjunto de 23 trabalhos selecionados que se encontram divididos em 3 blocos temáticos, bem como o guião da exposição, *Tropics, Knowledge and Medical Practices in the 20th century*.

O primeiro conjunto de artigos, uma reflexão sobre atores, doenças e instituições, particularmente no âmbito da hanseníase, do seu espaço, do seu enquadramento ou confinamento e nas respostas de enquadramento médico de diferentes realidades e espaços sociais, políticos e ideológicos; o segundo discute as políticas de saúde e as redes internacionais de construção e validação do conhecimento médico, antes e depois da IIª Guerra Mundial; e o último retrata questões que relacionam a medicina tropical com o ambiente natural.

## 1. Doenças, agentes patogênicos, atores, instituições e visões da medicina tropical

Luiz Damas Mora apresenta-nos um estudo sobre o seu tio-avô, *António Damas Mora e o combate às doenças tropicais em Angola (1921-1934)*, no qual reflete a sua influência para a construção de uma identidade para os Serviços de Saúde e Higiene de Angola nas primeiras décadas do século XX, assente na defesa da assistência médica à população autóctone pela criação do Programa de Assistência Médica aos Indígenas (AMI), visando não só o combate às endemias, em especial à Doença do Sono. O autor analisa também a importância de António Damas Mora como defensor do intercâmbio cultural e científico não só entre a metrópole e o espaço ultramarino, como também da diluição de fronteiras no contexto internacional, com o intuito de credibilizar a medicina tropical portuguesa, nas suas colónias, em África.

*Sobre a contribuição de Vital Brazil para a medicina tropical: dos envenenamentos à especificidade da soroterapia*, ReJâne Lira-da-Silva et al, apresentam-nos uma história institucional (no contexto da comemoração dos 150 anos de Vital Brazil) que reflete a contribuição de Vital Brazil para o estabelecimento de uma posição hegemónica na comunidade científica brasileira com projeção internacional, no âmbito do estudo do ofodismo e do seu tratamento, enquadrado numa abordagem pasteuriana.

Claudia de Souza et al, no artigo intitulado, *Inovações na produção do conhecimento em doenças infecciosas: his-*

*tória, arte, cultura e epidemiologia*, reflete sobre alguns resultados obtidos no âmbito de uma linha de investigação do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), cujo objetivo se centra na construção de novas práticas de sensibilização da população para a promoção da saúde e valorização da inclusão social. Utiliza como recurso a realização de oficinas de “contadores de histórias” sobre as várias doenças (em particular, a leishmaniose e a tuberculose) narradas na literatura brasileira.

André Mota e Jorge Augusto Carreta, apresentam, em *Usos da ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1930-1950)*, um estudo sobre a importância da utilização de modelos de cera no ensino da medicina na Faculdade de Medicina de São Paulo entre 1930 e 1950, procurando refletir sobre a consolidação do saber médico a partir da observação direta, sobre a rede de atores envolvidos na vulgarização da técnica da ceroplastia no Brasil e ainda da importância desta abordagem para o surgimento da dermatologia e da medicina legal, como especialidades médicas autónomas.

*Entre o sonho e a loucura: imigrantes portugueses no Hospital do Juquery, São Paulo – década de 1930*, Ewerton Silva apresenta-nos um estudo sobre a integração dos imigrantes portugueses em S. Paulo, na década de 1930, salientando as dificuldades inerentes ao logro do sonho colonial, em particular no domínio da saúde mental e das políticas encetadas para controlo dos desvios comportamentais, enraizadas no discurso psiquiátrico da imigração no Brasil.

Jean-Paul Bado, no seu artigo sobre a *Medicina empírico-metafísica e medicina moderna em África*, reflete sobre a importância da construção de um discurso metafísico-científico pela população africana numa perspetiva internalista, procurando descentralizar a medicina tradicional das narrativas colonialistas e eurocêtricas.

### 1.1. Asilos e leprosários: espaços de confinamento social e médico nos trópicos

Giovana Galvão Tavares et al, em *Território da lepra: a criação e consolidação do Refúgio dos Leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930-1970)* discutem a problemática da territorialidade dos leprosos e da lepra em Anápolis – um território de migrantes, no Centro Oeste do Brasil – entre 1930 e 1970, recorrendo à análise das narrativas dos utentes, familiares e do leprosário. Pretendem dar resposta a questões como a formação do território do refúgio e isolamento, o tipo de atores que utilizavam esse espaço e ainda como é que cada um deles interpretava esse confinamento territorial no qual vivia.

*A lepra no estado do Espírito Santo (1930-1943): a construção do Leprosário Colônia de Itanhenga* é uma contribuição de Luiz Barros, que uma vez mais reflete o combate à hanseníase no Brasil, desta feita no estado de Espírito Santo, numa perspectiva de reflexão sobre os ditames das adaptações de espaço arquitetônico e de cuidados de saúde e de isolamento, em função da ordem política e ideológica que privilegiava a centralização de medidas para o combate ao avanço epidêmico da doença do país.

Keila Carvalho, em *De doença endêmica a flagelo nacional – a medicalização da lepra no Brasil (1920-1940)*, faz uma reflexão sobre o combate à doença no Brasil no século XX, analisando a forma como as determinações das conferências internacionais sobre a lepra tiveram impacto no país, que transitou de um “problema ignorado e abandonado” pelo Estado a “flagelo nacional”, entre 1920 a 1940, resultando de negociações sociais dentro da própria comunidade científica. Partindo da forma como a escolha das medidas profiláticas era feita para controlar a doença, a autora procura refletir sobre os diferentes significados que foram sendo atribuídos à lepra, no contexto brasileiro, ao longo do período em estudo.

Lilian Souza analisa no seu artigo intitulado *Órfãos da saúde pública: vozes da infância da lepra no Brasil*, com base em elementos de história oral e de pesquisa documental, o impacto da sociabilização ou re-sociabilização dos filhos de pais portadores de doença. No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a assistência à infância ocupava uma posição cimeira, como baluarte da modernização nacional que legitimaria a saúde pública para uma intervenção coerciva e disciplinadora, na qual estes órfãos de pais com lepra se situavam.

Luís Costa, no seu artigo sobre a *Leprosaria de Cumura: história, etnografia e fotografia – interceções*, pretende refletir sobre o território e o confinamento dos doentes portadores de lepra na Guiné portuguesa, após a IIª Guerra Mundial, numa narrativa que cruza elementos históricos com elementos etnográficos, e que são ilustrados pelo elemento pictórico, indicadores da evolução daquela instituição, dos doentes e dos seus cuidadores religiosos, no contexto das políticas de saúde integradas no ideário da ocupação colonial portuguesa, em África.

## 2. Políticas e redes internacionais de saúde pública no século XX

No artigo sobre *O projeto anti-tifo da Fundação Rockefeller em Espanha: uma lição de insucesso*, Darwin H. Stapleton discute o sucesso da Fundação Rockefeller na abordagem às doenças infecciosas epidémicas, como da

movilidade dos refugiados após a Iª Guerra, entre 1920 e 1930. Analisa o projeto que a Fundação desenvolveu e apoiou em Espanha, durante uma epidemia de tifo, após o término da guerra civil espanhola, procurando respostas no âmbito da etiologia e da prevenção da doença com recurso à vacinação que, sem sucesso, conduziram à escolha do DDT como o meio mais eficaz de combate não para o tifo como também para a malária.

Denis G. Jogas Junior, em *A Leishmaniose Tegumentar Americana e a construção do conhecimento científico entre a América do Sul e a Europa*, considerando como ponto de partida o discurso médico-científico sobre a medicina tropical, nas primeiras décadas do século XX, discute a tensão existente entre a comunidade médica da América do Sul (Brasil e Peru) e da Europa, em torno da leishmaniose tegumentar americana, procurando individualizar e/ou enquadrar diferentes manifestações produzidas pela *Leishmania*, em diferentes contextos geográficos.

*A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo. Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969)*, de autoria de Maria Gabriela Marinho, apresenta-nos uma reflexão sobre a influência da Fundação Rockefeller na medicina tropical paulista entre 1918 e 1925, convocando uma agenda que inclui atores, circuitos, redes e instituições no âmbito da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica, que permitiram à Faculdade de Medicina de S. Paulo instituir-se como centro de referência em medicina tropical até 1969, num circuito de alianças, tensões e controvérsias científicas.

Isabel Amaral analisa *O impacto da II Guerra Mundial na obra de Aldo Castellani: a sua influência na escola portuguesa de medicina tropical (1946-1971)*, numa narrativa que pretende dar a conhecer o percurso da internacionalização da medicina tropical portuguesa, refletindo sobre o refúgio de Aldo Castellani em Portugal no plano científico e político, dando assim a conhecer a sua fase portuguesa, partindo do estudo do espólio legado ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa.

Em *A higiene rural nos primórdios da Organização Mundial de Saúde: outra vítima da Guerra Fria?* Socrates Litsios analisa e discute o impasse criado durante o período da Guerra Fria, na década de 50, no apoio aos projetos prioritários de higiene rural desenvolvidos e valorizados em vários países, desde a Organização de Saúde da Liga das Nações até à Organização Mundial de Saúde, ao mesmo tempo que caracteriza a influência política na definição das políticas de saúde à escala global como mote de desenvolvimento civilizacional.

Rita Lobo e João Lourenço Monteiro refletem sobre a *trajetória de Francisco Cambournac na Organização Mundial de Saúde (1952-1964)*, contribuindo para esclarecer alguns elementos menos conhecidos da biografia de Cambournac, durante o período de permanência na Organização Mundial de Saúde, como representante do governo português. Com base em bibliografia primária de arquivo, os autores discutem os meandros da escolha de Cambournac, como malariologista de referência internacional, para o *Bureau Regional* africano da OMS, na interseção dos seus interesses pessoais, do Instituto de Medicina Tropical, do Estado português e dos seus congêneres naquela organização, nascida no âmbito da saúde global pós IIª Guerra Mundial.

Ivone Manzali de Sá, com um artigo intitulado *Produtos naturais e antimaláricos: a cooperação científica entre Brasil e China na década de 1980*, apresenta-nos um estudo sobre a cooperação científica internacional entre a China e o Brasil que envolveu a circulação dos investigadores da Fundação Oswaldo Cruz e de grupos de investigadores chineses no âmbito da pesquisa de produtos naturais e antimaláricos durante a década de 1980, destacando-se as ações desenvolvidas para a produção de um medicamento antimalárico a partir da *Artemisia annua*.

### 3. Medicina tropical e ambiente

Diego Peral e FJ Suárez-Guzmán apresentam-nos uma reflexão sobre os *Cuidados de Saúde contra a febre-amarela no sudoeste da Extremadura (Espanha) no século XIX* centrando-se nas epidemias de febre-amarela, em Espanha, nesse século, procuram analisar e discutir as medidas de saúde pública utilizadas no sudoeste da Extremadura, recorrendo ao estudo dos arquivos municipais e paroquiais de vários municípios, para concluir que o controle dos vetores (que historicamente acompanhou o desenvolvimento das cidades) continua a preencher a agenda da medicina contemporânea.

Com o título *Para que os jovens médicos paraguaios exercitem uma dupla missão, científica e patriótica: a contribuição do naturalista e botânico Moisés Santiago Bertoni (La Civilización Guaraní, 1922-1927)*, Eliane Fleck apresenta-nos o posicionamento do naturalista suíço, Moisés Santiago Bertoni (face aos conhecimentos de *Materia*

*Medica* deixados pelos jesuítas entre finais do séc. XIX e o início do século XX), com enfoque no ambiente natural e humano dos indígenas guaranis na América do Sul (particularmente Argentina e Paraguai) para deixar uma mensagem muito clara aos médicos: por um lado o dever de valorizarem a flora e a fauna nativa, como veículos de cura; por outro, pela revalorização do indígena, como essência da identidade nacional, portadora de saberes e práticas da farmacopeia americana.

Ainda no âmbito da história natural, Wellington Filho apresenta-nos *A natureza brasílica nas farmacopeias do Frei João de Jesus Maria*, com base no estudo das publicações de Frei Jesus Maria, *Pharmacopea Dogmatica Medicochimica, e Teórico-prática* e *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*, que seguindo a classificação lineana e os ideais de ilustração de Domenico Vandelli, procura assumir uma posição, nem sempre clara, entre a necessidade de encontrar uma forma objetiva de inventariar a flora colonial portuguesa e as práticas de cura tradicionais utilizadas pelos nativos, a partir das mesmas espécies. Este posicionamento reflete também o percurso da profissionalização dos boticários no século XVIII português, no qual Frei João Maria se inscreve.

Em *Doenças endémicas e epidémicas em Lourenço Marques no início do século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano*, Ana Cristina Roque, partindo da análise da documentação da Direção dos Serviços de Saúde e da Direção de Obras Públicas, reflete sobre a eficácia e os resultados das reformas dos serviços de saúde, designadamente no referente à assistência médica ao indígena, como resultado do desenvolvimento urbano e da necessidade de implantação do sistema colonial em Moçambique.

*Planos integrados, lagos artificiais e medicina tropical – o caso de Cahora Bassa nos anos 1960-1970*, da autoria de Ana Paula Silva, é um artigo que pretende suscitar algumas questões de impacto ambiental na saúde da população moçambicana durante a construção da albufeira da barragem de Cahora Bassa, em Moçambique, realizado pelo governo português nos anos 60-70 do século XX.

Possam estas contribuições ajudar a consolidar um grupo de investigação em História da Medicina Tropical e assim contribuir para a constituição de uma rede mais alargada de investigadores e interesses temáticos, capaz conferir a esta área de investigação a sua identidade própria.



## Programa

**Dia 14 de Outubro na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa**

**9h** - Abertura do secretariado

**10h** - Sessão Solene de Abertura

**10h45- Conferência Inaugural** "Novos Inimigos - a Saúde Global Pós-II<sup>o</sup> Guerra Mundial"

Moderador: Isabel Amaral (Presidente do Congresso, FCT/UNL)

Orador: João Neto (Diretor do Museu da Farmácia)

**12h00-13h30 - Inauguração da exposição (Sala Ágora):**

"Tropics, Knowledge and Medical Practices", Fernando Santana (Director da FCT/UNL)

**13h30** - Almoço

**14h30-16h00**

**Sessão 1: POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E REDES INTERNACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA**

Comentador: Magali Romero Sá (Fiocruz)

Moderador: Isabel Amaral (CIUHCT)

Debbie McCollin, *The allied effort: World War II and Public Health in the British West Indies*

Darwin Stapleton, *The Rockefeller Foundation's Anti-Typhus Project in Spain: Lessons learned and first steps*

David Macfadyen, *The influence of Brazilian Public Health of the 1930s on the structures of postwar global health*

Socrates Litsios, *How WHO managed to ignore tropical medicine during its early decades*

**Sessão 2: A MEDICINA TROPICAL NO CONTEXTO DA PRIMEIRA GUERRA MUNDIAL**

Comentador: Ana Cristina Roque (CHUL)

Moderador: Margarida Portela (Instituto de História Contemporânea, UNL)

Margarida Portela, *A Medicina tropical em África ou "Como hoje sabemos mais que ontem e muito menos do que amanhã"*.

Graça Barradas, *Os serviços de saúde da expedição militar a Angola e Moçambique. Registos médicos em tempo de guerra.*

Carlos Lopes, *Alemães ou germes: quais os piores inimigos em África?*

Ângela Salgueiro, *Universidade e ciência em tempo de guerra. A mobilização da academia portuguesa durante a I Guerra Mundial.*

Francisco Miguel Araújo, *A Medicina tropical na África portuguesa: matrizes do Dr. Américo Pires de Lima.*

**Sessão 3: CONHECER, COMBATER E TRATAR A LEPRO: ATORES, REDES, SABERES, PRÁTICAS E TERRITÓRIOS**

Comentador: Luís Costa (CRIA)

Moderador: Laurinda Maciel (Fiocruz)

Ana María Carrillo, *The Institute of Public Health and Tropical Diseases and the study of leprosy in Mexico.*

Nadja Paraense dos Santos, Angelo da Cunha Pinto, *Óleo de sapucainha no combate à lepra no Brasil- de Theodoro Peckolt a Paulo Seabra.*

Yara Nogueira Monteiro, *Legislação brasileira e paulista contra a lepra da colónia aos nossos dias: um estudo crítico.*

16h30-18h00

#### **Sessão 4: POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E REDES INTERNACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA**

Comentador: Juliana Manzoni (Casa de Oswaldo Cruz)

Moderador: José Luis Câmara Leme (FCT-UNL/CIUHCT)

Jean-Paul Bado, *Empírico-Metaphysical Medicine and Modern Medicine in Africa*.

Ivone Manzali de Sá, *Produtos naturais e antimaláricos: a cooperação científica entre Brasil e China na década de 1980*.

Paloma Porto Silva, *Fundação Rockefeller em Minas Gerais: elementos transnacionais de atuação (1916-1954)*.

Maria Gabriela S.M.C. Marinho, *A Fundação Rockefeller e a parasitologia médica em São Paulo. Circuitos, redes e personagens (1918-1959)*.

#### **Sessão 5: CONHECER, COMBATER E TRATAR A LEPROSA: ATORES, REDES, SABERES, PRÁTICAS E TERRITÓRIOS**

Comentador: Laurinda Maciel (Fiocruz)

Moderador: Ana Maria Carrillo (Universidad Autonoma Mexico)

Hines Mabika, *Fighting Leprosy in the 20th-Century Africa. Knowledge, attitudes, and networks*.

Luís Costa, *Da poluição local à higienização da colônia. A lepra entre um mal social e a medicina tropical (Guiné-Portuguesa 1951-1974)*.

Cristiana Bastos, *Entre impérios e entre tempos: Froilano de Melo e a lepra na Índia*.

Luiz Maurício de Abreu Arruda, *Lutas e embates contra a instalação da Colônia de Iguá no Rio de Janeiro, Brasil (1935-1953)*.

18h15 - Partida para Lisboa

19h00 - Visita ao Museu da Associação Nacional de Farmácias

### **Dia 15 de Outubro na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa**

8h30 - Abertura do secretariado

9h30 - Conferência plenária (Auditório da Biblioteca)

*Latin America, the United States, and Europe in the early 20th century*

Moderador: Jaime Benchimol (Presidente do Congresso/Fiocruz)

Orador: Stefan Rinke Universidade Livre de Berlim)

11h15-12h45

#### **Sessão 6: POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E REDES INTERNACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA**

Comentador: Rômulo de Paula Andrade (Fiocruz)

Moderador: Paula Urze (FCT-UNL/CIUHCT)

Tamara Rangel Vieira, *Entre consultórios e laboratórios: doença de Chagas, expertise clínica e a medicina goiana (1950-1960)*.

Denis Guedes Jogas Junior, *Uma doença americana? Circulação de saberes e controvérsias científicas sobre as leishmanioses no continente sul-americano (1909- 1927)*.

Juliana Manzoni, *Produtos biológicos e medicina tropical nas relações Brasil-Alemanha: o caso da vacina para a doença de Chagas*.

Magali Romero Sá, *Migração, circulação e dispersão de doenças: a oncocercose na África e nas Américas*.

#### **Sessão 7: POLÍTICAS INSTITUCIONAIS E REDES INTERNACIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA**

Comentador: Rita Pemberton (University of the West Indies)

Moderador: Jaime Benchimol (Fiocruz)

Eliane Cristina Deckmann Fleck, *"Para que os jovens médicos paraguaios exercitem uma dupla missão, científica e patriótica": a contribuição do naturalista e botânico Moisés Santiago Bertoni (La civilización Guaraní, 1922-1927)*.

Roberto Zaugg, *The French wars in Egypt and the Caribbean and the development of colonial medicine*.

Philipp Teichfischer, *German physicians as members of the Netherlands Colonial Health Service in East India (1815-1884)*.

Miguelhete J. Lisboa, Giuliano Russo, Maria do Rosário Martins, *Transição em saúde e novos desafios aos Sistemas de Saúde: Um olhar sobre Moçambique*.

#### **Sessão 8: MEDICINA TROPICAL E AMBIENTE**

Comentador: Bruno Navarro (CIUHCT)

Moderador: Maria Luísa Sousa (CIUHCT)

Denise Bernuzzi de Sant'Anna, *Usos da água em São Paulo – 1850-1920*.

Ana Paula Silva, *Planos integrados, lagos artificiais e medicina tropical – o caso de Cabora Bassa*.

Sandro Dutra e Silva & Carlos Hassel Mendes da Silva, *Migração, desflorestamento e saúde em Goiás: prática médica na colônia agrícola nacional de Goiás (1941-1959)*.

14h30–16h00

### Sessão 9: SABERES E PRÁTICAS MÉDICAS

Comentador: Ana Carneiro (FCT-UNL/CIUHCT)

Moderador: Teresa Salomé Mota (CIUHCT)

Ana Karine Martins Garcia, *A escrita médica: perspetiva do centro médico cearense através da revista Ceará Médico (1913 - 1935)*.

Maria Jose Montoya Durana, *Press and medical practice in colombian newspaper “La Lanceta” (1852)*.

Diego Peral & FJ Suárez-Guzmán, *Medidas de saúde no sudoeste da Extremadura (Espanha) – febre-amarela no século XIX*.

### Sessão 10 : MEDICINA TROPICAL E AMBIENTE

Comentador: Maria Paula Diogo (FCT-UNL/CIUHCT)

Moderador: Tamara Vieira (Fiocruz)

Ana Cristina Roque, *Doenças endêmicas e epidémicas em Lourenço Marques no início do século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano*.

Rita Pemberton, *Environmental considerations in the policies and practice of medicine in Trinidad and Tobago, 1945-1962*.

Rômulo de Paula Andrade, *Malária no inferno verde: saúde na Amazônia da era do desenvolvimento (1952-1966)*.

Claudia Teresa Vieira de Souza et al, *Inovações na produção do conhecimento em doenças infecciosas: história, arte, cultura e epidemiologia*.

### Sessão 11: CONHECER, COMBATER E TRATAR A LEPRO: ATORES, REDES, SABERES, PRÁTICAS E TERRITÓRIOS

Comentador: Cristiana Bastos (Instituto de Ciências Sociais, UL)

Moderador: Luís Costa (CRIA/CIUHCT)

Laurinda Maciel, *Políticas de saúde para a lepra no Brasil: o isolamento compulsório e a reparação financeira governamental a partir de 2007*.

Keila Carvalho, *De doença endêmica a flagelo nacional. A medicalização da lepra no Brasil*.

Giovana Galvão Tavares, Josana de Castro Peixoto, Dulcinea Maria Barbosa Campos, Janes Socorro da Luz, Rogério Seabra Monteiro, *A lepra mora no morro: o “refúgio” de leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930 – 1970)*.

Lilian Dutra, *Órfãos da saúde pública: história oral de uma geração atingida pela política de controle da lepra no Brasil*.

### 18h | Mesa Redonda — na Aula Magna do IHMT

*Um Mundo em Convergência? Avanços e Recuos no Desenvolvimento Global*

Moderador: Darwin Stapleton (Universidade de Massachusetts, Boston)

#### Participantes

Ema Paulino (Ordem dos Farmacêuticos)

Stefan Rinke (Universidade Livre de Berlim)

Paulo Gadelha (Fundação Oswaldo Cruz)

Francisco George (Direção Geral de Saúde)

Luís Sambo (Ministério da Saúde de Angola)

Fernando Nobre (AMI)

20h30 - Jantar de Gala (Restaurante do Museu do Oriente)

## Dia 16 de Outubro no Instituto de Higiene e Medicina Tropical

9h30 - Abertura do secretariado

10h-11h30

### Sessão 12: CONTRIBUIÇÃO DE VITAL BRAZIL PARA A MEDICINA TROPICAL: DOS ENVENENAMENTOS À ESPECIFICIDADE DA SOROTERAPIA

Comentador: Zulmira Hartz (IHMT)

Moderador: Isabel Amaral (FCT-UNL/CIUHCT)

Rejane M. Lira da Silva, *Otto Wucherer e Vital Brazil: o início das pesquisas sobre ofidismo no Brasil*.

Rosany Bochner, *A especificidade dos soros anti-peçonhentos: um diálogo entre França e Brasil*.

Luís Eduardo Ribeiro da Cunha, *120 anos da soroterapia anti-ofídica*.

Erico Vital Brazil, Tania Kobler Brazil, *Vital Brazil - Uma trajetória a ser rememorada*.

### Sessão 13: SABERES E PRÁTICAS MÉDICAS

Comentador: Eliane Fleck (Unisinos, Porto Alegre)

Moderador: Ana Carneiro (FCT-UNL/CIUHCT)



Wellington Bernardelli Silva Filho, *A natureza brasileira nas farmacopeias do frei João de Jesus Maria*.

David Felismino & Palmira Carvalho, *'Para examinar uma planta, não basta ter presente um ramo': uma 'flora medicinal' inédita do século XIX*.

Célia Cabral; Lígia Salgueiro; João Rui Pita, *Quina e quinina de São Tomé e Príncipe (séculos XIX-XX): cultivo da espécie errada*.

Célia Cabral; Lígia Salgueiro; João Rui Pita, *A investigação com plantas medicinais tropicais na Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (1902-1978)*.

**11h30-12h00** - Coffee break

**12h00-13h30**

### **Sessão 14: ARQUIVOS E MUSEUS – DOCUMENTOS E COLECÇÕES**

Comentador: Marta Lourenço (MUNHAC, CIUHCT)

Moderador: Rita Lobo (CIUHCT)

Ana Luísa Moreira Silva et al, *Gestão de conteúdo digital: acervo de Parasitologia do Professor Amílcar Vianna Martins*.

Rita Guerra; I. Cavadas Oliveira & H. Rebelo-de-Andrade, *Coleção da malária do Museu da Saúde*.

André Mota, Jorge Augusto Carreta, *O uso da ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1930-1950)*.

Pedro Paulo Soares, Inês Santos Nogueira, *Artefactos da medicina tropical no acervo museológico da Fundação Oswaldo Cruz*.

### **Sessão 15: REPENSAR O COMBATE À DOENÇA DO SONO E A SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO COLONIAL**

Comentador: Philip Havik (IHMT, UNL)

Moderador: Cláudia Castelo (CIUHCT)

Sebastião Nuno Silva, *A erradicação da doença do sono na Ilha de Príncipe*.

Luiz Damas Mora, *António Damas Mora, um médico português nos trópicos*.

Ana Cristina Oliveira, Jorge Afonso, José Luís Doria, *António Carvalho de Figueiredo: saúde pública e patologias exóticas na transição para o século XX*.

**13h30** - Almoço

**15h30-17h00**

### **Sessão 16: REPENSAR O COMBATE À DOENÇA DO SONO E A SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO COLONIAL**

Comentador: Jorge Seixas (IHMT, UNL)

Moderador: Philip Havik (IHMT, UNL)

Samuel Coghe, *Um "Estilo Nacional" para combater a doença do sono? A Atoxylicação em massa em Angola*.

Jaime L. Benchimol, *Doutor Thomas: do atoxyl a uma trajetória singular na Amazônia*.

Philip Havik, *Da intervenção colonial até a cooperação internacional: a evolução histórica do IHMT desde 1945*.

Isabel Amaral, *Impact of WW2 in Portuguese Tropical Medicine – the case of Aldo Castellani (1946-1971)*

### **Sessão 17: ATORES, AGENTES PATOGÉNICOS, DOENÇAS E INSTITUIÇÕES**

Comentador: José Luís Doria (IHMT, UNL)

Moderador: Catarina Madruga (CIUHCT)

Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva, *Do sonho à loucura: imigrantes portugueses no Hospital do Juquery, São Paulo (década de 1930)*.

Heliel Gomes de Carvalho, Sandro Dutra e Silva, Giovana Galvão Tavares, *Saúde e profissionalidade: o médico James Fanstone e a medicina em Goiás nas décadas de 1920 a 1940*.

Karoline Carula, *Médicos e aleitamento no Brasil de fins do século XIX*.

Cláudia Polubriaginof & Paulo Fernando de Souza Campos, *Condutas do feminino: mulheres e psiquiatria na produção intelectual de Pacheco e Silva (1923-1937)*.

João Schwalbach, *O Hospital de Moçambique*.

### **17h - Sessão solene de Encerramento | Conferência de Encerramento**

*The World Health Organization as Developed Country Largesse: historical events, metropolitan fantasies or historiographical tyranny?*

Moderador: Magali Romero Sá (Fiocruz)

Orador: Sanjoy Battacharya (Universidade de York)

**18h30 - Inauguração da exposição "Médicos fotógrafos"** (Clara Ramalhão e João Schawalbach)

**19h - Assembleia Geral**



# CURSOS DE CURTA DURAÇÃO

## História da Medicina Tropical

### APRESENTAÇÃO

Este curso pretende abordar os principais temas da História da Medicina Tropical, contextualizando a medicina tropical como área de ensino, investigação e clínica, numa perspetiva interdisciplinar global, promovendo uma reflexão sobre a emergência, consolidação e institucionalização da área científica, entre os séculos XIX e XX, em diferentes contextos históricos, científicos, culturais e políticos.

### OBJETIVOS

1. Analisar as várias dimensões do percurso da medicina tropical ao longo dos séculos XIX e XX, numa perspetiva historiográfica
2. Refletir sobre o impacto nas ações de saúde pública dos novos conhecimentos acerca da etiologia, meios de transmissão, profilaxia e terapêutica das doenças tropicais
3. Conhecer e utilizar as fontes de referência sobre a história da medicina tropical (existente em acervos documentais, exposições, museus, etc)

### DESTINATÁRIOS

Licenciados ou mestres em ciências biomédicas ou em ciências sociais e humanas

### DOCENTES RESPONSÁVEIS

Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Amaral  
Prof. Doutor Jaime Benchimol  
Prof. Doutor Jorge Seixas

### ESTRUTURA

O curso, de 30 aulas teóricas, está organizado em cinco módulos temáticos:

- I Emergência e institucionalização da Medicina Tropical como um novo campo disciplinar
- II Consolidação da Entomologia Médica - doença do Sono/doença de Chagas e outras tripanossomíases
- III Mosquitos e Modernidade - Malária e Febre-amarela
- IV Enquadramentos Históricos - Leishmanioses, Schistosomose e Oncocercose
- V Medicina Tropical e Saúde Pública Internacional

Todos os módulos seguem a mesma organização: objetivos, conteúdos, bibliografia, trabalhos de grupo e orientação tutorial.

**Nº ECTS:** 3 ECTS (Os créditos podem ser contabilizados como Unidades Curriculares opcionais nos programas de Mestrado ou de Doutoramento do IHMT e da FCT/UNL)

**CANDIDATURAS E SELEÇÃO:** setembro 2016

**DATA DE INÍCIO:** 19 de outubro de 2016  
Das 16 às 19h, todas as quartas-feiras

**LOCAL:** Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNL  
Curso lecionado via web.

Instituto de Higiene e Medicina Tropical • Universidade Nova de Lisboa  
Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa | [www.ihmt.unl.pt](http://www.ihmt.unl.pt)

Faculdade de Ciências e Tecnologia • Universidade Nova de Lisboa  
Quinta da Torre, Campus Universitário, 2829-516 Caparica | [www.fct.unl.pt](http://www.fct.unl.pt)

# O 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical: um testemunho

*The 2nd Luso-Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine: an account*

---

**Maria Paula Diogo**

Professora Catedrática

Presidente do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas (DCSA)

Coordenadora do Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia (CIUHCT)

Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade NOVA de Lisboa

mpd@fct.unl.pt

Nos dias 14 a 16 de Outubro de 2015, realizou-se o 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical. Tratou-se de um espaço de debate entre académicos dos dois lados do Atlântico sobre a investigação na área da medicina tropical, que envolveu, em termos de organização, um grupo interinstitucional assente na Fundação Oswaldo Cruz, pelo lado do Brasil, no Centro Interuniversitário de História das Ciências e Tecnologia (CIUHCT)/Faculdade de Ciências e Tecnologia e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), ambos da Universidade NOVA de Lisboa, em Portugal, a que se juntou o Centre for Global Health Histories (CGHH) da University of York.

Usando a *longue-durée*, como ferramenta para mapear a “memória” das doenças tropicais - da epidemiologia às políticas de saúde pública, das redes formais de instituições aos contactos informais entre investigadores, dos médicos aos doentes, das práticas de diagnóstico e cura ocidentais aos saberes e práticas locais - a história da medicina tropical constituiu-se como um elemento relevante para a compreensão dos problemas atuais na área global da saúde e, em particular, nas questões tropicais, podendo contribuir para a definição de políticas mais eficazes.

Este encontro convocou, precisamente, estes temas, assumindo um foco privilegiado no período do pós I e II Guerras Mundiais, embora acomodando, também, comunicações centradas no século XIX, particularmente em contextos coloniais.

Às 17 sessões temáticas, com um total de 66 comunicações, que se distribuíram por três dias e por dois espaços – o campus da Faculdade de Ciências e Tecnologia, no Monte de Caparica, e

as instalações do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, na Junqueira - juntaram-se 3 conferências plenárias e uma mesa redonda. Adicionalmente, o 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical incluiu duas exposições, uma em cada um dos espaços anfitriões: na Faculdade de Ciência e Tecnologia, a mostra *Tropics, Knowledge and Medical Practices*, com *posters*, fotografias e objetos propriedade das quatro instituições organizadoras, e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical a exposição fotográfica *Médicos Fotógrafos*.

Do programa social constou uma visita ao Museu da Associação Nacional de Farmácias, cujo espólio é riquíssimo e particularmente interessante para a História da Medicina Tropical, e o tradicional Jantar de Gala, no Museu do Oriente, também um local emblemático para o tema do congresso, quer por se encontrar face ao Tejo, ponto de partida para as explorações portuguesas além-mar, quer pela sua missão de se assumir como um espaço de convivência entre o Ocidente e o Oriente.

O espírito de vívido debate científico e de estimulante troca de conhecimentos que marcou os trabalhos não só proporcionou três dias intensos e gratificantes para todos participantes, como permitiu semear novas colaborações internacionais, que se esperam profícuas e que, decerto, acompanharemos nas próximos encontros desta rede internacional, que, tendo uma clara vocação para o espaço da lusofonia, consegue incorporar a diversidade de geografias que a sua área de investigação exige.

URL: <https://eventos.fct.unl.pt/conghmt/pages/organizacao>

# 3º Encontro

# Luso-Brasileiro de HMT

**23 a 29 de Julho de 2017**

**Rio de Janeiro**

**History of tropical and neglected diseases  
from the 19th to the 21th centuries**

**Organização:**

Isabel Amaral (FCT, CIUHCT/UNL),

Jaime Benchimol (Fiocruz/Casa Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro),

Daniel Headrick (Roosevelt University, Chicago),

André Felipe (Fiocruz/Casa Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro)

O 3º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical foi aprovado como parte integrante do *25th International Congress of History of Science and Technology* ([http://www.ichst2017.sbhc.org.br/conteudo/view?ID\\_CONTEUDO=289](http://www.ichst2017.sbhc.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=289))

Mais informações disponíveis em:

[http://ichst2017.sbhc.org.br/resources/simposios/S59\\_History%20of%20tropical%20and%20neglected%20diseases%20from%20the%2019th%20to%20the%2021th%20centuries.pdf](http://ichst2017.sbhc.org.br/resources/simposios/S59_History%20of%20tropical%20and%20neglected%20diseases%20from%20the%2019th%20to%20the%2021th%20centuries.pdf)



# António Damas Mora e o combate às doenças tropicais em Angola (1921-1934)

*António Damas Mora and the fight against tropical diseases in Angola (1921-1934)*

## Luiz Damas Mora

Cirurgião dos ex-Hospitais Cívicos de Lisboa  
sec.adm.capuchos@chlc.min-saude.pt

## Resumo

Compromissos internacionais assumidos após a Conferência de Berlim (1884-85), fatores económicos relacionados com maior produtividade e razões humanitárias, explicam o grande progresso da Medicina Tropical nas antigas colónias portuguesas no período compreendido entre o início e o fim dos anos 20 do século XX.

António Damas Mora foi um importante protagonista desse progresso. Entre 1921 e 1934, com algumas intermitências ditadas por razões políticas, esteve à frente dos Serviços de Saúde e Higiene de Angola tendo como preocupação central melhorar as condições sanitárias e higiénicas das populações e promover a subida do índice demográfico num território em que a densidade populacional não atingia 3 hab/km<sup>2</sup>. Para atingir estes fins implementou o Programa de Assistência Médica aos Indígenas (AMI), visando não só o combate às endemias, em especial a Doença do Sono, mas também, o progresso social das populações. Preocupado com o nível científico dos médicos do quadro de Angola, promoveu aquilo a que chamou "osmose científica", para o que organizou o 1º Congresso Internacional de Medicina Tropical da África Ocidental, e fundou revistas médicas especialmente orientadas para os médicos dispersos pelo vasto território. Tendo antes chefiado os Serviços de Saúde de S. Tomé e Príncipe (1902-1910) e de Timor (1914-1919) acabou a sua "peregrinação" em Macau (1934-1936). No regresso à Metrópole foi nomeado diretor do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa.

### Palavras Chave:

António Damas Mora, Angola, Assistência Médica aos Indígenas, Doença do Sono.

## Abstract

International commitments after the Berlin Conference (1884-85), economic factors related to increased productivity and humanitarian reasons explain the great progress of Tropical Medicine in the former Portuguese colonies in the period between the beginning and the end of the 20s of the twentieth century.

Antonio Damas Mora was an important protagonist of that progress. Between 1921 and 1934, with some flashes dictated by political reasons, he was in charge of the Health Services and Angola Hygiene having as main concern to improve the health and hygiene conditions of the population and promote the rise of the demographic index in a territory where the population density did not reach 3 inhabitants/km<sup>2</sup>. To achieve these ends he implemented the Program of Medical Assistance to Indigenous (AMI), aiming not only the fight against endemic diseases, in particular sleeping sickness, but also social progress of populations. Concerned about the scientific level of physicians in the context of Angola, he promoted what he called a "scientific osmosis", for which he organized the 1st International Congress of Tropical Medicine in West Africa, and founded specifically targeted medical journals for physicians scattered throughout the vast territory. Having previously headed the Health Services of Sao Tome and Principe (1902-1910) and Timor (1914-1919) he finished his "pilgrimage" in Macau (1934-1936). On returning to Metropolis he was appointed director of the Tropical Medicine Institute of Lisbon.

### Key Words:

António Damas Mora, Angola, Medical Assistance to Indigenous, Sleeping Sickness.

## Introdução

Quando, em 1921, o General Norton de Matos<sup>1</sup> tomou posse do lugar de Alto-Comissário do Governo da República em Angola, uma das suas primeiras medidas foi chamar António Damas Mora (1879-1949) para chefiar os Serviços de Saúde<sup>2</sup> (fig. 1).

Nas palavras de Ricardo Castro, “em 1921, juntaram-se duas personalidades com ideias claras sobre qual deveria ser a missão do serviço de saúde naquela colónia: o Alto Comissário Norton de Matos, que, nessa condição, convidou Damas Mora para chefiar a Repartição de Saúde e Higiene de Angola” [1:97].

Até finais do século XIX o combate às doenças tropicais nas, então, províncias ultramarinas<sup>3</sup>, por parte de Portugal tinha constado de algumas medidas desconexas e esforços individuais, mas a

Conferência de Berlim (1884-1885), convocada pelo chanceler alemão Bismarck, inicialmente para definir fronteiras na bacia do Zaire (Angola), viria a exigir a ocupação militar e civil dos territórios africanos por parte das potências europeias que se reclamavam suas possessoras, ao mesmo tempo que condenava a escravatura e proibia a venda de armas e de bebidas alcoólicas de elevado grau aos africanos. Aquelas nações seriam responsabilizadas pela melhoria do nível de vida destes povos, sob pena de lhes ser retirado o direito de soberania [2: 394-399].

As nações europeias, particularmente a Inglaterra e a Alemanha, acusavam-nos de nada fazermos para combater as doenças tropicais, e o próprio Rudolph Virchow (1821-1902), o grande patologista alemão, simultaneamente deputado no parlamento germânico, afirmava neste areópago que os portugueses “nem cientificamente tinham direito à posse de tão grandes domínios coloniais, porque nada produziram sobre pathologia, geografia médica, climatologia, etc.” [3].

É na sequência destes acontecimentos que, em 1902, é fundada a Escola de Medicina Tropical de Lisboa (EMTL), de cujo regulamento constava o envio de missões científicas aos territórios ultramarinos [4].

Damas Mora, na sua qualidade de médico militar, é colocado como delegado de saúde na Ilha do Príncipe em 1903, tendo feito parte da 2ª Missão (1907-1909) enviada a esta ilha,



António Damas Mora 1 (1879-1949)

chefeada por Correia Mendes, professor da EMTL e diretor do Laboratório de Bacteriologia de Luanda, juntamente com Silva Monteiro e Bernardo Bruto da Costa [5].

A doença do sono, importada de Angola para o Príncipe por via marítima no último quartel do século XIX, dizimava, aqui, as populações. Os navios que transportavam os trabalhadores para as roças de cacau – alguns portadores da doença – trouxeram também as moscas tsé-tsé, *Glossina palpalis*, até então inexistentes naquele território. O combate à doença – cuja tática iria ser reproduzida anos mais tarde em Angola – assentava em manter várias frentes: destruição do *habitat* das moscas tsé-tsé, vetores da moléstia, por desmatagem, desarborização, secagem de pântanos, etc., captura das moscas, por

intermédio de coletes, contendo visco, envergados pelos trabalhadores (método de Maldonado)<sup>4</sup>, isolamento dos doentes, abate de mamíferos portadores do agente da doença, o *Tripanosoma gambiense*, e administração maciça de Atoxyl, um arsenical injetável, de cuja aplicação ao ser humano Ayres Kopke (1866-1947), professor da EMTL, fora pioneiro a nível mundial em 1906 [6].

Esta 2ª Missão - em que foram feitas milhares de observações microscópicas e de tratamentos, não se tendo, apesar disso, conseguido eliminar a doença - teve o mérito de abrir as portas à 3ª Missão (1911-1914), chefiada por Bernardo Bruto da Costa, outro médico militar, no final da qual as glossinas tinham sido exterminadas, do que resultou o desaparecimento da doença [7: 129]. Foi a primeira região do mundo em que a doença foi erradicada, o que se deve ao facto de a ilha ser um território confinado.

Entretanto, em 1912, Norton de Matos tinha sido nomeado Governador-Geral de Angola, cargo que ocupou até 1915.

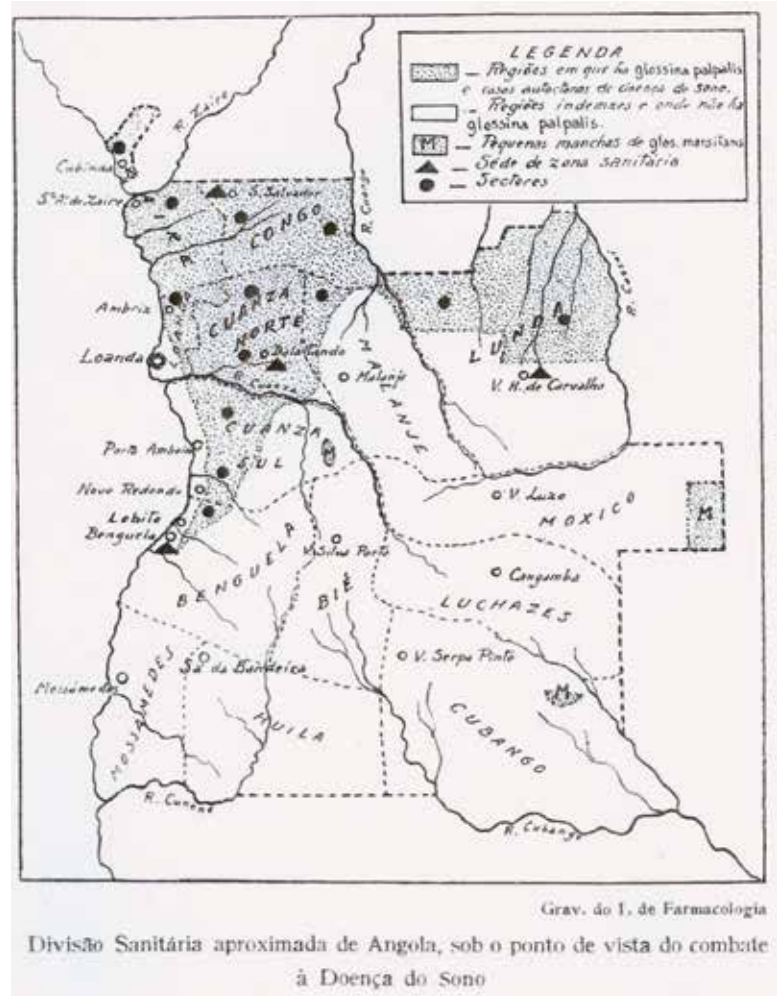
É neste período que publica a Portaria Provincial n.º 406, de 27.3.1914 que estabelece os princípios da Assistência Médica aos Indígenas (AMI), entre eles, os cuidados preventivos à mulher grávida e à criança, as visitas periódicas às sanzalas (aldeias), a vacinação em larga escala, a profilaxia das doenças contagiosas, particularmente a doença do sono, a criação de maternidades e outros.

Mas nada foi possível concretizar. Como Damas Mora virá a afirmar: “a concepção do general caiu em terreno sáfaro. – Nem administradores nem médicos lhe compreenderam o alcance” [8]. Seria a Damas Mora que iria caber a aplicação no terreno daquele ambicioso programa, embora escrevesse em relação à AMI: “não fui mais do que o poeta, o panegirista teimoso das suas vantagens e da sua indispensabilidade” [8: 13]. Os dois homens, Norton de Matos e Damas Mora, não se conheciam, pois, este, entre 1914 e 1919 fora Diretor dos Serviços de Saúde de Timor, onde instituíra, com os quatro médicos existentes em Díli, brigadas volantes para o interior da ilha, e, para além disso, estabelecera normas profiláticas para as doenças mais comuns (lepra, doenças venéreas, paludismo, béri-béri, tuberculose, úlceras de perna), descobrira e desenvolvera as Termas do Marôbo, ainda hoje existentes, e fundara o Boletim Sanitário de Timor [9]. Em 1919 regressa à Metrópole numa viagem com a duração de 110 dias (!), tendo em Sidney visitado várias instituições hospitalares modernas [10]. Um ano depois é nomeado diretor interino da Direção de Saúde do Ministério das Colónias [11] onde elabora um programa de ação para as províncias ultramarinas, oficializado com a chancela do Ministro Ferreira da Rocha, que abrangia os seguintes pontos: promover estágios para médicos coloniais na metrópole e no estrangeiro (Dec. n.º 6998, de 4.10.1920); facilitar aos médicos coloniais a aquisição de laboratórios portáteis (Dec. n.º 6999, de 4.10.1920), reorganizar a Escola de Medicina Tropical, alargando o seu quadro e permitindo-lhe receber fundos provenientes dos municípios das colónias (Dec. n.º 7096, de 6.10.1920) e, por fim, organizar congressos trienais para os médicos coloniais e publicar uma revista dedicada à Medicina Tropical. Angola vai ser o terreno propício para aplicar estes princípios fundamentais.

A experiência na resolução de problemas da Medicina Tropical e no desempenho de lugares de chefia, terão sido as razões que levaram Norton de Matos a requisitá-lo e a nomeá-lo Chefe da Repartição Superior de Saúde e Higiene de Angola.

O maior problema de Angola era o baixo índice demográfico, não se ultrapassando a densidade populacional de 3 hab/km<sup>2</sup>. Por isso elegeram como objetivo principal “a conservação e a multiplicação da raça negra” [12: 140], para o que era necessário aplicar os princípios enunciados por Norton de Matos, em especial o combate à doença do sono, cruzada que vai abraçar e executar com vontade férrea.

Tendo desembarcado em Luanda em 16 de Abril de 1921 deparou-se com uma grave epidemia de peste bubónica, que, ainda que em defervescência, trazia a população em pânico, população à qual, uma semana depois, se dirige em artigo na imprensa local tranquilizando os ânimos [13]. Toma as medidas habituais de combate aos ratos, de higiene públi-



ca e de profilaxia (vacinação anti-pestosa) e, passado pouco tempo, a epidemia estava controlada [14], embora voltasse a manifestar-se em 1922.

Vai aqui revelar o seu cunho publicista que o acompanhará durante toda a vida ativa, e que levará Samúel Coghe a chamar-lhe “escritor prolífico”<sup>5</sup>. Em circular dirigida aos colegas e publicada na imprensa incita-os a colaborar consigo no combate às epidemias e endemias de Angola: “assistimos ao início da obra formidável que as circunstâncias mundiais

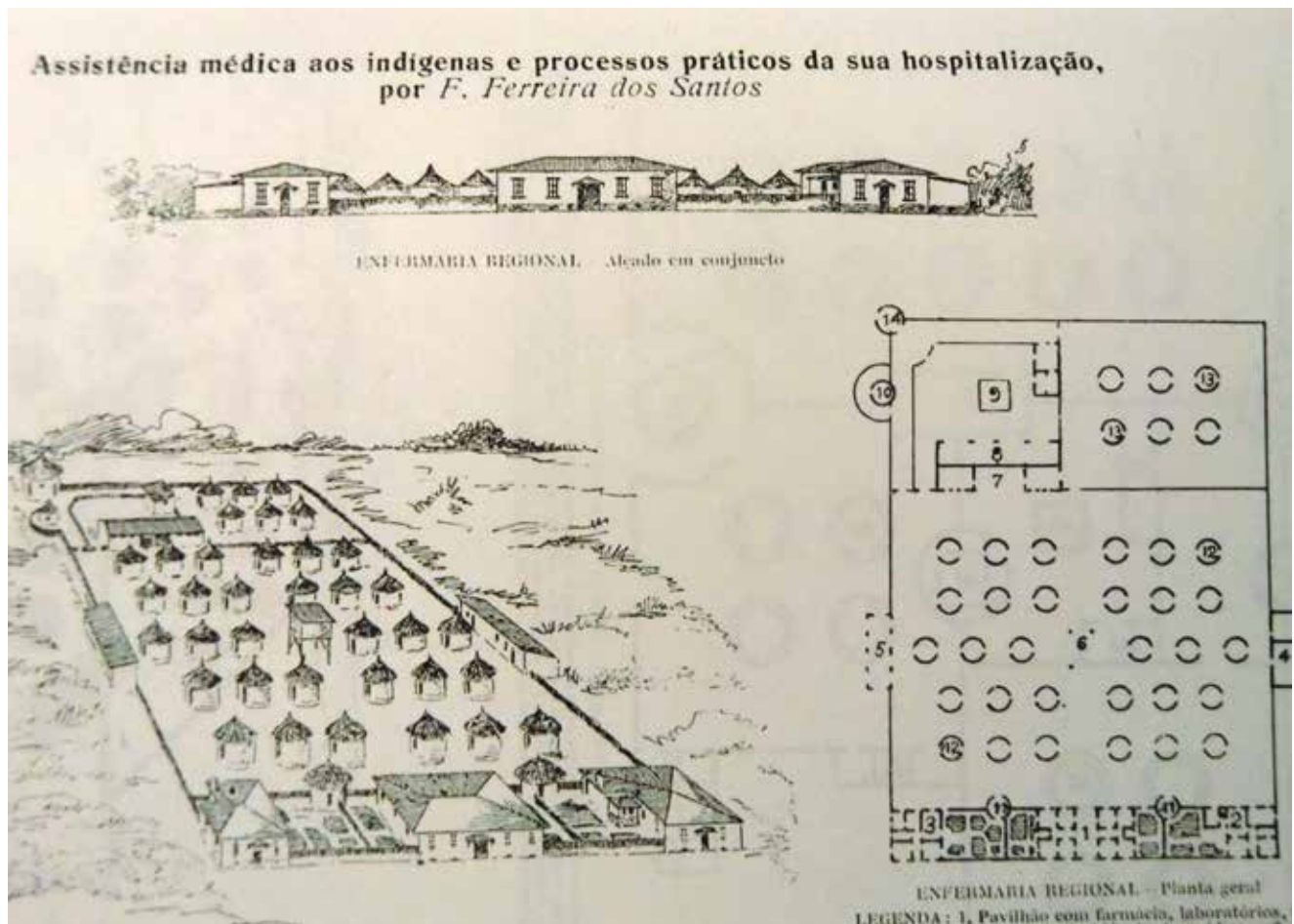
1 - José Mendes Ribeiro Norton de Matos (1867-1955), militar e político, foi Governador-Geral de Angola entre 1912 e 1915, sendo depois Ministro das Colónias e da Guerra. Entre 1921 e 1924 foi Alto Comissário da República em Angola, tendo em seguida ocupado o lugar de embaixador de Portugal em Londres. Em 1948 foi candidato à Presidência da República, pela oposição ao Estado Novo.

2 - António Damas Mora foi licenciado pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1901. Médico militar, dedicou toda a sua vida aos problemas sanitários e higiénicos das antigas colónias portuguesas, tendo chefiado os Serviços de Saúde em S. Tomé e Príncipe (1902-1910), Timor (1914-1919), Angola (1921-1934) e Macau (1934-1936). Entre 1936 e 1939 foi diretor do Instituto de Medicina Tropical de Lisboa (Processo individual do Arquivo Histórico Ultramarino – AHU).

3 - Este termo já era utilizado pelo Padre António Vieira no século XVII e foi mantido até ao advento da República, que adotou o termo colónia (Caetano, Marcelo (1974). Depoimento, Distribuidora Record, Rio de Janeiro: 18.

4 - Esta técnica original fora concebida, em 1906, por Ângelo Bulhões Maldonado, administrador da roça Sundry.

5 - Samúel Coghe, historiador belga que tem dedicado grande parte da sua investigação à História da Medicina Tropical em Angola – M.A. em História, Ciências Políticas e Linguística na Universidade Humboldt e Universidade Livre de Berlim; Doutor em História no Instituto Universitário Europeu (Florença); pós-doutorando no Instituto Max Planck de História da Ciência (Berlim); atualmente “post-doctoral research Fellow” na Universidade de Giessen.



nos obrigam a completar, de afogadilho, em meia dúzia de anos, visto que perdemos a oportunidade de a empreender e executar, com calma e vagar, durante 4 séculos... é esse o feito e destino da raça, contra os quais nada podem energias isoladas” [15].

Na mesma circular anuncia a divisão do território em Distritos Sanitários (coincidentes com os Distritos Administrativos), divididos em delegações e subdelegações de saúde e, estas, em postos sanitários, de modo que, após o indispensável preenchimento do quadro de pessoal – para o que contava com o apoio do Alto Comissário – os cuidados de saúde possam chegar a todos, europeus e africanos. É ainda noticiada a criação de um Conselho Técnico encarregado dos assuntos científicos e da publicação da Revista Médica de Angola que privilegiará os artigos elaborados pelos médicos da colónia. O primeiro exemplar da revista será publicado logo em Agosto de 1921. Mais tarde publicará o Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta contra a Moléstia do Sono.

Esta organização dos Serviços de Saúde, que tencionava alargar a todo o território (o que por razões financeiras e políticas nunca se conseguiu), tinha como objetivo a saúde das populações, especialmente a dos africanos, sem a qual não era possível o progresso de Angola. Esta estratégia, totalmente nova, é um pilar fundamental do pensamento de Norton de Matos e Damas Mora<sup>6</sup>.

Do ponto de vista tático criava-se o princípio da simultaneidade de ação nos diversos distritos, de modo que, após um ter sido considerado indemne não voltasse a ser contaminado a partir dos distritos vizinhos [1: 100] fazendo-se o controlo por passaportes sanitários [16]. Embora o âmbito desta política sanitária fosse, essencialmente, a doença do sono, mais tarde alargar-se-ia a outros campos<sup>7</sup>.

É fácil de ver que Damas Mora procurava aplicar a sua legislação de 1920. Um dos objetivos era realizar congressos científicos e, assim, entre 16 e 23 de Julho de 1923, com a presença de 76 congressistas, muitos provenientes dos países europeus com interesses em África, decorre em Luanda o 1º Congresso Internacional de Medicina Tropical da África Ocidental (1º CIMTAO). O congresso, de que Damas Mora era o presidente executivo, foi presidido por Norton de Matos.<sup>8</sup>

Na sessão de abertura Damas Mora anunciou que não se iam abordar ali os altos problemas científicos da medicina, mas, sim, as políticas de saúde e higiene que trouxessem progresso à saúde das populações africanas, isto é, a Assistência Médica aos Indígenas (AMI). O congresso tinha, também, objetivos políticos, e aos congressistas foram oferecidas viagens pelo litoral e interior de Angola que os levaram a tomar conhecimento não só das belezas naturais da colónia, mas, também, do seu progresso material e social incluindo visitas a grandes roças. Norton de Matos tentava assim contestar



as acusações internacionais de que em Angola se praticava “uma escravatura laboral” [17,18]. Logo após o congresso, em Agosto, deu-se início à aplicação no terreno das suas conclusões.

Carlos d’Almeida, um colaborador de Froilano de Melo, que, tal como este, tinha vindo da Escola Médica de Nova-Goa, é enviado em missão sanitária para o norte de Angola (Congo e Zaire) onde permanecerá três anos. Tendo sido programada para o combate à doença do sono, estendeu-se depois a outras endemias, tais como boubas<sup>9</sup>, paludismo, varíola (contra a qual se procedeu a uma vacinação maciça) e bilharziose.<sup>10</sup>

As três grandes medidas utilizadas foram: o afastamento progressivo das populações das matas, o isolamento dos doentes crónicos e a esterilização pelo Atoxyl. Almeida chegava a ver 360 doentes por dia, e se, inicialmente, a incidência da doença atingia 12%, no final, “dificilmente se encontrava um doente que me desse, para estudo de terapêutica experimental, tripanozomas (sic) no sangue periférico” [16: 35]. Em 1928, em carta ao governador do Distrito do Congo, informava-o de que não existia na região qualquer caso de hipnose (nota: o mesmo que doença do sono) [16: 144].

Carlos d’Almeida, um homem generoso, que se empenhara na luta contra as doenças, podia afirmar: “e assim passei anos naquela perfeita embriaguez de fazer bem” [16: 26]. Como forma de lhe agradecer o que fizera pelo seu povo, o Rei do Congo, proclamou-o Príncipe, título que muito o orgulhava [16: 26].

No final da sua missão, Almeida tinha observado 30.509 doentes distribuídos nas seguintes percentagens: doença do sono, 61,887%, paludismo, 3,530%, boubas, 2,197%, bilharziose, 0,170%, amibianas, 0,386% e outras doenças, 31,830% [16: 41].

Pela mesma época, e durante um ano utilizando, apenas, a “atoxylização” maciça, Frederico Rebêlo, colocado no Zaire, conseguia, praticamente, eliminar a doença do sono [19].

Como as populações locais recusavam internamento em hospitais distantes de tipo europeu, foram construídas, neste período, várias “Sanzalas-enfermarias” (fig. 2) na proximidade dos aldeamentos, em que os doentes ficavam alojados em cubatas (pequenas casas com telhado de colmo), sendo alimentados pela família. No final dos anos 20 havia dezenas de sanzalas-enfermarias em todo o território de Angola, em especial nas zonas já abrangidas pela AMI [20: 8].

Um dos aspetos principais da política de Norton de Matos foi, como vimos, a assistência ao indígena, para o que tomou várias medidas, como o reconhecimento dos seus direitos laborais, o combate ao escravagismo, e, no respeitante à saúde, a criação da AMI, pela qual Damas Mora se responsabilizou.

Norton, “um nacionalista inveterado” [2: 462], um republicano, considerava que Angola era portuguesa, e, para a defender da cobiça dos ingleses e alemães, pôs em prática um ambicioso plano de fomento, para a execução do qual lançou

mão de empréstimos feitos pela Bolsa estrangeira, numa estratégia de “crescimento pelo défice” [2: 467].

Cercado, por um lado, por um grupo influente de colonos que se sentiam ameaçados com a política indígena do Alto Comissário, e, por outro, pelos grandes financeiros metropolitanos, que o acusavam de despesista, Norton de Matos vê-se confrontado com a demissão que lhe foi imposta pelo governo central, sendo, no entanto, nomeado embaixador de Portugal em Londres<sup>11</sup>. Sem o apoio do general, e alvo de uma campanha contra si lançada pelo diretor de *A Província de Angola*, Adolfo Pina, que o acusava de não ter tomado as medidas necessárias para o controle de um novo surto de peste bubónica, Damas Mora é exonerado, a seu pedido, das funções que até então exercera em Angola [21, 22, 23].

Em fevereiro de 1924 regressa a Lisboa onde, numa espécie de férias sabáticas, lhe são concedidos longos meses para a redação das atas do congresso, publicados em 5 volumes com um total de cerca de 2.900 páginas [17].

O ano 1925 foi um *annus horribilis* para a medicina tropical portuguesa. Ayres Kopke, num congresso internacional em Londres denegriu a ação dos nossos médicos coloniais [24], o que Damas Mora jamais lhe perdoaria, e na Sociedade das Nações o sociólogo americano Edward Ross publicou um relatório com grande repercussão internacional (o “*Relatório Ross*”), em que acusava as autoridades portuguesas de manterem situações de escravatura [2: 478].

Na sequência deste relatório, mais uma vez, o governo português teme pela sua soberania sobre os territórios africanos e aumenta com prodigalidade os respetivos orçamentos, o que, como veremos, vai beneficiar o próximo Alto Comissário em Angola.

Em 1926 vai dar-se um acontecimento que vai marcar o pensamento e a ação de Damas Mora. É o que ficou conhecido como o *tour* de Dakar [25, 26, 27, 28]. A Sociedade das Nações com o apoio da Fundação Rockefeller cria uma missão

6 - Tal como o seu mestre Ricardo Jorge, Damas Mora era um higienista e tinha da Medicina uma visão social. Em 1928, afirmava: “...o fim dos Serviços de Saúde do Estado é cuidar dos sãos. O papel que pertence ao Estado é o da higiene social ou preventiva visando conservar em pleno rendimento a população ativa e produtora.” (Boletim de Assistência Médica aos Indígenas e Luta Contra a Moléstia do Sono, 1925, vol. II, 9, 88) e em carta ao Ministro das Colónias, Armindo Monteiro: “tenho pregado e insistido em que é indispensável orientar o serviço para a Higiene Social, a única que interessa ao Estado porque tende a manter em plena atividade a sua população produtiva” (Processo individual da AHU).

7 - A doença do sono era uma calamidade que Assunção Velho, um médico militar cuja ação decorria na década anterior, descrevia do seguinte modo: “as margens do Quanza e as do Lucala, para não citar senão estes dois rios, eram outrora densamente povoadas; a doença do sono tudo reduziu a melancólicas necrópoles”. Velho A. (1921). *A Tripanossomose humana em Angola*. Revista Médica de Angola, 2:14.

8 - A figura mais notável era o professor de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Paris, Emile Brumpt (1877-1951), considerado a maior autoridade mundial nesta matéria. Dos portugueses, participaram, entre outros, Ayres Kopke, Carlos França e Froilano de Melo.

9 - Uma doença provocada pela bactéria *Spirochaeta pertenuis*, da família das Spiroquetáceas, a que pertence também o agente da sífilis.

10 - Doença provocada pelo parasita *Schistosoma haematobium*, que se manifesta, muitas vezes, por hematúria.

11 - Um dos seus principais opositores, o engenheiro militar, jornalista e político Francisco da Cunha Leal (1888-1970) escreveu um livro, em que atacava violentamente o general, intitulado “*Calígula em Angola*”. Veja-se, também, José Norton (2016). Norton de Matos – Biografia. D. Quixote, Lisboa, 326-350.

de estudo para avaliar as condições sanitárias e higiénicas das populações das colónias inglesas e francesas da região subsaariana da África Ocidental.

Constituem-na 12 médicos de diversos países, sendo Portugal representado por Damas Mora e João Ornelas, nomeados por Ricardo Jorge. Partindo em pequenos grupos de Dakar, no Senegal, percorrem, em duríssimas condições, durante 2 meses, aqueles territórios, tendo a missão terminada em 17 de Maio na cidade de Freetown (Serra Leoa) onde se reuniram numa conferência durante 2 dias<sup>12</sup>.

Nessa conferência reconhece-se que as colónias africanas só podem progredir se as populações forem saudáveis e o balanço demográfico positivo. Para isso os serviços de saúde daquela região estavam organizados no sentido de se combaterem as endemias e de diminuir a mortalidade infantil para o que se tinham construído hospitais, maternidades e dispensários. Também se haviam tomado medidas para promover a autossuficiência alimentar das populações.

A proposta de Damas Mora para que fosse criado um *bureau* permanente que permitisse uma “osmose (científica) perpétua entre todas as colónias da região”, foi, no contexto de um complexo jogo de rivalidades e nacionalismos, recusado por ingleses e franceses [29: 145].

Quando regressa a Lisboa faz uma conferência sobre o *tour* na Sociedade de Geografia de Lisboa, e, passado algum tempo, é convidado pelo novo Alto Comissário para Angola, o engenheiro militar Vicente Ferreira<sup>13</sup>, para dirigir, novamente, os Serviços de Saúde daquela província, convite que foi aceite, embarcando ambos no dia 1 de setembro de 1926. Estabelece-se entre os dois uma parceria frutuosa. Damas Mora dirá “sob a égide daquele grande estadista foi-me dado pôr em movimento a nova organização da Assistência Médica aos Indígenas” [8: 20].

Na sequência dos ataques internacionais à nossa política ultramarina o governo central vai dotar o orçamento de Angola com 7.000 contos destinados especificamente à AMI.

É então criado o Fundo de Assistência aos Indígenas (Diploma Legislativo n° 452 de 20 de novembro de 1926) destinado especialmente ao combate à doença do sono e aos serviços de assistência médica e profilática à população africana [30].

Este Fundo passava a ser gerido por uma Comissão de Assistência Indígena, presidida pelo próprio Alto Comissário, com grande autonomia financeira. As Zonas Sanitárias passaram a ser dotadas com laboratórios, permitindo assim fazer diagnósticos rigorosos e investigação científica publicada depois no *Boletim da Assistência Médica aos Indígenas e da Luta Contra a Doença do Sono* [30: 103].

A AMI alarga o seu campo de ação a outras doenças tropicais estendendo-se, também, aos campos administrativo, moral e religioso, sendo este, entregue aos missionários.

É a AMI Integral, uma conceção portuguesa, que o diretor dos Serviços de Saúde do Congo Belga, Giovanni Trolli (1876-1942), adaptará a este território criando a FORÉAMI (Fonds Reine Elisabeth pour l'Assistance Médicale aux Indigènes) [29: 153].

Com todo este sistema em movimento o número de doentes com doença do sono baixou radicalmente, a ponto de Damas Mora poder afirmar que agora a luta tinha de se virar contra o balanço demográfico negativo e a alta mortalidade infantil<sup>14</sup>.

Seguidamente é publicado o Diploma n° 463 com o qual se procedia à divisão das regiões com maior incidência da doença em 4 Zonas Territoriais, o Congo-Zaire, Cuanza, Lunda e Benguela (fig. 3), subdivididas em setores e estes em postos sanitários que englobavam os locais de observação (centros de convocação) aonde as populações convergiam, obrigatoriamente, 1 ou 2 vezes por mês, para observação e tratamento.

Era então que se procedia à vacinação antivariólica e à atoxylicação em massa. Esta consistia na administração de Atoxyl aos doentes e aos portadores de adenopatias e, em zonas altamente endémicas, agora com fim profilático, a todos os que se apresentavam [31].

As zonas e setores tinham como diretor um médico, os postos sanitários estavam sob a responsabilidade de um enfermeiro. Ao mesmo tempo eram criadas as Missões Volantes que alargavam a cobertura sanitária aos locais mais recônditos das matas tropicais. Era intenção estender este programa a todo o território, o que nunca foi conseguido [32].

Toda esta legislação fora concebida nos mandatos de Norton de Matos, mas a sua aplicação prática só ocorre no tempo de Vicente Ferreira. Damas Mora acusa-se a si mesmo de “não ter visto logo de entrada (1921) o problema da assistência médica ao indígena, como o vi mais tarde, em 1926” [8: 18].

Foi neste período que proliferaram as “sanzalas-enfermarias”, e que, no âmbito da AMI, se construíram as “aldeias-modelares”, em locais previamente escolhidos pela sua salubridade, onde se erguiam casas do mesmo modelo das tradicionais cubatas, mas, agora, com materiais duradouros e segundo um critério higiénico (luz, circulação de ar, cubicagem). O aldeamento era percorrido por ruas largas e a cada casa era atribuído um hectare de terreno. As casas eram entregues a casais jovens, saudáveis, que tinham de observar a monogamia, tendo o homem a garantia de não ser mobilizado para o exército, nem “contratado” para trabalhos rurais. Em contrapartida obrigavam-se ao cultivo da terra que lhes tinha sido doada [33].

Segundo Damas Mora, “em higiene social, a “aldeia modelar” desempenha o papel que, em assistência terapêutica, é preenchido pela “sanzala-enfermaria” (tradução do inglês) [20: 8].

Por trás deste conceito de “aldeia-modelar” estava a profunda convicção de Damas Mora de que o grande problema de Angola era o seu baixo índice demográfico (cerca de 3 hab./km<sup>2</sup>) devido às doenças endémicas, à falta de preceitos higiénicos, à promiscuidade e à subnutrição.

A implantação destas aldeias, por razões administrativas ou técnicas, não foi fácil, e o seu número foi restrito [20: 8].

São então destacadas brigadas sanitárias, chefiadas por verdadeiros médicos bandeirantes, para as várias zonas do norte de Angola atingidas pela doença do sono, distinguindo-se pela sua tenacidade, Alfredo Gomes da Costa, no Cuanza-Norte, e Venâncio da Silva em Malanje [33].

Mas este caminho de progresso no combate à doença do sono iria ser dramaticamente interrompido, como veremos.

Por um motivo fútil Vicente Ferreira é demitido [34] e quando Damas Mora regressa de uma viagem de inspeção pelo norte da província vê-se confrontado com a nomeação para Governador-Geral Interino de Angola. Numa primeira reação pensa não aceitar, porque era “médico e só médico”, mas depois reconsidera por razões patrióticas e toma posse do lugar em 5 de novembro de 1928 [35]. Durante o seu mandato, que irá até 2 de fevereiro de 1929 foi agraciado com o grau de Doutor pela Universidade do Cairo [37].

No desempenho do lugar afirma a sua convicção de que o futuro de Angola assentava em três fatores: multiplicação da população europeia e indígena, desenvolvimento das comunicações e fomento agrícola.

Para dar um sinal do seu interesse por este último percorre, durante 10 dias, o interior de Angola até à fronteira com o Congo Belga (cerca de 3.000 quilómetros) para promover em Angola a “Campanha do Trigo”, lançada por Vicente Ferreira, e que Salazar, Ministro das Finanças, tinha instituído na metrópole [36: 1-2]. Fez a gestão comum dos problemas da província, e ainda presidiu à Conferência Sanitária Luso-Belga.

Em fevereiro de 1929, Filomeno da Câmara, uma alta patente da Marinha de Guerra, é nomeado Alto Comissário em Angola e no seu discurso de posse, de acordo com a política de austeridade da época, afirma estar disposto a dissolver todos os organismos que “não deem rendimento de trabalho em proporção dos trabalhos que provocam” [36: 2].

Filomeno da Câmara era simpatizante integralista com convicções e prática de extrema-direita [38] e tinha, no campo económico-financeiro, o apoio de Salazar. Damas Mora era um republicano liberal e os colonos de Angola colocavam-se, no espectro político, à esquerda do Governo Central [38: 119]. O choque era inevitável e, então, a força estava do lado do Alto Comissário.

Passando à ação, retirou todos os poderes à Comissão de Assistência ao Indígena, suprimiu várias zonas da AMI, reduziu, drasticamente, os ordenados dos médicos que combatiam no terreno a doença do sono, muitos dos quais, deportados políticos que Damas Mora protegera, tendo demitido alguns por razões políticas, embargou maternidades e aboliu as missões volantes [31].

Damas Mora, anos mais tarde, denominou este período como “onda de sadismo destrutivo” [8: 21]. Todo o plano sanitário de Angola se desfez, e Damas Mora abandona o território e regressa à metrópole, sendo, então, a convite do poderoso presidente da Organização de Saúde da Liga das Nações, Ludwik Rajchman, nomeado representante de Portugal no Comité de Peritos da Doenças do Sono, com sede em Genebra [11].

Entretanto, a tensão entre Filomeno da Câmara e os colonos de Angola tinha-se agravado, e quando aquele se encontrava em Benguela, no sul da colónia, em visita oficial, em 20.3.1930, a guarnição militar de Luanda, que se tinha posto ao lado da população, cerca de madrugada a casa do Tenente Moraes Sar-

mento, seu chefe de gabinete e apoiante político, e quando este tenta reagir com armas na mão, é morto pelos militares. Estes acontecimentos, abafados na metrópole pela Censura, levaram a uma situação à beira da guerra civil, mas o Governo Central antecipa-se e demite Filomeno da Câmara obrigando-o a embarcar em Benguela, que abandona em 1.4.1930, em viagem direta para Lisboa [39]. Ter-se-ão cruzado no alto-mar, pois Damas Mora, afastado o antigo amigo dos tempos de Timor, aportava em Luanda em 11.4.1930, para retomar as suas antigas funções. Mas, apesar do apoio dos governadores-gerais Bento Roma e Sousa e Faro, nada voltaria a ser como outrora.

Nos relatórios oficiais Damas Mora lamentava-se de só em parte ter conseguido converter os cuidados de saúde individuais em cuidados de Higiene Pública, mas, já no período final deste seu mandato lembrava que a Doença do Sono tinha deixado de ser a calamidade dos anos 20, tendo o índice de infeção, por exemplo na Zona do Cuanza, baixado de 2,96% em 1927 para 0,14% em 1934 [32: 59-64]. Outro exemplo que permite avaliar o trabalho realizado refere-se a 1928: foram realizadas 950.000 consultas e tratamentos (em 1927, 372.780), visitadas 4.588 sanzalas (em 1927, 1.029), administradas 1.245.721 injeções preventivas de Atoxyl (em 1927, 372.780) e 207.723 vacinas antivariolísticas (em 1927, 80.307) [12: 141].

Por seu turno Damas Mora afirmará no prefácio da tese de Bruno de Mesquita que, entre 1927 e 1934, apesar da investida contra a AMI no tempo de Filomeno da Câmara, a mortalidade na população recenseada (400.000, 1/6 da população de Angola) desceu 50%, a natalidade triplicou e a proporção de doentes do sono baixou de 20% para menos de 1% [8: 26]. Estes números são considerados por alguns investigadores [40] como provavelmente otimistas, procurando, assim, junto do Governo Central a manutenção do apoio aos planos de saúde para África.

É facto que as estatísticas, desde o princípio estimuladas por Damas Mora, eram feitas em difíceis condições [41] – extensão do território, dispersão dos povoados, incultura das populações, fuga aos impostos, desconfiança em relação à medicina europeia, migrações transfronteiriças frequentes e não controladas – podendo traduzir erros na metodologia da recolha de dados e na interpretação dos mesmos, mas, isso, numa visão de conjunto, não altera o valor da obra realizada.

O insuspeito e austero Ayres Kopke, com quem Damas Mora tinha uma relação tensa, em grande parte devido ao facto de, este, fazer uma gestão dos problemas de saúde coloniais de forma completamente autónoma em relação à Escola de Medicina

12 - Da missão fazia parte, integrado no mesmo grupo dos portugueses, o médico francês Louis Ferdinand Destouches, mais tarde um polémico escritor sob o pseudónimo de Louis Céline.

13 - Ferreira, Vicente (1874-1953) foi ministro das Finanças e das Colónias e professor do Instituto Superior Técnico de Lisboa.

14 - A partir dos anos 50, mantendo as medidas já consagradas e com o uso de um novo medicamento, mais eficaz, a pentamidina, a doença do sono ficou limitada à área do Libolo (informação pessoal do médico Alcides de Carvalho, então (1975) colocado no Quadro Administrativo de Angola). Quando da guerra civil que se seguiu à independência, a doença recrudescceu, voltando aos índices iniciais.

Tropical, analisando essa obra escreveu: “sob a direção e a iniciativa da colega Damas Mora, à testa dos Serviços de Saúde, e com a valiosa e dedicada colaboração de muitos médicos do quadro de Angola, foi travado um combate verdadeiramente notável contra a moléstia do sono” [42: 26].

Embora Portugal não tivesse sido dos países mais atingidos pela Grande Depressão financeira resultante da *crash* de Nova Iorque [38: 117], o menor ímpeto no combate à Doença do Sono no período de 1930 a 1934 tem, em parte, explicação nas medidas restritivas adotadas sob aquele pretexto por Salazar (Finanças) e Armindo Monteiro (Colónias).

Em artigo de despedida à população de Luanda Damas Mora volta a queixar-se dos obstáculos que foram colocados no seu caminho, que o impediram de realizar totalmente os planos que tinha concebido, mas reconhece que, apesar disso, deixara quatro diplomas fundamentais, que tinham “indubitavelmente influenciado as condições sociais”: o Dec. n.º 74 de 17.11.1921 (no tempo de Norton de Matos) com o qual, entre outras disposições, prestigiou a classe médica, e garantiu a gratuidade da assistência médica a europeus pobres e a toda a população

africana; os Dec. 452 e 463 de 1926 (com Vicente Ferreira) que “deram solução prática e eficaz a dois problemas essenciais desta colónia: a Assistência Médica aos Indígenas e a Luta contra a Moléstia do Sono” e o Diploma 442 de 24.2.1933, que regulava a situação caótica em que se encontrava a prática farmacêutica [43].

Deixando Angola é nomeado diretor dos Serviços de Saúde de Macau, onde, mais uma vez, se dedica aos grandes problemas da Higiene Pública.

Em 1936 regressa definitivamente à Metrópole, sendo nomeado, apesar do seu republicanismo, diretor do Instituto de Medicina Tropical, lugar que exerce com espírito crítico, e onde cria a cadeira de Assistência Médica ao Indígena, e institui os concursos inspirados no modelo universitário [44: 44]. Entre os muitos louvores e condecorações que recebeu, tinha especial orgulho na medalha de Cavaleiro da Ordem de Leopoldo com que tinha sido agraciado pelo rei Alberto da Bélgica, que tinha por ele grande estima [11].

Morreu aos 70 anos, em Lisboa, no dia 5 de junho de 1949, após uma das suas marchas diárias de 5 quilómetros.

## Bibliografia

1. Castro R (2010). Princípios e Organização na Expansão da Rede Sanitária do Combate à Doença do Sono em Angola. In: Amaral I. et al., (2010). Percursos da Saúde Pública nos séculos XIX e XX – a propósito de Ricardo Jorge. CELOM, Lisboa.
2. Costa JPO, Rodrigues JD, Oliveira PA (2014). História da Expansão e do Império Português. A Esfera dos Livros, Lisboa.
3. (1902). Notícia sobre lição inaugural do Curso de Pathologia Exótica, regido na Escola Naval, pelo professor D. António de Lencastre. Diário de Notícias, 24.4.1902.
4. Mora AD (Junho 1941). História da Escola de Medicina Tropical. África Médica, ano VIII, 6: 339.
5. Amaral I (2008). The Emergence of Tropical Medicina in Portugal: the School of Tropical Medicine and the Colonial Hospital of Lisbon (1902-1935). Dynamics, 28: 299-326.
6. Correia Mendes A, Silva Monteiro, Mora AD, Bruto da Costa B (1909). Relatório preliminar da Missão de Estudo da Doença do Sono na Ilha do Príncipe. Archivos de Hygiene e Pathologia Exóticas, 2 (1): 3-45.
7. Manson-Bahr P. Enfermedades Tropicales (1924). Salvat editores S.A., Barcelona.
8. Mora AD. (1934). Prefácio da Tese de Licenciatura de Bruno de Mesquita. Considerações sobre a profilaxia da doença do sono em Angola. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra: 13-14.
9. Mora AD (1917). O Serviço de Saúde em Timor nos anos 1914, 1915 e 1916. Imprensa Nacional de Timor.
10. (1921). Jornal do Comércio (Luanda), 57, 30.4.1921: 1.
11. Mora AD. Processo individual do AHU. Nota dos Assentos.
12. Camoesas J (1929). Sobre a organização da Assistência Médica Indígena. Boletim da Assistência Médica ao Indígena e da Luta contra a Moléstia do Sono, Vol. III, 2: 140.
13. Mora AD (1921). À Margem da epidemia. Jornal do Comércio (Luanda), 56, (23.4.1921): 1.
14. Mora AD (1921). Apontamentos sobre a epidemia de Peste Bubónica em Luanda. Revista Médica de Angola, 1, 1.8.1921:11-153.
15. Mora AD (1921). Jornal do Comércio (Luanda), 2º ano, 63, 18.6.1921: 1.
16. D’Almeida C. (1927). Os trabalhos das Missões do Sono estabelecidas nos Distritos do Congo e Zaire em 1923 (com prefácio de Damas Mora). Revista Médica de Angola, 5: 11-48.
17. (1925). Comptes-rendus do 1º CIMTAO I. Revista Médica de Angola, 4 :63
18. (1925). O Século, 26.1.1925.
19. Rebêlo F. Revista Médica de Angola, 5, 1.1.1927: 88-91.
20. Coghe S. (2016). Reordering Colonial Society: Model Villages and Social Planning in Rural Angola, 1920-45. Journal of Contemporary History, (DOI:0.1177/0022009416633282).
21. A Província de Angola, 29.11.1923;
22. A Província de Angola, 3.1.1924;
23. A Província de Angola, 21.2.1924.
24. Kopke A. A Medicina Contemporânea, 18, 2.5.1926: 139-141.
25. O Século, 3.7.1926;
26. Comércio de Angola, 7.8.1926;
27. A Província de Angola, 28.9.1926;
28. A Medicina Contemporânea (1926), 43: 353-7 e 393-6.
29. Coghe S. Inter-Imperial Learning and African Health Care in Portuguese Angola in the Interwar Period. Social History of Medicine, vol. 28 (1):134-154.
30. Castro R (2013). A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas (1902-1935) - Dissertação de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa: 109. In: <https://run.unl.pt/handle/10362/12163>
31. Mora AD (1930). Memória apresentada ao 3º Congresso Colonial Nacional. O estado actual da assistência médica aos indígenas na colónia de Angola e outras colónias estrangeiras do grupo da África inter-tropical: 51.
32. Costa AG (1935). Assistência Médica ao Indígena e Combate à Doença do Sono. In: Moura F (ed.). Generalidades sobre Angola. Para o 1º Cruzeiro de Férias às Colónias Portuguesas. Imprensa Nacional, Luanda: 59-64.
33. (1928). Boletim mensal da Luta contra a propagação da Moléstia do Sono e da Assistência ao Indígena, Março de 1928: 12.
34. (1928). A Província de Angola, 5.11.1928: 1.
35. Processo individual de António Damas Mora. Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Procº 90.760, Pr, cx 5620.
36. (1928). A Província de Angola, 29.11.1928: 1.
37. A Província de Angola” de 28.12.1929, pg. 1, e não do livro de F.R. Meneze
38. Menezes FR (2009). Salazar – Uma Biografia Política. D. Quixote, Lisboa
39. A Província de Angola, entre 20.3.1930 e 1.4.1930.
40. Coghe S (2015). Tension on Colonial Demography. Depopulation Anxieties and Population Statistics in Interwar Angola. Contemporânea, ano XVIII, 3: 472-478.
41. Mora, AD (1940). A mortalidade infantil de brancos e indígenas nas colónias de Angola e de Moçambique, suas causas principais e remédios possíveis. Métodos para a organização de estatística da mortalidade infantil. Comunicações ao 4º Congresso Colonial Nacional: 565-575.
42. Kopke A (1936). Política Sanitária do Império. Agência Geral das Colónias:
43. Mora AD. (1934). Serviços de Saúde e Higiene – considerações finais de um relatório do seu Diretor. A Província de Angola, 27.6.1934: 1-2.
44. Abranches P (2004). O Instituto de Higiene e Medicina Tropical – um século de História – 1902 – 2002. CELOM, Lisboa.

# A contribuição de Vital Brazil para a medicina tropical: dos envenenamentos à especificidade da soroterapia

*The contribution of Vital Brazil to tropical medicine: from poisoning to the specific sorotherapy*

## **Rejâne M. Lira-da-Silva**

Núcleo de Ofiologia e Animais Peçonhentos da Bahia, Instituto de Biologia,  
Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil  
rejanelirar2@gmail.com

## **Marta Lourenço**

Museu de História Natural e da Ciência, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal  
mclourenco@gmail.com

## **Rosany Bochner**

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde,  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil  
robochner@gmail.com

## **Érico Vital Brazil**

Casa de Vital Brazil, Campanha, Minas Gerais, Brasil  
erico@vitalbrazil.net

## **Tania Kobler Brazil**

Núcleo de Ofiologia e Animais Peçonhentos da Bahia, Instituto de Biologia,  
Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil  
Casa de Vital Brazil, Campanha, Minas Gerais, Brasil  
taniabn@ufba.br

## **Luís Eduardo Ribeiro da Cunha**

Instituto Vital Brazil, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil  
luis.eduardo@vitalbrazil.rj.gov.br

## **Antônio Joaquim Werneck de Castro**

Instituto Vital Brazil, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil  
antonioverneck@terra.com.br

## Resumo

Vital Brazil Mineiro da Campanha (1865-1950) é conhecido pela sua descoberta que até hoje salva milhares de vidas: a especificidade dos soros antiofídicos. Este artigo integra-se nas comemorações dos 150 anos de Vital Brazil, com o objetivo de apresentar e discutir suas contribuições para a medicina tropical brasileira e internacional, relativamente ao estudo dos envenenamentos por animais peçonhentos e à descoberta da soroterapia antiofídica específica. Pretende abordar as biografias de Otto Wucherer (1820-1873) e Vital Brazil e o início das pesquisas sobre Ofidismo no Brasil, com similaridades em suas trajetórias, nomeadamente ao estudo do ofidismo e seu tratamento. A discussão da especificidade dos soros travada entre Vital Brazil e Albert Calmette (1863-1933) que se prolongou por vários anos (1902 a 1914), encerrada por Maurice Arthus (1862-1945), com ganho de causa para Vital Brazil, que em janeiro de 1916 pode comprovar sua tese na prática. Uma trajetória a ser rememorada, com a apresentação de notas biográficas do cientista em breve contextualização histórica, durante os 120 anos da descoberta da soroterapia, com a apresentação dos seus princípios, especificidade, evolução dos processos de produção, estado da arte no Brasil e no mundo e novas perspectivas tecnológicas.

### **Palavras Chave:**

Vital Brazil, animais peçonhentos, soroterapia.

## Abstract

Vital Brazil Mineiro da Campanha (1865-1950) is known for his discovery, which to this day saved thousands of lives: the specificity of antiofthidic sera. This article is part of the celebrations of the 150th anniversary of Vital Brazil, in order to present and discuss their contributions to Brazilian and international Tropical Medicine, for the study of poisonings by venomous animals and the discovery of specific anti-venom serum. It aims to address the biographies of Otto Wucherer (1820-1873) and Vital Brazil and the start of research on snakebite in Brazil, with similarities in their careers, including the study of snakebite and treatment; The specificity of the discussion of the sera Vital fought between Brazil and Albert Calmette (1863-1933) which lasted for several years (1902-1914), being closed by Maurice Arthus (1862-1945), with a gain of cause for vital Brazil, who in January 1916 may prove his thesis in practice; A trajectory to be recollected of Vital Brazil, with the presentation of biographical notes of the scientist in brief historical background; and 120 years of antivenom, with the presentation of the principles, specific antisera, changes in production processes, state of the art in Brazil and in the world and new technological perspectives.

### **Key Words:**

Vital Brazil, poisonous animals, antivenoms.

## Introdução

O enfrentamento de desafios e a persistência em resolvê-los buscando todos os meios possíveis parece ter sido um perfil comum aos grandes nomes da ciência em nosso planeta, ao longo do tempo. Muitos foram considerados loucos, alguns tiveram suas descobertas questionadas e rechaçadas, outros foram alijados da sociedade ou mesmo mortos, em consequência de suas buscas. Geralmente, o reconhecimento da conquista tem vindo num intervalo de tempo além do período de vida daquele ou daquela cientista. Trazer a memória da trajetória de Vital Brazil e da sua contribuição para a medicina tropical faz parte do resgate desse reconhecimento e é o objetivo deste trabalho.

## O Dr. Vital Brazil

A trajetória do médico e sanitarista brasileiro Vital Brazil Mineiro da Campanha (1865-1950), nascido na pequena cidade de Campanha, sul do estado de Minas Gerais, transcorreu em um dos períodos históricos recentes mais revolucionários e inovadores para a humanidade. Mais conhecido como Dr. Vital Brazil, enfrentou seus primeiros desafios ainda na infância e adolescência pelas dificuldades financeiras familiares, as quais se seguiram durante o curso de Medicina: estudar para ser médico [1]. Desafio enfrentado custeando com o seu trabalho (condutor de bonde, varredor de escola, professor) os estudos preparatórios em São Paulo desde os 15 anos e dividindo com o pai o sustento de uma família já então com 7 irmãos [2]. Já no Rio de Janeiro, sede da Corte Imperial, cursou a Faculdade de Medicina, onde se formou em Ciências Médico-cirúrgicas em 1891, defendendo a tese: Funções do baço [2]. Ao iniciar suas atividades profissionais na cidade de Botucatu (1895), interior de Minas Gerais, surgiu o seu segundo grande desafio: obter um medicamento para curar o envenenamento por serpentes que afligia os agricultores pobres do Brasil. Numa época em que o único tratamento para esses acidentes era aquele que os caboclos “curadores de cobra” ofereciam, emplastros de raízes de plantas e rezas, montou um pequeno laboratório em sua própria casa, venceu o medo inato das cascavéis trazidas pelos caboclos, extraiu o veneno injetado pelas serpentes em um algodão hidrófilo e experimentou-o face aos diversos vegetais da região. Os resultados... todos negativos. Foi a leitura dos estudos de um pesquisador francês seu contemporâneo, Albert Calmette (1863-1933), que mostrava a eficácia de um soro antiofídico na Indochina, que lhe deu a base conceitual da soroterapia antiveneno e o impeliu a retornar a São Paulo e procurar o apoio para suas pesquisas no recém instalado Instituto Bacteriológico de São Paulo (1892). Primeira instituição brasileira dedicada a exames bacteriológicos e parasitológicos e pesquisas voltadas à saúde pública, essa instituição aceitou o jovem doutor, como ajudante, em 1897 [3]. Foi aí que Vital Brazil extraiu a peçonha das serpentes mais frequentes da região (cascavel, urutu, jararacussu), determinou as quantidades de veneno líquido e após secagem, e suas doses letais para vários animais

de laboratório. Utilizou o soro antiveneno de Calmette, preparado no Instituto Pasteur de Lille (França), a partir do veneno da serpente *Naja tripudians* (família Elapidae), mas os resultados foram também negativos [4]. Descreveu com exatidão os sinais e sintomas apresentados e as alterações macroscópicas encontradas nos animais mortos. Mostrou, pela primeira vez, que os sintomas e as alterações anatomopatológicas do envenenamento experimental pelo veneno da cascavel (*Crotalus durissus*) diferiam acentuadamente daquele da jararaca (*Bothrops spp*) e da urutu (*Bothrops alternatus*), todas da família Viperidae. A partir daí, fez experimentos com imunização de cães, cabritos, bois e cavalos e concluiu (1898) pela especificidade dos soros anti-ofídicos [3], conforme demonstrou em suas primeiras publicações na Revista Médica de São Paulo, em 1901 [4]. Conclusão esta que contrariava, definitivamente, os pressupostos de Calmette de que o soro produzido por este neutralizaria todos os outros venenos ofídicos.

Seu terceiro desafio veio em decorrência do seu perfil social e humanitário: fabricar o soro. A invasão da peste bubônica em Santos (São Paulo), em 1899, foi o facto que originou a ideia de implantar instituições que preparassem um soro curativo no Brasil, uma vez que o único tratamento (soro anti-pestoso) vinha apenas do Instituto Pasteur de Paris (França) [4]. Foi Vital Brazil, enviado pelo Instituto Bacteriológico àquela cidade para verificar a existência da epidemia, quem demonstrou a presença da enterobactéria (*Pasteurella pestis*), o que foi confirmado pelos outros pesquisadores que ali chegaram, entre os quais o jovem médico Oswaldo Cruz [3].

Assim, no Rio de Janeiro foi criado o Instituto de Manguinhos, sob a liderança de Oswaldo Cruz e em São Paulo o Instituto de Butantan (oficialmente Instituto Serumtherapico do Estado de São Paulo), sob a liderança de Vital Brazil. Ambas as instituições nasceram ao mesmo tempo e com os mesmos objetivos, a primeira no âmbito federal e a segunda no estadual. Sob a direção de Vital Brazil, o Instituto de Butantan se transformou gradativamente num centro de pesquisas e produção na área do ofidismo e de acidentes por outros animais peçonhentos, reconhecido internacionalmente. Após 19 anos de intensa produção científica e tecnológica e uma administração que criou, alicerçou e exaltou o nome da instituição, Vital Brazil pede demissão. Motiva a sua saída o confronto de atitudes com o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo. Com a sua saída, o Instituto passou por sérias dificuldades e, em 1924, Vital Brazil foi solicitado a reorganizá-lo, retornando à sua direção, onde ficou até 1929 [3]. Aos 54 anos, viúvo há seis anos, com nove filhos, tendo alcançado o reconhecimento mundial pelo conjunto da sua obra, tendo contribuído enormemente para diversos campos da saúde pública do país, Vital Brazil viu-se, por razões alheias e acima da sua vontade, forçado a recomeçar a sua vida. Optou pela cidade de Niterói, Rio de Janeiro, onde ergueu, junto com colaboradores, outro marco do patrimônio científico nacional: o Instituto Vital Brazil. Fundada em parceria com o governo do Estado do Rio de Janeiro, a instituição que iria dirigir durante três décadas [1].

Ao fundar o Instituto Butantan (1899) e o Instituto Vital Brazil

(1919), Vital Brazil tornou-se um gestor e empreendedor e foi além. Agregou novos e diferentes profissionais às instituições, estabeleceu procedimentos de divulgação científica e popular do conhecimento gerado pelas pesquisas, criou vínculos trabalhistas com os seus funcionários. Doou para o governo brasileiro a patente do soro anti-ofídico (1917). Poucos são os nomes da ciência a acrescentar, além das primeiras já citadas, as características de multi e interdisciplinaridade, empreendedorismo, inovação, desprendimento e senso de responsabilidade social.

Em todos os desafios enfrentados, contra todos os argumentos contrários, Vital Brazil persistiu na sua busca. Formou-se médico (1891), clinicou (1892-1897) e pesquisou (1897, 1988, 1901), vencendo o medo das serpentes e contra-argumentando com os maiores nomes da ciência da época sobre a especificidade do soro anti-ofídico. Ao demonstrar essa especificidade, demonstrou também, pela primeira vez, um dos principais conceitos básicos em imunologia: o princípio da especificidade antigénica, assinalando a necessidade de se obter antissoros contendo anticorpos diferentes para neutralizar toxinas originárias de serpentes de géneros distintos [5].

Vital Brazil criou, co-fundou e colaborou com diversas revistas científicas como a Revista Médica de São Paulo e escreveu dois livros: “A defesa contra o Ophidismo” em 1911, e “Memória histórica do Instituto Butantan” em 1941, assim como publicou dezenas de artigos científicos, em diferentes línguas e periódicos. Deixou também dezenas de manuscritos, alguns inéditos, e inúmeras correspondências que constituem a maior parte do acervo da Casa de Vital Brazil, instituição que o representa [1].

## Vital Brazil e Otto Wucherer

Enquanto Vital Brazil ficou conhecido como precursor da toxilogia nas Américas, pela descoberta da especificidade dos soros antiofídicos [6] e fundação das duas instituições, outro médico e cientista esteve empenhado na solução das doenças e epidemias que grassavam no Brasil no século XIX: o médico luso-germânico Otto Edward Heinrich Wucherer (1820-1873).

Conhecido como o precursor da helmintologia brasileira e por ter sido um dos fundadores da Escola Tropicalista Bahiana (1865), Wucherer foi líder de um grupo de médicos que escreveu um dos mais determinantes capítulos da História da Medicina Experimental no Brasil em meados do século XIX, em Salvador, província da Bahia, Brasil. Entre estes, esteve mais próximo do escocês John Ligertwood Paterson (1820-1882) e do português José Francisco da Silva Lima (1826-1910). Juntos, se tornaram pioneiros no estudo de diversas áreas do conhecimento médico-científico e na aplicação de métodos de tratamento inovadores no país, sobretudo, no âmbito das moléstias tropicais [7, 8].

O que a maioria das pessoas desconhece, inclusive no âmbito científico, é que Otto Wucherer foi o autor das primeiras pesquisas que relacionaram a zoologia, a clínica e a terapêutica dos acidentes por cobras no Brasil. Foi, de facto, o primeiro her-

petólogo a atuar no país. Durante 11 anos, de 1860 a 1871, coletou, identificou e descreveu novas espécies da fauna brasileira, particularmente as serpentes. Em função de sua prática clínica e interesse pela história natural, Wucherer foi o primeiro a registrar o ofidismo no país, descreveu sistematicamente as características das serpentes e algumas das decorrências patológicas de suas picadas, bem como refletiu sobre a eficácia dos tratamentos existentes [9]. Estes estudos foram registrados algumas décadas antes da descoberta do então chamado soro antiveneno em 1894, feita pelos médicos franceses, Auguste C. Phisalix (1852-1906) e Gabriel Bertrand (1867-1962), e Albert Calmette (1863-1933), respectivamente, e da descoberta de sua especificidade pelo cientista brasileiro Vital Brazil.

Wucherer e Vital Brazil viveram em períodos e locais diferentes, o que provavelmente colaborou para certo esquecimento de Wucherer por parte da produção historiográfica brasileira que trata do assunto. No entanto, Vital Brazil jamais deixou de reverenciá-lo. Em grande parte de seus trabalhos há referências a este médico luso-germânico que, certamente, lhe serviu de exemplo e de inspiração. A influência de Wucherer nas pesquisas de Vital Brazil se observa nas citações feitas pelo cientista em diversos artigos publicados, inclusive em sua clássica obra “A Defesa contra o Ophidismo”, publicado em 1911 [6]. Em 1867, Wucherer publicou na Gazeta Médica da Bahia, que ajudou a fundar, estudos pioneiros na área do ofidismo, “Sobre o modo de conhecer as cobras venenosas do Brasil” e “Sobre a mordedura das cobras venenosas e o seu tratamento” [10, 11].

Ao se observar as biografias destes dois cientistas, saltam aos olhos algumas similaridades em suas trajetórias. Wucherer e Vital Brazil eram médicos dedicados à população, apaixonados pela ciência e pela natureza, com interesses e curiosidades particulares pelas serpentes; tiveram que enfrentar grandes dificuldades para cursar medicina; seus estudos foram questionados e negados por aqueles que detinham o suposto domínio do conhecimento médico-científico; suas pesquisas e trabalhos construíram novos paradigmas para o tratamento e para a solução de parte do sofrimento humano, principalmente, no que diz respeito ao ofidismo; formaram grupos e fundaram espaços institucionais; criaram novas formas e metodologias de produção do saber – o laboratório, além do leito, do paciente e do estetoscópio – e ainda, como livres pensadores, pioneiramente, inovaram na difusão e validação da produção científica, sobretudo, com a conceção de publicações que proporcionaram o registro de suas ideias e de seus colegas, foram em intenção e na prática grandes divulgadores científicos. Wucherer e Vital Brazil foram também naturalistas e formaram coleções científicas de serpentes referenciais, as quais, lamentavelmente, foram aniquiladas por grandes incêndios. A coleção de Wucherer foi destruída pelo fogo que consumiu o Gabinete de História Natural da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1905,

---

1 - atual *Yersinia pestis* (Lehmann & Neumann, 1896).

e a de Vital Brazil, que se tornou a maior coleção de serpentes neotrópicais do mundo, instalada no Instituto Butantan, em São Paulo, se transformou em cinzas em maio de 2010. No entanto, ambos tiveram a precaução de enviar uma quantidade considerável de animais para o Natural History Museum, em Londres, Inglaterra, que, hoje, é o único lugar que abriga parte da memória das coleções destes cientistas [8, 12].

Para além das diferenças de período histórico e das localidades em que viveram, Wucherer e Vital Brazil transformaram os obstáculos com os quais se depararam em benefícios para a coletividade e para as ciências. Acima de tudo, tiveram em comum uma peculiar aventura intelectual e existencial, sobre a qual, provavelmente, nunca saber-se-á ao certo o que os fortaleceu e os permitiu alcançar tamanha liberdade e coragem para enfrentar grupos hegemônicos adversos e ambientes tão hostis. O que é possível constatar com clareza é que se desfrutava ainda hoje do que ambos projetaram com suas pesquisas sobre o ofidismo, cada um a seu modo e a seu tempo, contribuindo para a medicina tropical mundial.

## A especificidade dos soros antipeçonhentos: um diálogo entre França e Brasil

No início do século XX foi travado o primeiro diálogo científico entre França e Brasil. De um lado, o pesquisador francês Albert Léon Charles Calmette do renomado Instituto Pasteur e a teoria de que seu soro antipeçonhento possuía ação neutralizante sobre todos os venenos ofídicos. Do outro, o pesquisador brasileiro Vital Brazil que acabara de criar o Instituto Butantan e sua teoria da especificidade dos soros. Ao analisar a obra de Vital Brazil, foi identificado o diálogo científico travado entre ambos, num processo representativo de comunicação científica. Com base na análise de quatro cartas de Calmette enviadas a Vital Brazil, disponíveis na Casa de Vital Brazil, foram identificados trechos relevantes capazes de comprovar a colaboração científica entre esses dois pesquisadores. Não só sobre a elucidação da questão da especificidade dos soros, mas também sobre a relação de amizade e admiração demonstrada pelo pesquisador francês pelo trabalho de Vital Brazil.

As cartas foram enviadas do Instituto Pasteur de Lille, em França, e são datadas de 31/10/1903, 27/5/1904, 29/10/1904 e 26/1/1912. É importante salientar que o período coberto por essa correspondência é praticamente o mesmo em que transcorreu a controvérsia<sup>2</sup> sobre a especificidade dos soros antipeçonhentos, 1901 a 1912 [13]. As cartas apresentam diversas evidências capazes de caracterizar a relação científica dos pesquisadores, tais como:

– O tratamento menos formal dado por Calmette a Vital Brazil: “Mon cher confrère” (Meu caro confrade) (Cartas de 31/10/1903 e de 29/10/1904); “Très honoré collègue” (Muito honrado colega) (Carta de 27/5/1904); “Mon cher ami” (Meu caro amigo) (Carta de 26/1/1912).

– A importante colaboração científica, em especial para a elucidação da questão da especificidade dos soros, traduzida pelo envio de soro antiofídico, espécimes de venenos de serpentes e serpentes do Brasil, por parte de Vital Brazil a Calmette:

“*Dr Marchoux m’a remis de votre part le sérum antiophidique et les spécimens de poisons de serpents du Brésil que vous avez eu l’extrême obligeance de lui donner pour moi.*” (Dr. Marchoux me trouxe de sua parte o soro antiofídico e os espécimes de veneno de serpentes do Brasil que o senhor teve a bondade de me doar). (Carta de 31/10/1903).

“*J’ai reçu avant-hier votre très aimable envoi. Les serpents sont arrivés en parfait état et je suis enchanté de conserver cette magnifique collection qui va me permettre de comparer les venins de serpents du Brésil avec ceux de l’Inde et des autres pays que je pourrais seuls me procurer jusqu’à présent.*” (Recebi anteontem seu muito amável envio. As serpentes chegaram em perfeito estado e estou encantado em conservar essa magnífica coleção que vai-me permitir comparar os venenos de serpentes do Brasil com os da Índia e de outros países, o que só podia fazer até agora). (Carta de 27/05/1904).

– O reconhecimento e a admiração de Calmette pelo trabalho de Vital Brazil:

“*J’applaudis de toute mes forces à l’oeuvre que vous avez entreprise à São Paulo et je souhaite que vous réussissiez à faire persister l’usage du sérum dans tout ce beau pays du Brésil où vous rendez aussi les plus grands services!*” (Aplaudo com toda minha força o trabalho que o senhor tem realizado em São Paulo e desejo que consiga continuar a utilizar o soro em todo esse belo país que é o Brasil, onde o senhor presta também os maiores serviços!). (Carta de 31/10/1903).

“*Veillez agréer très honoré confrère, l’expression de mes sentiments les plus distingués et celle de mon admiration pour vos travaux.*” (Queira receber muito honrado confrade, a expressão dos meus sentimentos os mais distintos e aquele de minha admiração por seus trabalhos). (Carta de 31/10/1903).

– A possível colaboração de Vital Brazil em uma das obras de Calmette, ao que tudo indica em seu livro lançado em 1907, “Les Venins, les animaux venimeux et la sérothérapie antivenimeuse”. [14]. Calmette solicita a Vital Brazil para que este lhe envie seus trabalhos e dê indicações de livros nos quais possa encontrar informações e figuras coloridas das serpentes brasileiras:

“*Je prépare en ce moment un ouvrage sur les serpents venimeux et les venins dans toute la série animale. Serais-je indiscret en vous demandant de vouloir bien me les envoyer pour que mon travail soit bien complet en ce qui concerne le Brésil, d’abord vos travaux sur cette question et aussi l’indication des ouvrages ou brochures où je trouverais la meilleure description et les meilleures figures colorées reproduites des serpents venimeux de votre pays.*” (Preparo no momento uma obra sobre as serpentes peçonhentas e os venenos em toda a série animal. Seria eu indiscreto em lhe pedir para me enviar, para que meu trabalho seja bem completo em relação ao Brasil, seus trabalhos sobre essa questão e também a indicação de obras ou brochuras



onde eu possa encontrar a melhor descrição e as melhores figuras coloridas reproduzidas de serpentes peçonhentas de seu país). (Carta de 31/10/1903).

*“Je vous serais même très reconnaissant si vous pouvez me procurer tout de suite ces figures ou dessins. Je les ferai reproduire en indiquant bien entendre que je les dois à votre obligeante intervention.”*(Ficaria muito grato se o senhor pudesse obter imediatamente as figuras ou desenhos. Vou reproduzi-los indicando que os devo a sua grata intervenção). (Carta de 31/10/1903).

– Uma possível explicação pelo facto de não terem sido localizados no Instituto Pasteur de Paris documentos referentes ao curso que Vital Brazil realizou no ano de 1904 nesse instituto. Ao que parece, ele participou do curso seguindo as orientações de Calmette como aluno ouvinte:

*“Le Dr Roux s’intéresse vivement à vous et vous réservera certainement une place au cours s’il y en trouve une vacante. Malheureusement tout est retenu et vous pouvez seulement espérer que quelqu’un des inscrits ne vienne pas le 14.”*(Dr. Roux está muito interessado no senhor e lhe reservará certamente um lugar no curso, se encontrar uma vaga. Infelizmente, tudo está ocupado e o senhor pode apenas esperar que algum dos inscritos não venha no dia 14). (Carta de 29/10/1904).

*Mais je vous indique un moyen de tourner la difficulté: vous pouvez toujours suivre le cours comme auditeur libre et aller ensuite faire des exercices pratiques à l’hôpital Boucicault avec la permission du Dr Letrelle.”*(Mas eu lhe indico um meio de superar a dificuldade: o senhor pode acompanhar o curso como ouvinte livre e ir em seguida fazer os exercícios práticos no hospital Boucicault com a permissão do Dr. Letrelle). (Carta de 29/10/1904).

– O envio de um álbum por parte de Vital Brazil à Calmette. *“Le Dr Florence et Vasconcellos m’ont fait parvenir en votre nom le magnifique album du Butantan. Je tiens à vous en remercier de tout coeur. Cet hommage venant de vous, pour la partie que j’ai prise à l’étude des venins et de la sérothérapie antivenimeuse, m’est infiniment précieux.”*(O Dr. Florence e Vasconcellos me enviaram em seu nome o magnífico álbum do Butantan. Quero lhe agradecer de todo coração. Esta homenagem vinda do senhor, pela parte que eu contribuí no estudo dos venenos e da soroterapia antipeçonhenta, me é infinitamente preciosa). (Carta de 26/1/1912).

– Apesar de tratar-se de assunto alheio ao envenenamento ofídico, este trecho apresenta mais uma evidência da relação científica entre os pesquisadores. Nele Calmette divulga resultados de suas pesquisas de forma sucinta, com poucas palavras, sugerindo que Vital Brazil soubesse exatamente o que estava sendo discutido.

*“En ce qui concerne le bacille de Varigny, je ne crois pas qu’on puisse compter sur ce microbe dans la lutte contre la peste pour diverses raisons que je vous expliquerai : Il réussit bien à détruire les souris, mais mal les rats.”*(Em relação ao bacilo de Varigny, não creio que se possa contar com esse micróbio na luta contra a peste por diversas razões que vou lhe explicar: ele é bem-sucedido para destruir os

camundongos, mas não os ratos). (Carta de 29/10/1904).

Ao verificar a obra de Albert Calmette datada de 1907 [14], percebe-se a contribuição de Vital Brazil, já anunciada na carta datada de 31/10/1903, nas páginas 160 (figura 85 – Extração de veneno de uma *Lachesis*, no Instituto Soroterápico de São Paulo – Brasil) e 262 (citação de obra de Vital Brazil [15]). Ainda ao analisar essa obra de Calmette, é possível verificar nas páginas 261 a 264 sua posição diante da teoria de especificidade e polivalência dos soros antipeçonhentos. Calmette passa a ser menos categórico com respeito a sua teoria de que seu soro antipeçonhento possuía ação neutralizante sobre todos os venenos; contudo não concorda com a lei da especificidade estrita, reconhecendo, entretanto, a vantagem dos institutos regionais para o preparo de soros específicos ou polivalentes. Ele cita os institutos de Bombay e o de Kasaudi nas Índias inglesas, o de Sidney na Austrália, o de São Paulo no Brasil e o da Filadélfia nos Estados Unidos, tanto na página 264 quanto na página 260, sendo que na última cita ainda seus criadores, e assim mais uma vez o nome de Vital Brazil aparece ao lado do de G. Lamb e Semple (Índias inglesas), Mac. Farland (Austrália) e Tidswell (Estados Unidos) [16].

Em 1928, Calmette, então vice-diretor do Instituto Pasteur de Paris, tem

a chance de mais uma vez expressar seu apreço a Vital Brazil e ao seu trabalho, dessa vez de forma pública. Em função de uma homenagem prestada ao cientista brasileiro, publicada em O Jornal do Rio de Janeiro em 24 de novembro de 1928, Calmette envia a seguinte carta:

A obra científica de Vital Brazil é absolutamente de primeira ordem. Os seus trabalhos sobre venenos e sobre as soroterapias antivenenosas salvaram milhares de existências. Sinto-me particularmente feliz ao associar-me à homenagem que vos propondes lhe prestar e o Instituto Pasteur de Paris, unanimemente partilha os sentimentos de alta estima e admiração que me ligam ao nosso ilustre colega e amigo (Albert Calmette).<sup>3</sup>

Não há dúvidas, portanto, da admiração e do reconhecimento por parte do pesquisador francês do Instituto Pasteur, Albert Calmette, um dos descobridores da soroterapia antipeçonhenta em 1894, pelo trabalho do cientista brasileiro Vital Brazil, criador dos institutos Butantan e Vital Brazil, e autor da teoria da especificidade dos soros antipeçonhentos.

## Os primórdios e o desenvolvimento da soroterapia anti-peçonhenta

Em 2014 comemoraram-se os 120 Anos da Soroterapia Antiofídica, descoberta que contou com o aporte de conhecimento de quatro grandes cientistas: Césaire Phisalix, Gabriel Bertrand, Albert Calmette (França) e Vital Brazil (Brasil). Porém, deve-se

2 - Albert Calmette acreditava que o soro antipeçonhento que produzia era capaz de proteger o indivíduo contra diversos tipos de veneno. Vital Brazil discordava ao afirmar que o soro é específico de acordo com o gênero da serpente agressora.

a introdução da soroterapia no tratamento de acidentes ofídicos, principalmente a dois cientistas: Albert Calmette e Vital Brazil [3]. As primeiras abordagens sobre o envenenamento ofídico e seu tratamento no Brasil datam do final do século XIX, mais precisamente a partir de 1877 [17], através das publicações do médico brasileiro João Baptista Lacerda (1846-1915) que propunha o permanganato de potássio como antídoto para os venenos ofídicos [18], porém em uma ação puramente química e sem resultados efetivos. A ideia de uma substância que exercesse uma ação fisiológica antagônica ao veneno aparece em 1889, em abordagem de Sebastião Mascarenhas Barroso [19]. Apenas em 1894 a contribuição dos pesquisadores franceses Phisalix e Bertrand deu o incentivo principal para Calmette estabelecer o conceito básico da soroterapia anti-veneno, o que por sua vez, incentivou a Vital Brazil a dar continuidade aos experimentos que culminaram na descoberta da especificidade do soro anti-ofídico.

Em que pese as melhorias tecnológicas nos processos de produção, bem como nas exigências de controle de qualidade (químicos, físicos, físico-químicos, biológicos e microbiológicos) com o desenvolvimento de novos protocolos de segurança e eficácia no seu uso, a produção dos soros antiofídicos permanece a mesma nestes 120 anos de existência. Atualmente, com algumas diferenças nos processos de obtenção de plasma (cavalos, lhamas, camelos, etc.), nas fases de produção onde se usa a digestão enzimática e fracionamento por sulfato de amônia ou por ácido caprílico e na forma de apresentação do produto final, liofilizada ou líquida. Na essência, o mesmo medicamento com a mesma ação farmacológica, neutraliza no organismo as toxinas

circulantes inoculadas por animais peçonhentos. No Brasil, toda a produção de soros em instituições públicas, para uso humano, têm capacidade de atender 100% da demanda do Ministério da Saúde. O atendimento aos acidentados por animais peçonhentos é realizado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, que disponibiliza o tratamento para todos, em todo território nacional, gratuitamente. Para o futuro não é possível vislumbrar, em curto prazo, o surgimento de novo medicamento que possa substituir essa secular terapia, com a mesma eficácia e segurança. Há novas tecnologias surgindo que propõem a produção de aptâmeros (soro sintético) ou a produção de anticorpos monoclonais, os quais poderão ter alguma ação neutralizante para venenos nativos ou suas frações. Porém, são propostas ainda em fase de prova de conceito, para as quais estima-se de 15 a 20 anos para estarem disponibilizadas para uso terapêutico em pacientes humanos.

## Agradecimentos

Os autores agradecem às doutoras Zulmira Hartz, subdirectora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa e Isabel Amaral, professora da Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa pelo convite para participar do 2nd Luso Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine (14 a 16 de outubro de 2015, Lisboa, Portugal) e pela oportunidade de publicar este artigo nos Anais do IHMT.

3 - Texto traduzido para o português e publicado em "O Jornal" de 24 de novembro de 1928.

## Bibliografia

- Vital Brazil E. Antecedentes do Instituto Vital Brazil – Premissas da saúde pública, predicados de um cientista, princípios de uma instituição. In Castro AJW (ed.) (2011). Documentos contam a História do Instituto Vital Brazil. 1919-2010. Editora Rio Books, Rio de Janeiro, Brasil.
- Vital Brazil L (2014). Vital Brazil – Meu Pai. Editora, Per Se, Belo Horizonte, Brasil.
- Vital Brazil O (1989). Contribuição para a história da ciência no Brasil. Casa de Vital Brazil, Campanha, Brasil.
- Brazil V (1901). Contribuição ao estudo do veneno ophidico. Revista Médica de São Paulo IV: 255-380.
- Sant'Anna OA (2014). Vital Brazil e as origens da Imunologia: a caracterização da especificidade na resposta imune. Cadernos de História da Ciência 10: 161-168.
- Brazil V (1911). A defesa contra o ofidismo. Pocaí & Weiss, São Paulo, Brasil.
- Coni, AC (1967). Otto Wucherer: sua vida e sua obra. Revista Brasileira de Malariologia Doenças Trop 19(1): 91-118.
- Lira-da-Silva RM. Otto Wucherer e Vital Brazil o início das pesquisas sobre o ofidismo no País. In Instituto Vital Brazil (ed.) (2011). A Defesa contra o Ophidismo 100 anos depois. Comentários. Instituto Vital Brazil, Rio de Janeiro, Brasil: 49-56.
- Lira-da-Silva RM (2009). O médico e naturalista luso-germânico Otto Wucherer e sua contribuição para a história natural do Brasil. Gazeta Médica da Bahia 143, 1(Suplemento 1): 3-6.
- Wucherer OEH (1867a). Sobre a mordedura das cobras venenosas e o seu tratamento. Gazeta Médica da Bahia I(20): 229-231.
- Wucherer OEH (1867b). Sobre a mordedura das cobras venenosas e o seu tratamento. Gazeta Médica da Bahia I(21): 241-243.
- Lira-da-Silva RM. Otto Wucherer e Vital Brazil o início das pesquisas sobre o ofidismo no País. In 1st International Meeting Vital para o Brazil about venomous animals [Book of Abstracts] (2013), Niteroi, Brazil: 25-26.
- Bochner R, Pinheiro LV. O diálogo entre Vital Brazil e Albert Calmette: uma ponte científica entre Brasil e França. In Acte Colloque Scientifique International du Réseau Mussi: Médiations et Hybridations: Constructions Sociale des Savoirs et de L'Informations (2011). Université de Toulouse, Toulouse, França: 281-291.
- Calmette A (1907). Les Venins, les animaux venimeux et la sérothérapie antivenimeuse. Masson et Cie, Éditeurs, Paris, França.
- Brazil V (1905). Contribution à l'étude de l'intoxication ophidienne. A. Maloine ed., Paris, França.
- Bochner R. Correspondência de Albert Calmette a Vital Brazil: evidências de uma relação científica. In Pinheiro LVR, Oliveira, ECP (eds.) (2012). Múltiplas facetas da comunicação e divulgação científicas. Transformações em cinco séculos. Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict), Brasília, Brasil: 50-62.
- Gomes ACV (2013). Uma ciência moderna e imperial. A fisiologia brasileira no final do século XX (1880-1889). Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.
- Lacerda JB (1881). O veneno ofídico e os seus antídotos. Rio de Janeiro, Brasil.
- Barroso S (1881). Mordeduras de cobra e seu tratamento, 1889. Typographia Universal de Laemmert&C, Rio de Janeiro, Brasil.

# Inovações na produção do conhecimento em doenças infecciosas: história, arte, cultura e epidemiologia

*Innovations in the production of knowledge in infectious diseases: history, art, culture and epidemiology*

## **Claudia de Souza**

Doutora em Saúde Pública  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil  
clau@fiocruz.br

## **Michele de Oliveira**

Bolsista de Iniciação Científica  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Maria Gouvea**

Doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Maria Teixeira**

Mestre em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Michele de Barros**

Mestre em Comunicação e Informação  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Eloisa da Hora**

Especialista em Difusão da Ciência  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Odilio Lino**

MBA em Gestão Pública  
Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde  
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas  
Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil

## **Resumo**

Este trabalho pretende refletir as inovações na produção do conhecimento em doenças infecciosas no âmbito da linha de pesquisa, Promoção da Saúde do Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde. Esta linha congrega projetos que destinam-se a construir novas práticas de promoção da saúde e formas de produção de conhecimento, por meio de oficinas, palestras, visitas a exposições científicas, centros de ciências, museus, e atividades socioculturais solicitadas pelos pacientes, seus familiares/amigos e colaboradores do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). As atividades desenvolvidas contam com a parceria da Associação Lutando Para Viver Amigos do INI, entidade conduzida por pacientes e voluntários. Uma das sugestões dos participantes foi a realização de oficinas sobre literatura brasileira e contação de histórias das doenças. Procuramos compartilhar conhecimentos sobre leishmaniose e tuberculose, doenças frequentes no INI agregando-as a atividades lúdicas. Abordamos a história das respectivas doenças, transmissão, epidemiologia, prevenção, tratamento e controle. Realizamos duas oficinas em momentos distintos: a "Literatura de Cordel na Saúde e na Ciência", utilizando o livretinho em cordel "O Bê-A-Bá da Leishmaniose" e "Noel Rosa: Música, Arte e Tuberculose". Este trabalho inovador vem contribuindo para a produção e ampliação do conhecimento, uma forma de melhoria da qualidade de vida, valorização da autoestima e inclusão social dos cidadãos.

### **Palavras Chave:**

Promoção da saúde, participação da comunidade, conhecimento, doenças infecciosas, contadores de histórias.

## **Abstract**

This paper intends to reveal the innovation in knowledge production in Infectious Diseases field, particularly in the branch of Health Promotion research of Epidemiology and Social Health Determination Research Laboratory. This branch combines projects which aim to build new ways of promoting health and forms of knowledge production, through workshops, lectures, visits to scientific exhibitions, science centers, museums, and sociocultural activities requested by patients, their families/friends and collaborators of Evandro Chagas National Institute of Infectious Diseases (INI). The activities include a partnership with "Association "Fighting to Live - Friends of INI", an organization led by volunteers and patients. One of the suggestions of the participants was to hold workshops on Brazilian literature and storytelling history of diseases. We seek to share knowledge on leishmaniasis and tuberculosis, frequent diseases in the INI, and we also invite them to participate in some ludic activities. We approach the history of these diseases, transmission, epidemiology, prevention, treatment and control. We conducted two workshops at different times: the "Cordel Literature in Health and Science", using the booklet "The Bê-A-Bá of leishmaniasis" and "Noel Rosa: Music, Art and Tuberculosis". This innovative action has contributed to the production and expansion of knowledge, a way of improving the quality of life, self-esteem enhancement, and social inclusion of citizens.

### **Key Words:**

Health promotion, community participation, knowledge, infectious diseases, history tellers.

## Introdução

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) é uma unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, idealizado por Oswaldo Cruz e inaugurado em 1918, foi o primeiro hospital planejado para o estudo da pesquisa clínica no Brasil, e é diferenciado dos demais serviços de saúde da rede pública, por ter como objetivo a pesquisa feita através da assistência e do ensino às doenças infecciosas.

Hoje, aos seus 104 anos, o INI tem como missão contribuir para a melhoria de condições de saúde da população brasileira por meio de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas.

As principais áreas de atuação do INI são a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), as doenças sexualmente transmissíveis, leishmanioses, tuberculose, doença de Chagas, micoses sistêmicas, HTLV, toxoplasmose, dengue/doenças febris agudas, dermatozoonoses, vigilância epidemiológica, medicina do viajante e imunizações em situações especiais.

O Instituto participa, ainda, de diversos projetos com cooperação nacional e internacional, que envolvem pesquisa nas áreas específicas de atuação, promovendo o trabalho em rede, respondendo com agilidade a emergências e ameaças em saúde pública e subsidiando a formulação de políticas públicas de saúde. A atenção integral à saúde inclui ações e práticas de promoção de saúde, prevenção de doenças e/ou agravos à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O Laboratório de Pesquisa em Epidemiologia e Determinação Social da Saúde (LAPEPIDSS) do INI, um dos 19 laboratórios de pesquisa do INI, conta com uma equipa de profissionais de diversas áreas do conhecimento como: epidemiologia, museologia, administração, saúde pública, comunicação, infectologista e outros.

O LAPEPIDSS tem como objetivo produzir e contribuir para a difusão do conhecimento em pesquisa clínico-epidemiológica e social com ênfase na área de infectologia, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde e para a melhoria das condições de vida da população.

Quando falamos em difusão do conhecimento, vale a pena resgatar historicamente a divulgação científica no Brasil, que tem pelo menos dois séculos de história. As primeiras iniciativas de difusão da chamada ciência moderna no Brasil, passaram a ocorrer após a transferência da Corte portuguesa, em 1808, que produziu importantes transformações na vida política, cultural e econômica do país, levando a criação das primeiras instituições ligadas à ciência [1].

Ainda este mesmo autor destaca que na segunda metade do século XIX, as atividades de divulgação se intensificaram em todo o mundo, na sequência da segunda revolução

industrial na Europa, acompanhando as esperanças sociais crescentes acerca do papel da ciência e da tecnologia. No século XX, mais precisamente nos anos 60, iniciou-se no Brasil um movimento educacional renovador, escorado na importância da experimentação para o ensino de ciências. Tal movimento, entre outras consequências, levou ao surgimento de centros de ciências no país que contribuíram para as atividades de popularização da ciência.

O termo popularização tem, atualmente, uma forte entrada em países latino-americanos e caribenhos. Popularizar é o ato ou ação de popularizar: tornar popular, difundir algo entre o povo [2]. É uma forma de intervenção, estando mais próxima de uma ação promotora da saúde, enquanto um processo que capacita os indivíduos para agir e controlar seus determinantes de saúde [3].

Entre os objetivos centrais da popularização da ciência e tecnologia, estão suas contribuições para promover a melhoria e maior atualização/modernização do ensino das ciências em todos os níveis de ensino, com ênfase nas ações e atividades que valorizem e estimulem a criatividade, a experimentação e a interdisciplinaridade; aumentar a auto-estima dos cidadãos; promover a interação entre ciência, cultura e arte, com maior aproximação da ciência e tecnologia ao cotidiano das pessoas e valorizando os aspectos culturais e humanísticos da ciência [1].

## A inserção da História da Medicina Tropical em ações de promoção da saúde

A contribuição da epidemiologia social está principalmente direcionada ao desenvolvimento de novas estratégias de investigação coletiva para subsidiar a epidemiologia clínica [4;5].

A Promoção da Saúde é uma das linhas de pesquisa do LAPEPIDSS. Esta linha congrega projetos que destinam-se a construir novas práticas de promoção da saúde e formas de produção de conhecimento, por meio de palestras, oficinas, e atividades socio-culturais solicitadas pelos pacientes seus familiares/amigos e colaboradores do INI. Contamos com o apoio do INI/Fiocruz, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj), Centro de Estudos Interdisciplinares de Saúde, Educação e Ambiente (CEISE).

As atividades desenvolvidas contam com a parceria da Associação Lutando para Viver Amigos do INI, uma entidade conduzida por pacientes e voluntários, constituindo-se sociedade civil, autônoma, sem fins lucrativos, apartidária, sem cunho religioso, tendo como principal objetivo prestar apoio social aos pacientes do INI e seus familiares. Seu espaço físico fica numa das instalações do INI.

São organizadas pelo presidente desta associação reuniões mensais para abordar diversas questões, como divulgação

de projetos, palestras ministradas por convidados internos e externos ao INI, eventos, entre outras. É um espaço onde são discutidos novos direcionamentos e estratégias de promoção de saúde com o envolvimento e a participação direta das pessoas. Isto vem facilitando o planejamento e a organização de novas atividades de divulgação científica.

A partir de uma palestra sobre epidemiologia, ministrada pela coordenadora do laboratório aos pacientes seus familiares/amigos e colaboradores do INI, o grupo ficou motivado com a contação de duas histórias [6]:

1) Acreditava-se que as doenças infecciosas, algumas vezes, eram enviadas pelos deuses como ação benéfica. No final do século VIII a. C, Ezequias, rei de Judá, atribuiu a doenças a defesa divina de Jerusalém. O exército assírio sitiou a cidade e ia invadi-la, mas uma epidemia virulenta acometeu seu acampamento, que não apresentava boas condições higiênicas, assim favorecendo a contaminação e disseminação da doença. Em pouco tempo aumentou o número de cadáveres assírios.

2) Quando explicada a diferença entre endemia e epidemia foram mencionadas as observações feitas por Hipócrates, médico grego considerado o “pai da medicina”, que se valeu da palavra epidemia para denominar as doenças febris explosivas numa população. **Epidemos** era um termo empregado pelos gregos em referência aos indivíduos que não moravam nas cidades, mas que simplesmente permaneciam em algum lugar e depois partiam. **Endemos**, por sua vez, era o termo para designar os habitantes. O médico comparou as doenças infecciosas de aparecimento súbito e em larga escala populacional com epidemias porque elas não eram da região e iam embora.

Periodicamente somos convidados, a apresentar nas reuniões mensais da associação os resultados das ações promovidas, compartilhar novas ideias e sugestões a serem implementadas no projeto. Numa destas vezes em que participamos, uma das sugestões dos participantes foi a realização de oficinas sobre literatura brasileira e contação de histórias das doenças.

Procuramos compartilhar conhecimentos sobre a leishmaniose e a tuberculose, doenças frequentes no INI agregando-as a atividades lúdicas.

O objetivo do presente manuscrito será descrever a operacionalização e o impacto das oficinas para os participantes destas atividades.

## Materiais e métodos

Utilizamos as metodologias participativas, entendidas como o emprego de métodos e técnicas que possibilitam e faci-

litam aos integrantes de um grupo: vivenciar sentimentos, percepções sobre determinados fatos ou informações; refletir sobre eles; re-significar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças [7].

Realizamos duas oficinas em momentos distintos: a “Literatura de Cordel na Saúde e na Ciência” e “Noel Rosa: Música, Arte e Tuberculose” em uma sala de aula da Vice-Direção de Ensino do INI.

Foram convidados para participar das oficinas, independente do nível de escolaridade, pacientes, seus familiares/amigos e colaboradores do INI de diversas categorias profissionais (administrativos, técnicos de laboratório, técnicos de enfermagem). Este convite foi realizado por contato telefônico (móvel ou fixo), diretamente com aqueles que se encontravam aguardando atendimento ou visitando a associação.

Todos os participantes das oficinas autorizaram, por escrito, a divulgação de imagem. Este projeto teve a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do INI (CAAE n.0040.0.009.000-11).

Foram valorizadas as narrativas/narração de histórias de vida e/ou a experiência nas atividades promotoras da saúde dos atores sociais envolvidos nas atividades.

As narrativas são uma forma muito comum e natural de transmitir experiências, e conseqüentemente, a construção de novas formas de construção de subjetividades e sociabilidades mais saudáveis. A principal fonte de narrativa são as entrevistas, no entanto não são a única fonte de material para a análise narrativa. As conversas que ocorrem naturalmente podem ser usadas, bem como grupos focais e todos os tipos de fontes documentais ou escritas, incluindo as autobiografias explícitas. As pessoas produzem narrativas e histórias naturalmente em entrevistas, discussões, grupos focais, rodas de conversa e em conversas comuns [8].

## Resultados e discussão

A oficina “Literatura de Cordel na Saúde e na Ciência” contou com 12 participantes (pacientes, seus familiares/amigos e colaboradores do INI) e teve como objetivo divulgar, discutir e entender a literatura de Cordel por meio de uma roda de conversa, resgatando e valorizando a cultura brasileira, como uma estratégia de promoção da saúde.

Inicialmente organizamos a contação da história do Cordel (origem, características), da leishmaniose (a história, epidemiologia, transmissão, prevenção, tratamento e controle), seguida da leitura do cordel “O Bê-A-Bá da Leishmaniose” produzido pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz/Fiocruz em Salvador.

A Literatura de Cordel, uma poesia popular impressa e divulgada em folhetos ilustrados, tem sua origem nas cantigas dos trovadores medievais, que comentavam as notícias da época usando versos. Por volta do século XVI, ela era praticada na península Ibérica por meio dos trovadores, que recitavam louvações e galanteios para agradar aos poderosos.

Com o tempo, tais artistas começaram a registrar suas falas em folhas soltas, conhecidas em Portugal como “volantes”, e prendê-las em torno do corpo em barbantes para que as recitassem e, ao mesmo tempo, garantissem as mãos livres para os movimentos. O cordel chegou ao Brasil a bordo das naus portuguesas em meados do século XIX, instalando-se na Bahia e mais precisamente em Salvador. Dali se irradiou para os demais estados do Nordeste [9].

O género Cordel pode ser uma boa oportunidade de incentivar as pessoas a fazerem uso de experiências culturais que emanam desta literatura, com toda sua riqueza expressiva, utilizando-se de várias linguagens: verbal oral, verbal escrita, musical, gráfica, etc.

Ao final da leitura do cordel “O Bê-A-Bá da Leishmaniose” solicitámos aos convidados que formassem grupos para que compusessem poemas de Cordel e produzissem as xilogravuras dos temas/poemas. Foram formados grupos e produzidos versos sobre experiências em saúde, orientamos que escolhessem um pseudónimo que melhor representasse o grupo.

Foram produzidos 3 cordéis pelos 3 grupos, cujos temas versaram as experiências em saúde, e declamados por um representante de cada grupo. Mantivemos os poemas na íntegra, não fizemos nenhuma alteração quanto a concordância verbal e/ou nominal.

Cordel: “NATUREZA É SAÚDE” – Grupo: Fiscais da Saúde

*Livro pequeno de ideias grandes  
Parece fácil mas fácil não é  
Escrever quatro versinhos  
E expressar o que quer*

*Participo de um grupo  
Que prioriza a saúde  
Caminhei pela natureza  
De belas praias e beleza*

*Tivemos uma promoção à saúde  
Paisagens de completo bem estar  
Lindas praias no Rio  
E muitas plantas à beira-mar*

*Quando pensamos em saúde  
Procuramos nosso bem estar  
Com passeios em belas trilhas  
Onde vimos o céu e o mar*

*A natureza bem tratada  
Fica uma beleza  
Com saúde no coração  
Deixamos pra trás a tristeza*

Este grupo se inspirou numa caminhada ecológica na pista Claudio Coutinho, na Praia Vermelha, seguido de um

alongamento, conduzido por uma professora de educação física convidada. Participaram, aproximadamente, 37 pessoas. Essa dinâmica, denominado de “Nó humano” proporcionou uma vivência corporal que partiu da demanda coletiva, possibilitando maior integração do grupo, além de constituir uma experiência de percepção corporal e reflexão orientada para a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida dos pacientes e contato com a natureza [10].

Cordel: “O FALCÃO” – Grupo: Juntos Nós Fizemos

*Peço aqui sua licença  
E também sua atenção  
Pois agora vou falar  
Sobre o animal falcão.*

*Ave predadora que está em extinção  
Tem garras e bico fortes,  
Voa alto e ligeiro  
E tem creditação*

*Mas com todo o nosso progresso  
Da área urbana sumiu  
Com toda a poluição  
O falcão se excluiu*

*Procurou outros lugares  
Mais tranquilos e com árvores  
Voando no céu de anil  
Nas matas do Brasil.*

Este grupo se inspirou em um falcão que sobrevoa o campus da Fiocruz, mais precisamente o INI, chamando a atenção do grupo por ser uma ave de rapina e que não deveria estar em uma área urbana.

Hoje em dia não é muito difícil ver um falcão voando entre os prédios da cidade ou um gavião perseguindo pássaros nos quintais de casas. As aves de rapina já ocorrem em praticamente todos os centros urbanos e alguns dos fatores responsáveis por isso é o aumento da disponibilidade de presas (roedores, aves e insetos), locais para ninhos (cavidades artificiais, forro de casas) e baixo número de predadores e/ou competidores. Além disso, a perda dos habitats naturais também colaborou com a presença de algumas espécies nos centros urbanos [11].

Daí a preocupação do grupo com a conscientização e responsabilidade de todos proteger o ambiente contra a degradação a fim de que as gerações futuras não sofram com a inconsequência deste agravo. Há, portanto, a necessidade de que sejam formuladas políticas de proteção e de promoção do ambiente saudável, e, além disso, é preciso que processos participativos dos cidadãos sejam incentivados nos trabalhos de sensibilização para as questões ambientais [12].

Cordel: “INI É SAÚDE” – Grupo: Sempre Amigos

*Saúde não é doença  
Saúde é bem estar  
Saúde é saber viver  
Gostar, sonhar e amar*

*Fiocruz é um lugar  
Que devemos procurar  
Onde encontramos pessoas  
Que vêm sempre abraçar  
Chegando na Fiocruz  
Procurando nos tratar  
Encontramos um pessoal  
Que souberam nos amar.*

Os versos produzidos por este grupo enfatizam o bom acolhimento do local onde os pacientes se tratam e a valorização dos profissionais que lhes prestam assistência, ou seja, o atendimento humanizado.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde [13].

O acolhimento é capaz de promover o vínculo entre profissionais e usuários, possibilitando o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão da doença e corresponsabilização pelo tratamento. Auxilia na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência, humaniza as práticas e estimula ações de combate ao preconceito [14].

A operacionalização desta oficina foi tão bem aceita pelos participantes que realizamos um evento no dia 22 de agosto, data de comemoração do Folclore Brasileiro para divulgar o trabalho realizado. Uma exposição sobre a Literatura de Cordel foi organizada com o material desenvolvido pelos participantes na oficina, além de um acervo disponibilizado pela Academia Brasileira de Literatura de Cordel contendo folhetos de cordel, com histórias de cientistas como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Evandro Chagas, temas relacionados à ciência, e matrizes de xilogravuras. A exposição ficou localizada em frente ao Pavilhão Gaspar Vianna (prédio do hospital), local de grande circulação de usuários internos e externos.

Destacamos nos versos produzidos palavras que expressaram o impacto que a participação nas atividades do projeto vem produzindo no grupo: bem-estar, valorização da natureza, oportunidade em participar de ações de promoção da saúde, poluição, saúde, amor e vida.

Proporcionar à população reflexões sobre os determinantes sociais da saúde, como o acesso ao conhecimento científico e cultural deve ser ampliado a outras clientela assistidas pelo

Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e escolas da rede pública de ensino, pois sabemos que dentre os diversos entendimentos de tecnologias em saúde destaca-se a educação e informação, intermediando a atenção e os cuidados com a saúde [4;10].

## **Noel Rosa: música, arte e tuberculose**

Dando continuidade as oficinas de literatura, desta vez foi escolhido o compositor, cantor e violonista brasileiro Noel Rosa, um dos mais importantes artistas da história da música popular brasileira (MPB) que contraiu tuberculose, vindo a falecer em 1937 desta doença. Em pouco tempo de vida compôs mais de 200 músicas, entre sambas, marchinhas e canções.

A MPB constitui uma das mais importantes manifestações artístico-culturais do país: suas canções (verso e música) apreendem uma diversidade de aspectos da vida cotidiana, além de, a seu modo, captarem as transformações nas relações econômicas, sociais, políticas e ideológicas. Como registros de acontecimentos históricos e sociais, a música popular brasileira constitui uma importante fonte documental para a produção de conhecimento científico [15].

A valorização e incorporação da MPB, especialmente do samba, na construção de conhecimentos científicos é uma forma alternativa de entender questões relacionadas a Saúde Coletiva/Saúde Pública e estudar questões da determinação social e histórica do processo saúde-doença [16].

Noel de Medeiros Rosa faleceu em 04 de maio de 1937, aos 26 anos de idade, vítima de tuberculose. Foi sambista, cantor, compositor, bandolinista, violonista brasileiro e um dos maiores e mais importantes artistas da música no Brasil. Noel Rosa passava noites pelos cabarês do bairro da Lapa, no Rio de Janeiro, cantando, ingerindo bebidas alcoólicas e fumando. Acometido de tuberculose, foi para Belo Horizonte para tratamento de saúde. Na volta para o Rio de Janeiro, achando-se curado, volta à vida boêmia e acaba morrendo desta doença.

A oficina foi realizada em março quando é comemorado mundialmente o Combate à Tuberculose.

Para a realização desta atividade convidamos 20 pessoas (pacientes/seus familiares e amigos e trabalhadores do INI).

Foi realizada a apresentação sobre a vida e a obra de Noel Rosa; sua história de vida, amores e polêmicas, desde o seu nascimento até à morte, ocasionada pela tuberculose, e a história da MPB e do samba: desde o surgimento, a evolução durante os séculos até aos dias atuais.

A segunda etapa da atividade foi uma explanação sobre a tuberculose, desde o descobrimento do Brasil, passando pela época de Noel Rosa até aos dias atuais: a história, epidemiologia, formas de transmissão, prevenção, tratamento e cura.

Ao final da apresentação, solicitamos aos convidados que for-

massem grupos para que compusessem poemas relacionados à promoção da saúde. Foram formados 4 grupos. Solicitamos que escolhessem um pseudônimo que melhor representasse o grupo. Quatro poemas foram produzidos pelos grupos e declamados por um representante de cada grupo.

Os grupos escolheram pseudônimos com nome de passáros em homenagem a Noel Rosa, pois o primeiro grupo de samba que Noel participou chamava-se “Bando dos Tangarás”.

Poema: "LIBERDADE" – Grupo: Beija-Flor

*Liberdade é conquistada  
E não comprada  
Abraçar um amigo  
Sentir o seu abrigo*

*Satisfação e prazer  
Para escolhermos fazer  
O que bem entender  
Sem ao outro atender*

*Liberdade que entre grades  
Não se prende  
Como pássaro se aprende a voar  
Sem sair do lugar.*

Poema: CANTAR – Grupo: Sabiá

*Sabia que o sabiá sabia cantar  
Cantava toda noite  
Mas também tinha que se cuidar  
Pois com máscara não dá pra cantar*

*Resolveu melhor se alimentar  
Trocou o pôr do sol pelo belo amanhecer  
Juntando os amigos para renascer  
Voltando a cantar sem nada a atrapalhar.*

*Chamou o João de Barro  
Que de casa não saia  
Resolveram festejar  
E chamaram a cotovia*

Poema: VIDA – Grupo: Bem-Te-Vi

*A cada dia nasce um novo amanhã  
Às vezes lindo, às vezes triste...  
E nessa vida sigo na esperança  
De um mundo melhor...  
A saúde, a paz e a esperança  
São a base de nossa vida*

*Ao resumir tudo  
Faz-se uma nova aliança*

*A sociedade vive hoje  
Sob forte pressão  
E a violência invade o nosso cotidiano  
Sem nos dá a solução*

Poema: "FELICIDADE" – Grupo: Canário

*Sou feliz, estou aqui  
Com amigos, muita gente  
Pra curtir essa oficina  
Que sempre me deixa contente*

*Tô aqui, eu tô feliz  
Entre amigos: muita gente  
Pra curtir essa oficina  
Sempre me deixa contente*

*Alegria é vida, é paz  
Quem é feliz tem saúde  
Vai tristeza!! Chega pra lá!!  
Que Deus do Céu me ajude*

*Música faz bem pra alma  
É boa pra nossa paz  
Felizes estamos aqui!!  
E sempre mais e mais*

Pudemos verificar que os participantes identificaram como exemplos de promoção da saúde a liberdade, a música, a paz, a esperança e a felicidade.

Na perspectiva ampliada de saúde, como ela é definida no âmbito da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária, mas como o sujeito e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida [17].

O caminho mais produtivo para a resposta ao desafio colocado pelas estratégias de promoção de saúde deverá passar pelo processo de coprodução ou construção da saúde como conhecimento, como experiência, como ação coletiva e como direito, das ontologias e epistemologias associadas a diferentes práticas e políticas ontológicas, ou seja, a diferentes modos de fazer a diferença no mundo através de intervenções orientadas para a solidariedade [18].

Nossa iniciativa vem contribuindo para a produção de novos conhecimentos, uma forma de melhorar a qualidade de vida, a valorização da autoestima e inclusão social dos indivíduos. Esse



exercício de cidadania se alia ao entendimento que a promoção da saúde representa, ou seja, uma forma de objetivação dos direitos humanos fundamentais.

A realização destas iniciativas vem proporcionando aos participantes, sejam eles pacientes do INI e seus amigos/familiares, trabalhadores, ou comunidade em geral, estudantes de escolas da rede básica de ensino, reflexões sobre a importância do acesso a informações e conhecimento científico-cultural. Além disso, acreditamos que essas iniciativas contribuíram para o bem-estar, adesão ao tratamento, motivação e valorização da autoestima, inclusão social e melhoria da qualidade de vida.

Todos os participantes se mostraram sensibilizados e valorizaram a importância e o impacto do projeto em suas vidas, uma oportunidade que todo cidadão deveria ter e que devem ser ampliadas a outras clientela assistidas pelo SUS.

Além disso, as atividades realizadas buscaram amenizar possíveis angústias e sofrimentos por meio do diálogo e interação; ajudar os participantes a descobrirem suas potencialidades oferecendo oportunidade de conhecer a ciência sob uma perspectiva lúdica e criativa, propiciando às pessoas vivências fora do contexto da doença, priorizando a pessoa e não a patologia, reforçando a vontade em retornar ao processo natural de viver. Acreditamos que o diálogo democrático e participativo fortalece o exercício de cidadania e autonomia dos cidadãos, pelo direito à saúde e ao ambiente.

## Conclusões

A proposta apresentada foi uma iniciativa que contribuiu para a produção de novos conhecimentos sobre saúde, ambiente e sociedade e uma alternativa para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, através do acesso ao conhecimento sobre Literatura de Cordel, leishmaniose, Noel Rosa, e tuberculose.

Este trabalho inovador vem contribuindo para a produção e ampliação do conhecimento, uma forma de melhoria da qualidade de vida, valorização da autoestima e inclusão social dos cidadãos. Pretendemos ampliar a produção de novos conhecimentos, tanto na literatura brasileira quanto na literatura estrangeira.

Dentro desta temática já vislumbramos em um futuro próximo a contação de história *"Redescobrimos os remédios: uma viagem através dos Tempos"*. Acreditamos que as histórias abrem a visão de mundo de quem as lê e ouve, pois, formam opiniões, levam ao ouvinte possibilidades de vivenciar e conhecer tempos diferentes e espaços infinitos [19].

Neste contexto, a história da ciência está intimamente ligada a história da humanidade, bem como todo desenvolvimento tecnológico atual. Proporcionar acesso a este tipo de conhecimento, utilizando como ferramenta a contação de história, proporciona à população um entendimento melhor do mundo que nos cerca, favorecendo sua inserção participativa e de igual forma, a promoção de uma melhor qualidade de vida, uma vez que o conhecimento transforma realidades.

Desta forma, acreditamos que os nossos esforços convergem para o fortalecimento das políticas de humanização e promoção da saúde do SUS, de modo a contribuir para a produção do conhecimento em doenças infecciosas com outras áreas do saber científico, artístico e literário.

## Agradecimentos

A todos pacientes, familiares, amigos e colaboradores do INI, ao Presidente da Associação Lutando Para Viver Amigos do INI, Marcos Maurício Braga Cardozo, e aos demais membros da associação pela confiança e carinho com que vem se mobilizando e participando ativamente desse projeto.

## Bibliografia

- Moreira IC (2006). A inclusão social e a popularização da ciência e tecnologia no Brasil. *Rev Inclusão Social* 1(2):11-16.
- Germano MG, Kulesza WA (2007). Popularização da ciência: uma revisão conceitual. *Cad Bras Ens Fis* 24(1):7-25.
- Feio A, Oliveira CC (2015). Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. *Saúde Soc São Paulo* 24(2):703-715.
- Souza CTV (2011). A construção da cidadania científica para a promoção da saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimento. Consultado em 13 de março de 2016. In: [http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/4750\\_Oficina\\_do\\_CES\\_374.pdf](http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/4750_Oficina_do_CES_374.pdf)
- Souza CTV, Nunes JA, Hora DL, Erthal RMC, Pimentel MI, Pacheco SJB (2014). Social epidemiology, education, and health promotion in infectious disease. *Rev Patol Trop* 43(1):98-104.
- Souza CTV, Pereira RCN. A importância da epidemiologia: entender, refletir e agir. In: Souza CTV (2009). *Noções Básicas de Epidemiologia e Prevenção das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Armazém das Letras, Rio de Janeiro, Brasil.
- Silva RC. Por que trabalhar com grupos para a promoção da saúde e cidadania. In: Silva RC (2002). *Metodologias Participativas para Trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania*. Vetor, São Paulo, Brasil.
- Gibbs G. Análise de Biografias e Narrativas. In: Gibbs G (2009). *Análise dos Dados Qualitativos*. Artmed, Porto Alegre, Brasil.
- Silva G F da (2011). *Vertentes e Evolução da Literatura de Cordel*. Rovel, Rio de Janeiro, Brasil.
- Souza CTV, Barros, MMM, Hora EL, Lino OS, Hora DL (2012). Espaços de conhecimento científico e cultural na promoção da saúde: ações para minimizar as iniquidades em saúde. *Tempus Acta de Saúde Col* 6(4):187-200.
- Menq W (2012). *Aves de rapina em áreas urbanas*. Consultado em 08 de março de 2016. In: [http://www.avesderapinabrasil.com/materias/avesderapina\\_urbanas.htm](http://www.avesderapinabrasil.com/materias/avesderapina_urbanas.htm)

12. Buss PM (2003). Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
13. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2009). O HumanizaSUS na Atenção Básica. Consultado em 08 de março de 2016. In: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)
14. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS (2014). Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica 35(2):144-9.
15. Moraes JGV (2000). História e música: canção popular e conhecimento histórico. Rev Bras Hist 20(39):203-21.
16. Pina JA (2014). Brazilian popular music in constructing public health knowledge: the topic of work process and health. Interface 18(48):87-100.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (2010). Política Nacional de Saúde. Consultado em 08 de março de 2016. In: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
18. Nunes JA (2009). Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. Rev Crít Ciênc Sociais 87:143-163.
19. Café AB (2005). Dos contadores de histórias e das histórias dos contadores. Universidade Federal de Goiás, Brasil.

# Usos da ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1930-1950)<sup>1</sup>

*Uses of ceroplastics at the Faculty of Medicine, São Paulo (1930-1950)*

---

**André Mota**

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
amota@museu.fm.usp.br

**Jorge Augusto Carreta**

FACAMP, Faculdades de Campinas, São Paulo  
jorgecarreta@yahoo.com.br

---

1 - Este artigo traz uma versão modificada de parte de artigo publicado na revista brasileira *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* com o título “A ceroplastia e a medicina legal na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1934-1950”. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, 2016.

## Resumo

Este artigo tem por objetivo apresentar os usos da ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre os anos 1930 e 1950. As peças em cera, representando condições patológicas, foram produzidas pelo artista Augusto Esteves, contratado junto às cátedras de Dermatologia e Medicina Legal. O uso inicial das peças era essencialmente didático, mas consideramos que tal dimensão foi extrapolada, podendo-se atribuir às peças outras “funções simbólicas”. Especialmente a produção sobre a Medicina Legal permite reflexões acerca da importância do uso das peças de cera no processo de delimitação da especialidade e, conseqüentemente, de sua aceitação e consolidação dentro da instituição. Pode-se perceber que a maioria dos temas que, naquele momento, eram reivindicados pela Medicina Legal foram transferidos para a cera de maneira exemplar. É possível, portanto, supor que a ceroplastia foi parte das estratégias de construção dessas especialidades médicas dentro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Palavras Chave:**

Medicina legal, dermatologia, história, ceroplastia, especialidades médicas.

## Abstract

This article aims to present the use of ceroplastics in the Faculty of Medicine, University of São Paulo between 1930 and 1950. The pieces in wax, representing pathological conditions, were produced by the artist Augusto Esteves, contracted to work for the chairs of Dermatology and Forensic Medicine. The initial use of wax pieces was essentially didactic, but we consider that this dimension was extrapolated and we can attribute to it "symbolic functions." Especially the production of the Forensic Medicine allows reflect on the importance of using wax pieces in specialty delimitation process and, consequently, its acceptance and consolidation within the institution. It can be noticed that most of the issues that, at that time, were claimed by the Forensic Medicine were transferred to the wax in an exemplary manner. We can therefore assume that the wax pieces were part of building strategies of these medical specialties within the Faculty of Medicine.

**Key Words:**

Forensic medicine, dermatology, history, ceroplastics, medical specialties.

## Introdução

Entre os anos de 1960 e 1970, quando a Medicina Social abriu o debate acadêmico e social sobre os processos saúde-doença e as formas de organização das práticas sanitárias em sua visão interdisciplinar, identificou na História e em sua dimensão crítica, campo de saber fundamental. Nas palavras de Cecília Donnangelo, ao apresentar a primeira coletânea no Brasil sobre os aspectos teóricos e históricos da Medicina Social, haveria que ter seus estudiosos e defensores, uma atenção particular à dimensão histórica de sua constituição e dilemas, “apreendido e reconstruído, também, através da análise histórica”[1].

Tal empreendimento intelectual, produzido essencialmente por sociólogos e médicos, se distanciou da História da Medicina que vinha sendo difundida desde o século XIX, sob balizas ranquianas e positivistas do conhecimento histórico. Escrita quase sempre por médicos, “ordenavam fatos à luz de esquemas evolutivos que combinavam os marcos cronológicos da história política e administrativa brasileira com marcha ascendente dos conhecimentos rumo a uma história científica, eficaz, por obra, quase sempre, de vultos de importância nacional e local” [2].

Dessa forma, a Medicina Social buscava, no âmbito da saúde e das práticas médicas, a compreensão mais ampla da história da produção e difusão desses conhecimentos e práticas, não mais restringindo-se a uma investigação fechada sobre uma ideia repousada na concepção de um “irretocável” patrimônio científico e técnico, percebendo-os num contexto, onde um conjunto de fatores atuam e articulam-se entre si, inseparáveis das condições econômicas, sociais, políticas e culturais.

Mais particularmente, entre os historiadores, o impacto trazido pela tradição da *École des Annales*, entre os anos de 1970 e 1980, alargou todo um repertório de objetos, abordagens, ferramentas conceituais e fontes, originando então temas, metodologias, problemas e alternativas requalificadas por metodologias específicas da ciência histórica e de sua lógica. O território da geração da Medicina Social como George Rosen, Henry Sigerist e Entralgo sofreu incorporações importantes para essa produção, agora, também influenciados com maior profundidade pela Nova História:

“Questões pertinentes à raça e ao gênero, uma visão mais refinada de classes e categorias sociais, a atenção aos atores e particularismos locais passaram a informar os estudos sobre políticas, instituições e profissões de saúde. A história da medicina deixou de ser apenas a história dos médicos para se tornar também as dos doentes, e a história das doenças experimentou um verdadeiro *boom* historiográfico. O corpo, a infância, as sensibilidades, o meio-ambiente e outros objetos atenuaram as fronteiras entre a ciência da história e outras ciências humanas e naturais” [2].

Tal concepção de História da Medicina e da Saúde implicará na ampliação de seus métodos e, sobretudo, de suas fontes, trazendo como documento histórico, pistas, rastros possíveis que levem a compreensões capazes de repercutir, exemplarmente, as práticas dos médicos, quanto de seus pacientes, os seus espaços institucionais de ensino, pesquisa e trabalho, mas com a mesma força as práticas e representações do homem comum; os espaços de associações profissionais, sociedades científicas e periódicos, sem perder de vista o universo popular, suas formas de organização e sua leitura do mundo que o cerca.

Partindo, então, dessa necessidade mais ampla possível de documentos em seus vários tipos e origens, poderíamos citar os documentos administrativos e legislativos, como os documentos de caráter didático-pedagógico; os documentos de caráter acadêmico e iconográfico, bem como os documentos de viajantes, religiosos, naturalistas e cronistas; os documentos de caráter geográfico e corográfico e os documentos de divulgação médico-científica das publicações. Nossa pretensão aqui será a de identificar uma passagem desse campo mais formativo historiográfico, como também analítico, sobre um determinado tipo inédito de fonte histórica, no caso a ceroplastia, observando como ela pode ajudar a compreender a formação do campo médico em São Paulo nas primeiras décadas do século XX.

A compreensão desses lineamentos, ao se estudar a institucionalização da medicina e saúde pública paulistas, trará sempre novas perspectivas analíticas pelo encontro de fontes ainda não estudadas, ou como assinalou Michel de Certeau, por não deixar de ser a história também uma crítica [3]. Entenda-se por crítica, sob tal perspectiva, a possibilidade de investigar e atualizar os modos próprios de constituição dos saberes no que tange a vários aspectos: seus caminhos e desvios; os agentes e sua relação com a sociedade, lugares de produção e instituições reguladoras; modelos epistemológicos e técnicas; terrenos de atuação e tipos de prática.

## A ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Entre os anos 1920 e 1930, a medicina paulista passa por importantes transformações. (4). Tem início um conjunto de transformações corporativas vinculadas à formação dos médicos e suas especialidades, no qual o pensamento clínico tornava-se preponderante no que diz respeito às questões médicas e de saúde pública. Graças à influência da Fundação Rockefeller, um novo modelo de ensino foi introduzido.<sup>3</sup> Igualmente se observa nesse momento o colapso da medicina liberal, modelo caracterizado pelo trabalho artesanal e desenvolvido em consultório privado. Na esteira das mudanças promovidas na política de saúde após 1930, cuja marca distintiva era a centralização, a figura do médico

assalariado torna-se comum e aprofunda-se a discussão sobre as especialidades médicas [4].

Há o confronto entre a “nova” e a “velha” medicina: os novos médicos teriam esquecido o passado heróico da profissão e seus problemas fundamentais. Outra disputa teria se dado entre “antigos generalistas” e os “novos especialistas”. Como mostram Mota e Schraiber [4], ela “explicitava as mudanças de um profissional de conhecimento integral ao novo profissional, mais técnico e específico, apto às demandas tecno-assistenciais de acesso à assistência médica nos centros urbanos e rurais e com novas formas de produção social de serviços”. O Estado incorporava paulatinamente o trabalho médico. As áreas médicas lutavam para definir sua autonomia e seus objetos de intervenção. Segundo Gabriela Marinho [5], no caso de São Paulo, a especialidade foi a exigência para possibilitar políticas no campo da pesquisa, da clínica e das organizações profiláticas, que demandavam profissionais para questões específicas.

Foi nessas circunstâncias que surgiu a ceroplastia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob os auspícios dos professores João de Aguiar Pupo (1890-1980) e Flaminio Favero (1895-1982), que comandavam, respectivamente, as cátedras de dermatologia e sifilografia e medicina legal. O encarregado pela confecção das peças foi Augusto Esteves (1891-1966), artista quase autodidata cuja carreira de modelador se iniciou com Vital Brazil no Instituto Butantan, em 1912.<sup>3</sup> Ele também havia trabalhado como desenhista e ilustrador no Instituto Pinheiros, em São Paulo.

O contrato de Esteves começou em 1934 e ele ocupou uma sala na Santa Casa de Misericórdia, onde Aguiar Pupo também clinicava. Na clínica dermatológica, Esteves produziu cerca de 259 peças representando doenças de pele. [6]. Em 1937, o artista foi admitido no Instituto Oscar Freire por Flaminio Favero. Para a cátedra de medicina legal, fez cerca de 90 peças, além de inúmeros desenhos e planchas usadas em livros e aulas dos professores [6].

## A ceroplastia na dermatologia

Nos anos 1930, a dermatologia e a medicina legal eram cadeiras relativamente recentes e lutavam para obter seu reconhecimento e definir seus objetos e campos de atuação. A cátedra de Clínica Dermatológica e Sifilografia teve a sua primeira aula ministrada pelo professor Adolpho Carlos Lindenberg, em 26 de fevereiro de 1916. O médico dirigia, desde 1907, o Serviço de Moléstias da pele da Santa Casa de São Paulo [7]. Em 1929, Aguiar Pupo assumiu a cátedra, após passar pelas cadeiras de Química Médica e Terapia. É importante destacar que à dermatologia agregava-se a sifilografia, ocupada em estudar a sífilis, doença venérea cujas manifestações cutâneas a tornavam alvo das atenções dos médicos que tratavam as afeções da pele.

Aguiar Pupo também se especializou no estudo da hanse-

níase e do pênfigo foliáceo, também conhecido como “fogo selvagem”, doença autoimune que provoca lesões dolorosas na pele de todo corpo. Augusto Esteves também produziu 21 peças representando tal afeção, hoje sob guarda do Museu Emílio Ribas, em São Paulo.

Não se sabe exatamente de quem foi a iniciativa de se produzir as peças em cera. No acervo do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo encontra-se uma carta de Aguiar Pupo dirigida ao médico dermatologista francês Ferdinand-Jean Darier, chefe do departamento clínico do Hôpital Saint-Louis entre 1909 e 1922, onde se encontra uma das mais importantes coleções ceroplásticas da Europa. Datada de 12 de julho de 1929, a carta sugere que os dois médicos se conheciam há algum tempo. Na carta, o médico francês é chamado por Pupo de “mestre”. De facto, Darier é considerado um dos nomes mais importantes da dermatologia francesa. Ele identificou a queratose folicular, afeção cutânea que ficou conhecida como “Doença de Darier”. Além disso, escreveu o *Précis de dermatologie* [8], livro-texto publicado originalmente em 1909, que se tornou referência para os estudiosos da especialidade.

Alguns trechos da carta de Pupo a Darier revela a provável filiação intelectual de Pupo à escola de dermatologia do Hôpital Saint-Louis. No primeiro deles, a admiração por Darier e pelo Saint-Louis é evidente:

*Vossa Individualidade, cujo brilho eleva a celebridade da tradicional escola do Hôpital Saint-Louis constitui uma preciosa fonte de saber, que todos nós admiramos, em meio a numerosos trabalhos científicos com os quais o senhor contribuiu para o progresso da medicina universal.* [9]

Em seguida, faz referência à descoberta da doença que recebeu o nome do dermatologista francês e aos muitos trabalhos científicos por ele publicados, exaltando a sua obra principal, o *Précis de dermatologie*, “livro espetacular que nós manipulamos, que nós lemos diariamente em nossas escolas de medicina”. Por fim, fica evidente a admiração pela ciência francesa:

*Eu me sirvo da oportunidade, caro e distinto mestre, para traduzir os sentimentos de amizade e admiração que, nós brasileiros, consagramos a vossa pátria, a França imortal e gloriosa pelos feitos de sua poderosa intelectualidade latina.* [9]

A relação entre Pupo e Darier fornece a pista para enten-

2 - Entre os pontos mais importantes desse modelo, pode-se destacar: a limitação do número de alunos por turma, ensino em tempo integral, a organização das disciplinas em departamentos e a vinculação do ensino clínico à estrutura do hospital escola.

3 - Seu trabalho no Butantan consistia em produzir desenhos (ilustrou o livro de Vital Brazil, *A defesa conta o ofidismo*) e moldes de cobras em cera. Insatisfeito com os modelos importados da Alemanha, considerados imperfeitos e frágeis, Brazil incumbiu Esteves de moldar as peças a serem usadas em ensino e pesquisa. Esteves casou-se com Alvarina, filha de Vital Brazil, em 1920, e seguiu o cientista quando este deixou o instituto Butantan e fundou o Instituto Vital Brasil em Niterói, Rio de Janeiro.

dermos as peças ceroplásticas. O Hôpital Saint-Louis, como vimos, reúne enorme coleção de peças ceroplásticas de dermatologia. Em suas prováveis visitas à França, Aguiar Pupo conheceu essas peças e trouxe a ideia de montar um acervo próprio, priorizando a nosografia nacional. Há escassos registros dos usos dessas peças, mas supomos que eram utilizadas mormente em sala de aula. Apenas mais tarde elas se tornaram objetos de exposição.

## A ceroplastia na medicina legal

O primeiro titular da cadeira de medicina legal da Faculdade de Medicina de São Paulo foi o médico baiano Oscar Freire de Carvalho, profundamente influenciado pelas ideias de Raimundo Nina Rodrigues, expoente da medicina legal na Faculdade de Medicina da Bahia [10]. As atividades da cátedra de medicina legal em São Paulo se iniciaram em 1918 e, paralelamente, Freire esforçou-se para construir o campo dessa disciplina por meio da fundação, em 1921, da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia. A sociedade organizou conferências sobre a medicina legal, além de publicar a revista *Archivos da Sociedade Medicina Legal e Criminologia de São Paulo*, entre 1922 e 1959.<sup>4</sup> Freire faleceu em 1923 e a cátedra foi assumida por seu discípulo Flaminio Favero, que levou adiante a tarefa de consolidar o ensino e a pesquisa no campo da medicina legal paulista.

A medicina legal do período era bastante compreensiva, como indica Ferla [11]. Tratava de temas variados, tais como identificação médico-legal e identificação judiciária, tanatologia, traumatologia, noções de polícia técnica, criminologia, hematologia, infortunística (que trata dos acidentes de trabalho), sexologia, medicina profissional e deontologia (ou ética médica). Favero vai encampá-los de tal maneira que acreditamos ser possível falar em um “programa” para medicina legal. Em sua extensa obra, tais temas estarão sempre presentes, sobretudo em *Medicina Legal*, livro-texto escrito para ser usado no ensino da cadeira de medicina legal, publicado pela primeira vez em 1938.

Podemos constatar a pretensão de Favero em fazer da medicina legal uma “ciência moral”, ou seja, de proporcionar orientações para o comportamento de modo a evitar a anomia [12]. Isso se faz patente em seu tratado:

“É inegável que esta disciplina, dentro principalmente do subsídio dos conhecimentos médicos, embora já incorpore outros, tem finalidade mais extensa, mais vasta, de ação social. Assim, não mais atua, apenas, no esclarecimento de certas questões de processo civil ou criminal, nem tampouco, somente em aplicações forenses. Hoje a medicina legal age ou deve agir pela aplicação dos conhecimentos médicos biológicos na elaboração e execução de leis que deles carecem.” [13]. (Fávero, 1958, p. 10, grifos do autor)

Mais ainda, Favero que buscava legitimar a sua área, argumentando sobre a importância da medicina legal para outras áreas médicas e não médicas, tais como a higiene e o direito, e sua afinidade com as novas tecnologias [4]. Dizia ele:

“À medicina não compete apenas estudar as moléstias em todas as suas modalidades e estabelecer os diversos processos terapêuticos, orientando-os de molde a restituir ao doente, indivíduo, a saúde perdida, como realiza ou deseja realizar a *medicina curativa*. Incumbe-lhe também prevenir os agravos à saúde do indivíduo isolado e principalmente dos indivíduos em conjunto, constituídos agrupamentos, esclarecendo os administradores públicos nos problemas de proteção à saúde, mister da *higiene*, e, finalmente, a missão de orientar os legisladores e magistrados na elaboração e aplicação das leis civis e penais do meio coletivo, como faz a *medicina legal*.” (grifos do autor). (Fávero, 1938: 13 apud Mota e Schraiber, 2009: 354) [4].

Vemos que havia a genuína preocupação com a definição do “conteúdo original” da medicina legal, ou seja, o conhecimento e as questões próprias da disciplina, que não deveriam ser objeto das demais especialidades. Ao mesmo tempo que se batia pela delimitação do campo médico-legal, Favero defendia a importância da presença da medicina legal no currículo médico, com obrigatoriedade de ensino para todos os alunos. Segundo ele, “todo médico tem a obrigação de ser perito (...)” [14]. O trabalho de perícia era uma das chaves definidoras da medicina legal e deveria ser exercido não apenas nos casos criminais, mas também nos de acidentes de trabalho. Para Favero, a medicina legal era perícia. Por isso teria nascido e se desenvolvido.

Influenciada decisivamente pela biotipologia lombrosiana, a medicina legal reivindicava o “direito de examinar”. Seguiu-se o preceito de que o ato antissocial era uma doença e cabia ao exame médico identificar, tratar e prevenir tal patologia [15]. Mas havia mais: o “direito de examinar” ligava-se ao trabalho de consolidação da especialidade, o que seria mais fácil se seus objetos e atribuições estivessem claramente definidos. Assim, o trabalho de perícia deveria pertencer exclusivamente ao perito médico-legal, posição defendida firmemente por Flaminio Favero.

Essa preocupação com o rigor do trabalho pericial, aliado ao uso das técnicas laboratoriais, aponta para uma medicina legal que caminhava para a profissionalização e buscava obter reconhecimento através da demonstração de sua capacidade técnico-científica. Como assinala Antunes [12], a medicina legal abandonou paulatinamente os “factos morais” e a atenção dos médicos-legistas voltou-se para os aspectos técnicos das perícias.

As peças em cera produzidas por Augusto Esteves compuseram essa estratégia de fortalecimento técnico da atividade pericial e de delimitação dos objetos e métodos de inter-

venção da medicina legal paulista. Seguindo o livro-texto de Flaminio Favero, podemos verificar que a ceroplastia de Augusto Esteves deu concretude ao “programa” proposto por aquele médico para a medicina legal paulista. Quase todos os temas foram abrangidos, sem esgotá-los, pela ceroplastia. Apenas a hematologia, a criminologia, a psicopatologia, a medicina profissional e a ética médica não foram contempladas, por tratarem de questões eminentemente teóricas. Mas o resto ganhou forma através da ceroplastia.

## Conclusões

Procuramos indicar os usos e a importância da ceroplastia na consolidação da dermatologia e da medicina legal em São Paulo. Não há como apurar todas as formas de utilização das peças, mas ficou evidente que sua função precípua era didática. Durante vários anos, elas foram utilizadas nas aulas de dermatologia e medicina legal. Augusto Esteves produziu também outros tipos de material didático, tal como pranchas (desenhos e gravuras) para o ensino de aspectos da medicina forense.

O uso museológico veio bem mais tarde. Em 1980, por iniciativa de Carlos Silva Lacaz (1915-2002), diretor da Faculdade de Medicina entre 1974 e 1978 e idealizador do

Museu do Museu Histórico da Faculdade, criou-se o Museu Ceroplástico Augusto Esteves, composto pelas peças produzidas na cátedra de dermatologia. Anos depois, por conta de reformas no prédio da Faculdade de Medicina, a exposição foi desmontada e as peças foram armazenadas por Lacaz no Museu da Faculdade de Medicina, onde ainda hoje permanecem.

As peças revelam a intenção de intervir na sociedade e tornam concretos quais seriam os objetos desta intervenção. Do ponto de vista histórico, cremos que este é o aspecto mais relevante que emerge do estudo das peças ceroplásticas. Mesmo tendo perdido o seu papel didático e relegadas ao esquecimento, as peças ceroplásticas ganham hoje relevância dentro do campo da história da ciência. Como indicava Schnalke [16] há mais de uma década, as coleções ceroplásticas foram recuperadas e transformadas em objeto de estudo de historiadores da ciência e da medicina, que nelas viram importantes fontes para a compreensão da formação das especialidades médicas e da representação do corpo e de suas doenças.

---

4 - Em 1922 houve a Primeira Conferência Paulista de Medicina Legal e Criminologia. Em 1937 ocorreu a Primeira Semana Paulista de Medicina Legal. A Segunda Semana foi realizada três anos depois, em 1940.

## Bibliografia

1. Donnangelo MCF (1983). Apresentação. In: Nunes ED. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. Global, São Paulo, Brasil.
2. Benchimol JL (2003). História da medicina e da saúde pública: problemas e perspectivas. In: Andrade, AMR (org). Ciência em perspectiva: estudos, ensaios e debates. MAST/SBHC, Rio de Janeiro, Brasil.
3. De Certeau M (2000). A operação historiográfica. In: A escrita da história. 2ª. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, Brasil.
4. Mota A, Schraiber LB (2009). Mudanças Corporativas e tecnológicas da Medicina Paulista. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 16 (2): 345-360.
5. Marinho MG (2001). Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo, 1934-1952. Fapesp, São Paulo, Brasil.
6. Lacaz CS (1993). Museu Ceroplástico “Augusto Esteves”. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 26 (2): 125-126.
7. Rivitti EA, Festa Netto C (2012) Departamento de Dermatologia. In: Mota A, Marinho MG. Departamentos da Faculdade de Medicina de São Paulo: memórias e histórias. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, Brasil.
8. Darier J (1928). Précis de dermatologie. 4ª. Ed. Paris: Masson.
9. Pupo JA. Carta enviada para Jean Darier em 12 de julho de 1929. São Paulo, data [mimeo]. Fundo João de Aguiar Pupo - Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” - FMUSP. Tradução própria.
10. Meira AR, Battistella LR (2012). Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social do Trabalho. In: Mota A, Marinho MG. Departamentos da Faculdade de Medicina de São Paulo: memórias e histórias. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo, Brasil.
11. Ferla L (2009). Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do bioterrorismo. Alameda, São Paulo, Brasil.
12. Antunes JLF (1999). Medicina, leis e moral: pensamento médico e contemporâneo no Brasil (1870-1930). Ed. Unesp, São Paulo, Brasil.
13. Favero F (1958). Medicina Legal, (1ª vol). Martins Fontes, São Paulo, Brasil: 10.
14. Favero F (1940). Memorial ao Colendo Conselho Technico-Administrativo da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 10/10/1940. Fundo Flaminio Favero, Museu Histórico da FMUSP.
15. Ferla L (2005). O trabalho como objeto médico-legal em São Paulo dos anos 1930. Asclepio, 57 (1): 237-263.
16. Schnalke T (1993). A brief history of dermatologic moulage in Europe – Part III: Prosperity and decline. International Journal of dermatology, 32 (6): 453-463.





# Entre o sonho e a loucura: imigrantes portugueses no Hospital do Juquery, São Paulo – década de 1930

*Between dream to madness: portuguese immigrants in the Juquery Hospital, São Paulo – 1930s*

**Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva**

Mestre em História pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil  
ewerton.luiz@sapo.pt

## Resumo

Durante a década de 1930 o discurso psiquiátrico em torno da imigração ganhou capilaridade. Influenciada pela eugenia, a psiquiatria brasileira posicionou-se a favor de uma política de controle da imigração visando à seleção não apenas individual dos estrangeiros, mas também uma seleção por “grupos raciais”. Neste cenário, o imigrante oriundo de Portugal surgiu aos olhos das autoridades brasileiras como o modelo de imigrante ideal para as necessidades do país.

Paralelamente a todo este debate, a cidade de São Paulo transformava-se em metrópole nacional atraindo centenas de milhares de imigrantes em busca de oportunidades de trabalho. As mudanças engendradas na capital repercutiram na área da saúde que buscou combater as epidemias que assolavam a cidade para a construção de uma São Paulo moderna e salubre. No que tange às doenças do foro psiquiátrico, a cidade conheceu o Asilo do Juquery – fundado em 1898 – que logo em seus primeiros anos de funcionamento recebeu centenas de estrangeiros atraídos ao Brasil pelas promessas de prosperidade financeira.

Através da consulta a prontuários clínicos pretende-se discorrer sobre os internamentos manicomiais de portugueses instalados em São Paulo, aqueles que no lugar de realizarem os seus sonhos de riqueza foram diagnosticados com alguma forma de doença mental.

### Palavras Chave:

Imigração portuguesa, psiquiatria, Hospital de Juquery, São Paulo, eugenia.

## Abstract

During the 1930s psychiatric discourse around immigration won capillarity. Influenced by Eugenics, the Brazilian psychiatry has positioned itself in favor of an immigration control policy in order to select individual not only foreigners, but also a selection of "racial groups". In this scenario, the immigrants from Portugal came to the eyes of the Brazilian authorities as the ideal model immigrant the country's needs.

Alongside all this debate, the city of São Paulo turned into national metropolis attracting hundreds of thousands of immigrants in search of work opportunities. The changes engendered in the capital had repercussions in health that sought to combat epidemics that plagued the city for the construction of a São Paulo modern and salubrious. With respect to psychiatric conditions, the city knew the Asylum Juquery - founded in 1898 - soon in its first years of operation received hundreds of foreigners attracted to Brazil by the financial promises of prosperity.

Based on clinical reports, we intended to discuss how Portuguese immigrants, in place of realize their dreams of wealth in São Paulo, were diagnosed with some form of mental illness in the Juquery Hospital.

### Key Words:

Portuguese immigration, psychiatry, Juquery Hospital, São Paulo, eugenics.

## Introdução

A maciça imigração europeia ocorrida entre as décadas de 1880 e 1930 marcou indelevelmente a história do Brasil, em especial a de São Paulo – a “metrópole do café” – que conheceu um prodigioso crescimento urbano e industrial tornando-se o principal polo de atração destes recém-chegados ao país. A historiografia brasileira debruçou-se ao longo de décadas sobre este tema ao focar as suas análises nos principais grupos étnicos que aportaram nos portos nacionais, nomeadamente, os italianos, os japoneses e os portugueses. No entanto, trabalhos dedicados ao impacto das levas migratórias sobre a história da saúde pública, em especial sobre a assistência psiquiátrica, são mais raros. É em torno deste eixo temático que esta publicação visa oferecer uma contribuição historiográfica.

Com cerca de 64.000 habitantes em 1880 a cidade de São Paulo passou a contar com 1.167.862 em 1937, um salto demográfico de 1.700% em quase 60 anos [1]. A capital dos paulistas deixava o seu passado de burgo provinciano para trás para assumir o papel de metrópole moderna que contava com serviços de iluminação e transporte públicos, expansão da área citadina com divisão das funções urbanas destinadas ao comércio e residências. Nos bairros operários que se constituíam na capital predominavam os cortiços, a água parada em poças e a ausência de condições básicas de higiene, nestes locais, onde as epidemias proliferavam com maior intensidade.

A construção de uma metrópole como São Paulo impunha medidas sanitárias como o combate das epidemias e doenças infetocontagiosas como a cólera, febre tifoide, tuberculose, febre amarela e peste bubónica e a vacinação contra a raiva e a varíola, para preservar a saúde de sua população, cada vez maior e fornecedora de mão de obra [2]. Para além dos combates epidémicos, as doenças do foro psiquiátrico constituíram um grave problema para a cidade que crescia e se modernizava. A presença de pessoas com distúrbios mentais e comportamento dissoluto preocupava as autoridades que preconizavam uma solução para estes indivíduos: o internamento e o isolamento em hospital psiquiátrico.

Em maio de 1898, após uma campanha capitaneada pelo alienista Francisco Franco da Rocha, era inaugurado o Asilo do Juquery concebido para ser um asilo-colónia onde os pacientes pudessem trabalhar em ofícios agrícolas nas quintas anexas ao hospital central [3]. Idealizado para ser um modelo de assistência psiquiátrica, o hospital acompanhou o crescimento vertiginoso de São Paulo – em meados da década de 1930 abrigava 3.156 pacientes [4] distribuídos pelos pavilhões do hospital central e pelas colónias pertencentes ao nosocómio – tornando-se o maior hospital psiquiátrico de toda a América do Sul [5].

Esta investigação ocupou-se da presença portuguesa – um significativo segmento da população imigrante na cidade de São Paulo e um grupo étnico considerado privilegiado pe-

las autoridades brasileiras – no interior de uma importante instituição psiquiátrica. Para isso, recorreu-se a consulta sistemática de prontuários clínicos de pacientes da referida nacionalidade produzidos no Hospital do Juquery durante a década de 1930.

Para pensar sobre as fontes aqui utilizadas recorreu-se às contribuições teóricas de Michel Foucault. De acordo com o filósofo francês, a psiquiatria apresentou, a partir do limiar do século XIX, uma grande preocupação em construir seu discurso pautado em pilares médicos e científicos. A estratégia adotada foi desenvolver dois tipos de discurso: o primeiro, classificatório ou nosológico, consistia em tratar a loucura como uma série de doenças mentais, cada uma com etiologia, sintomatologia e evolução próprias. O segundo procurou desenvolver uma conceção anatomopatológica da loucura ao tentar explicar a sua etiologia por correlativos orgânicos [6].

Embora buscasse no conhecimento médico a legitimação do seu saber, a psiquiatria utilizou métodos diferentes dos propostos pela medicina. Esta fez o uso do diagnóstico diferencial, ou seja, não reconhecendo apenas a existência da doença, mas apontar a lesão orgânica responsável pela mesma. A psiquiatria preocupava-se com um diagnóstico absoluto: existe ou não a doença – loucura ou não loucura – ficando para o segundo plano o estabelecimento da diferenciação nosográfica [6].

Outro problema para o emergente saber psiquiátrico foi a questão do corpo. Como encontrar lesões orgânicas que explicassem a gênese das doenças mentais? Com poucas exceções, a psiquiatria não conseguiu identificar no corpo do indivíduo tais lesões. Desta forma, tratou de perseguir as causas da doença nos antecedentes pessoais de seus pacientes – uso do álcool e contato com a Sífilis – e, influenciada pela teoria da degenerescência hereditária, nos antecedentes familiares dos mesmos – pais alcoolistas ou parentes anteriormente internados [7].

Assim, buscava-se reunir o maior número de informações possível do paciente por meio da anamnese – inquirições a familiares e amigos do paciente sobre sua conduta antes do internamento e da observação médica – para compor o inquérito que, ao lado das drogas e da hipnose, foi um dos principais elementos utilizados pelo saber psiquiátrico para fazer a loucura emergir e combater suas manifestações [6]. É sob esta ótica que o prontuário clínico – inquérito sobre o paciente – deve ser entendido, um documento feito pelo e para o saber médico [8].

Apesar de conter informações relevantes para o psiquiatra, é possível perceber o discurso do paciente em alguns momentos no prontuário, a primeira forma é a transcrição de partes de sua fala que o médico julga necessária para reforçar o diagnóstico imbuído, ou para ilustrar exemplos do seu comportamento, a outra forma de ler a perspectiva dos doentes é por meio de cartas. Este tipo de documento é bastante valorizado por trabalhos historiográficos dedicados à questão da institucionalização da loucura e também foi muito utili-

zado como veículo para buscar “delírios” escritos nos poucos momentos de intimidade de seus pacientes.

Para a realização deste trabalho foram consultados sistematicamente 483 prontuários clínicos de pacientes de origem portuguesa internados no Hospital do Juquery entre os anos de 1929 e 1939. Cada prontuário está dividido, de maneira geral, em seis partes: identificação do paciente, contendo suas principais informações pessoais como nome, nacionalidade, estado civil, idade, profissão, data do internamento e, na maioria dos casos, a data da saída; exame no ato de entrada, descrevendo o estado geral do paciente, tanto físico como mental, no momento do internamento; exame somático, que avalia as condições do funcionamento do corpo do paciente: aparelhos respiratório, circulatório, digestivo, excretor e reprodutor; exame neurológico regista as condições de mobilidade, sensibilidade e reflexos do paciente; exame psíquico, onde a vida do paciente até o momento e durante o internamento era descrita, bem como suas associações de ideias, delírios, alucinações, condições de memória (recordação para factos passados e presentes), capacidade para o trabalho e sentimentos éticos (passando pelo crivo comportamental do indivíduo diante dos “bons costumes” da época); e o questionário, meio onde a anamnese era colhida pelos médicos através de perguntas sobre a conduta do paciente antes do momento do internamento feitas a parentes ou amigos. Sendo uma das perguntas presentes no questionário: “quais são, no vosso pensar, as causas da doença atual?”. Desta forma, a família aliava-se ao médico para a identificação da doença.

As informações presentes no exame psíquico compõem o alicerce que fundamenta esta investigação. Baseado nos subsídios da anamnese oferecidos no questionário, o médico estabelecia uma narrativa da trajetória do paciente buscando destacar o momento onde a doença mental tornara-se evidente e, portanto, uma maneira de legitimar o internamento. A partir da narração de aspetos da vida destes pacientes/imigrantes foi possível perceber os percalços das múltiplas histórias de experiências vividas por aqueles agentes históricos.

Determinados momentos da vida de um imigrante, anteriores ao momento do internamento, são revelados nas páginas dos prontuários, mas também informavam a respeito das práticas da rotina institucional e o comportamento do paciente no asilo, ou pelo menos o que os médicos consideravam digno de nota [9]. Desta forma, o prontuário emerge como importante fonte histórica acerca do paciente. No entanto, como toda a fonte utilizada pelo historiador, os prontuários contêm lacunas e a principal delas foi a carência de informações sobre a vida antes do internamento de 121 pacientes do Juquery (o que corresponde a 25% do total de internados naquela instituição). Esta ausência de informações explica-se pelo facto de que estes pacientes foram conduzidos ao hospital pelas mãos da polícia, retirados das ruas ou de cadeias, e nenhum familiar ou amigo foi encontrado para responder o questionário, meio pelo qual a anamnese médica se baseava. Nestes casos, o registo

sobre a vida destas pessoas começa no momento que entraram no Juquery e as informações prestadas pelo próprio paciente eram muitas vezes desacreditadas pelos médicos: “comunica-se com os aviões que passam pelos céus da colónia. Informações prestadas pelo paciente não são dignas de confiança”. [10]

## Discurso psiquiátrico sobre a imigração em São Paulo

A maciça presença e a chegada de novos imigrantes na São Paulo dos primeiros anos do século XX, cedo despertou a atenção dos alienistas paulistas quanto aos males que uma imigração não selecionada poderia provocar na organização da cidade. Na sua tese de doutoramento um clínico do Asilo do Juquery, Leopoldino Passos, argumentou que como os italianos e os portugueses constituíam a principal parcela entre os estrangeiros do Estado, forneciam, também, os maiores contingentes à loucura em São Paulo. O médico foi ainda mais longe argumentando, com dados pouco precisos, que a frequência da loucura era superior nos estrangeiros em comparação aos nacionais [11]:

*De 2.500.000 brasileiros temos 1.492 loucos, isto é, 59,68 loucos para cem mil habitantes [...] A relação entre loucos e habitantes portugueses deve ser muito maior do que a dos brasileiros, mas, visto a Repartição de estatística ignorar o número de portugueses, não podemos estabelecê-la. Temos no nosso estado 108 portugueses loucos e o número de normais não deve ser superior a 100.000, e mesmo que atinja a esse número ainda teremos uma relação muito superior à nossa, quase o dobro.*

Segundo Passos, alguns estrangeiros que estiveram internados na terra e obtiveram alguma melhora no seu quadro clínico acabaram emigrando para o Brasil, movidos pelos seus “delírios de ambição em fazer a América”. [11] Como as autoridades portuárias brasileiras não impediam o seu desembarque e o estado de São Paulo era o principal destino dos estrangeiros seus estabelecimentos psiquiátricos sofriam com a superlotação.

O principal alvo das suas críticas era o estrangeiro que se dirigia para as cidades, em especial os portugueses. Estes tinham, supostamente, as melhores *chances* de conseguir uma vaga no Asilo do Juquery, em detrimento dos brasileiros que enlouqueciam.

*O hospício de Juquery serve mais aos estrangeiros do que aos brasileiros. Isto é muito bonito, mas muito pouco patriótico. É muito altruísmo lançar nossos patricios nas cadeias para dar seus lugares no hospício aos estrangeiros, e por maior que seja a necessidade de recebermos imigrantes, nossa solicitude não pode e nem deve chegar a esse ponto [11].*

Mas, em terras de Piratininga, a imigração não despertou apenas apreensões no que concerne à capacidade de assistência à loucura do Estado, havia preocupações quanto à formação das novas gerações de brasileiros. De acordo com Franco da Rocha, afortunada era a Europa, pois a mesma tinha um dispositivo de controlo sobre a proliferação de homens considerados como degenerados: a emigração. O alienista paulista via com apreensão a invasão de “levas de degenerados” nos portos nacionais e os seus efeitos nocivos para os futuros brasileiros [12].

No início da década de 1930 o debate ganhou capilaridade, com destaque para o discurso psiquiátrico durante as sessões da Assembleia Nacional Constituinte de 1933/1934. Nelas, o então deputado da bancada “Por São Paulo unido” e diretor do Hospital do Juquery, Antonio Carlos Pacheco e Silva, proferiu o seguinte discurso [13]:

*Por se não proceder à seleção individual temos permitido o ingresso no nosso país de centenas e centenas de indivíduos nefastos ao nosso convívio, que enchem os nossos asilos e penitenciárias. (...) vê-se, assim, que num país imigratório, como é o nosso, cumpre um exame atento, não só da escolha dos grupos raciais, como também na rigorosa seleção individual dos imigrantes, visando beneficiar a raça em formação.*

A forte influência eugénica sobre o pensamento científico do período é notória no trecho apresentado. Os psiquiatras, inspirados pelos preceitos da Higiene Mental, consideravam-se os grandes responsáveis pela manutenção da saúde mental da população brasileira e às autoridades, amparadas pelo saber médico, caberia à seleção individual dos imigrantes, com o intuito de impedir que seres “inaptos” lesassem a raça brasileira “em formação” através do que chamavam de tara hereditária de determinados imigrantes. Mas, uma política em prol da seleção individual de estrangeiros não bastaria para resolver o problema da imigração. Era necessário optar pela vinda de grupos étnicos mais assimiláveis dos costumes brasileiros, para desta forma evitar a formação de quistos raciais [13].

Assim, não bastava que o imigrante fosse saudável física e mentalmente, era preciso que compartilhasse os valores culturais com os brasileiros – foi pelo princípio da assimilação que António Carlos Pacheco e Silva, por exemplo, proferiu um discurso agressivo contra a imigração nipónica, que, além disso, era considerada, segundo o psiquiatra, propensa ao suicídio [13].

De acordo com este raciocínio, eram os portugueses que detinham a maior compatibilidade com a composição étnica brasileira, base inerente da “nossa matriz” e, portanto, imigrantes ideais no que tange às possibilidades de interação com os brasileiros [14]. Pacheco e Silva orgulhava-se das suas raízes lusitanas como expôs no seu discurso de posse, como membro da Academia das Ciências de Lisboa, em 1954: “eu posso orgulhar-me, assim como os meus filhos, de não ter em minhas veias senão o generoso sangue lusitano”. [15]

Os laços de sangue, tecidos pelo passado histórico em comum, uniam o Brasil a Portugal, mas também uniam São Paulo, em particular, à terra lusa. O historiador Alfredo Ellis Júnior reforçou a grande afinidade representada pela mesma língua, a mesma religião e os mesmos nomes e apelidos com o meio paulista como se o imigrante português fosse “oriundo desta terra”. [16] O autor também enfatizou o papel do filho do imigrante português, nascido em São Paulo, “é paulista até a alma e busca ávido todas as ocasiões para prová-lo”. [16]

Mas o título de “imigrante ideal” conferido aos portugueses não era compartilhado por todos, nem mesmo pelos psiquiatras. Aliás, numa época em que privilegiava a hereditariedade, como uma importante chave explicativa para a manifestação de transtornos mentais, no cenário brasileiro, as comparações com os portugueses eram inevitáveis:

*Incidência de esquizofrenias entre homens brasileiros é maior que nas mulheres [88,39% contra 82,33%]. Algo semelhante é encontrado com os portugueses. [3,35% contra 2,76%] Se levamos em conta que na formação da nossa população o sangue português mais ou menos mesclado figura em elevadíssima proporção, não podemos deixar de ver aí uma correlação de causa e efeito entre a predominância da esquizofrenia entre os indivíduos brasileiros do sexo masculino. Este facto é bastante curioso e merece um estudo mais particularizado, mormente um confronto com os dados já apurados em Portugal [17].*

O trecho acima de autoria de Edgar Pinto César (1901-1974), diretor do Hospital do Juquery entre 1937 e 1944, e apresenta um estudo sobre as principais doenças mentais que atingiam o estado de São Paulo a partir da população internada no Juquery em 1943. Ainda de acordo com os dados apresentados pelo autor, entre os estrangeiros, os portugueses foram aqueles que apresentavam a maior incidência de esquizofrénicos, com 52 casos. Em pesquisas realizadas pelo autor desta investigação em Portugal sobre o movimento de entrada nos hospitais psiquiátricos deste país, foram identificados dados que permitiram uma comparação com a amostra selecionada dos imigrantes portugueses internados no Juquery. Em Portugal a ocorrência de esquizofrénicos também se sobressaiu em comparação com outros diagnósticos, com 9.523 casos – 37% do total de internamentos no período. É certo que os hospitais portugueses recebiam também pacientes de outras nacionalidades, mas pelo que se pôde apurar através da consulta do movimento de entradas no maior hospital psiquiátrico de Portugal na altura – o Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda (90% dos doentes daquele hospital provinham do território continental português e das ilhas adjacentes) [18], o que permite a comparação com os dados obtidos sobre a população imigrante portuguesa internada em São Paulo.

Na discriminação por sexo, entre os esquizofrênicos no período compreendido entre 1929 e 1939, foram identificados 4.447 homens e 5.076 mulheres internados em Portugal [19], 46% contra 54%. Na amostra recolhida pela perscrutação dos prontuários do Juquery, foram 51 homens e 28 mulheres, 65% contra 35% respetivamente. Desta forma, percebe-se que, proporcionalmente, o número de indivíduos internados com diagnóstico de esquizofrenia foi maior entre os homens portugueses em São Paulo do que em Portugal, onde, pelo contrário, predominavam as mulheres.

A maior incidência de homens esquizofrênicos entre os portugueses na capital paulista pode estar relacionada com as características da corrente imigratória portuguesa para o Brasil. Segundo os dados da Secretaria de Agricultura, entre 1908 e 1936 desembarcaram no porto de Santos 171.270 homens e 81.987 mulheres, 68% contra 32% [20]. A forte predominância masculina no fluxo imigratório português ajuda a explicar o porquê do predomínio dos homens sobre as mulheres. Portanto, aquele dado não deve ser atribuído a alguma pré-disposição dos homens portugueses à esquizofrenia, mas sim a heterogeneidade sintomática desta doença e as particularidades da população lusitana residente no Estado de São Paulo.

O debate psiquiátrico estava ancorado nas concepções eugênicas da época em busca de uma raça higiénica e apta para enfrentar os desafios da vida moderna, e o imigrante tornou-se um alvo importante na promoção ou no fracasso deste projeto. As autoridades brasileiras passaram a adotar medidas restritivas quanto à imigração no país, como a lei de cotas de 1934 – estabeleceu que o número de estrangeiros de uma nacionalidade admitidos no país não excederia o limite anual de 2% do número de imigrantes da mesma nacionalidade entrados no Brasil entre 1884 a 1934 [21], os portugueses foram isentos das cotas em 1939, e o Decreto 3010 de 20 de agosto de 1938 que, entre outras medidas, autorizava o repatriamento de todos aqueles que, em período de seis meses após desembarque, apresentassem sintomas de doenças mentais [22]. Tratava-se de uma política de restrição, seleção e controlo da entrada de estrangeiros em território brasileiro.

Embora os portugueses fossem tratados como imigrantes preferenciais em virtude de suas supostas facilidades de adaptação no Brasil, aqueles que enlouquecessem conheciam a degradação de seu estatuto privilegiado – passando de “imigrantes ideais” para “agentes degeneradores da raça”. O recurso a prontuários clínicos de instituições psiquiátricas é uma forma viável de contar parte da história destes indivíduos, mas este trabalho não abarca, nem tem a pretensão, de analisar a totalidade dos casos de transtornos mentais entre portugueses, dado que provavelmente há casos que ficaram sob a custódia das famílias ou que entraram na mendicidade.

## Os portugueses entre o sonho de riqueza e a loucura em São Paulo

Ao longo da investigação foram coletados 8.646 prontuários – os pacientes brasileiros corresponderam a 76% e os estrangeiros a 24%. Do total de estrangeiros internados, os italianos mantinham o primeiro lugar com 638 pacientes e os portugueses o segundo posto com 483 internados. Entre estes últimos, predominavam os homens, casados, com idades entre os 31 e 35 anos e procedentes de ofícios urbanos – no entanto, este último dado deve ser tratado com cautela visto que a maioria dos pacientes portugueses (230 casos) a profissão não foi informada o que sugere a retirada destas pessoas das ruas de São Paulo e seu encaminhamento, pelas mãos da polícia, ao Hospital do Juquery.

No que concerne aos diagnósticos atribuídos aos portugueses, os predominantes foram: a esquizofrenia (doença caracterizada por profundas desordens nas faculdades intelectuais, afetivas e morais, instalada preferencialmente na juventude) [23], a Sífilis Cerebral (onde a Paralisia Geral Progressiva, sua forma mais grave, manifestava-se pelo avanço do *Treponema Pallidum* sobre o organismo provocando delírios de grandeza e desalento, disartria, alucinações, deformações pupilares, paralisia facial e distúrbios de mobilidade) [24] e, a *Melancolia* (onde o paciente apresentava-se deprimido, pessimista, triste e desanimado) [25]. A Sífilis foi eleita um dos grandes flagelos da vida moderna pelos psiquiatras. Através da leitura dos prontuários examinados muitos portugueses afirmavam ter adquirido a doença após relações sexuais em Portugal, no Brasil ou mesmo em passagem pela África portuguesa. A doença evoluía de forma lenta, mas mortal sobre o organismo.

A relevância de diagnósticos de melancolia entre os portugueses em São Paulo (10% do total dos internamentos) contrasta com os dados obtidos pelo movimento de entrada nos hospitais psiquiátricos de Portugal. Para o período compreendido entre 1929 e 1936, a melancolia configura entre os diagnósticos menos frequentes em Portugal com 4,5% de um total de 21.775 internamentos em todo o país [26]. Este dado pode sugerir os efeitos da nostalgia sobre o imigrante e seu desejo de retorno à pátria. Inclusive muitos prontuários de melancólicos reforçam esta hipótese com indivíduos que foram internados pela família por nutrirem, mesmo após anos no Brasil, desejo de retorno a Portugal, ou, que relataram que começaram a sentir os sintomas da melancolia meses após o desembarque em terras brasileiras. Nestes casos, a falta sentida do país de origem foi medicalizada pela retórica psiquiátrica.

As principais causas emigração portuguesa, direcionada maioritariamente para o Brasil, residiam no foro eco-

nómico. O continente europeu atravessou importantes transformações no decorrer do século XIX, nomeadamente, as revolucionárias invenções técnicas e o desenvolvimento do capital financeiro. Naturalmente, estas mudanças não foram sentidas da mesma forma em todos os estados europeus. A noção de riqueza estava associada às reservas de ferro e carvão mineral, bem como ao desenvolvimento de caminhos de ferro para o transporte de mercadorias. Portugal não dispunha no seu subsolo de reservas ferríferas nem carboníferas que pudessem alavancar o seu desenvolvimento industrial [27]. O país manteve-se, desta forma, dependente de uma fraca agricultura – mais coletora do que produtora – incapaz de satisfazer suas necessidades internas [28]. Ainda assim, a elevada taxa de natalidade e a diminuição gradual da taxa de mortalidade garantiram – apesar de o país manter uma das mais altas taxas de emigração per capita da Europa [20] – o aumento populacional, com uma taxa de crescimento demográfico de 1% na viragem do século XIX para o XX. O país passou de 5.423.123 habitantes em 1900 para 5.960.056 em 1911 [29]. Uma indústria incipiente e uma agricultura deficitária não foram capazes de absorver o excedente demográfico português, compelindo, desta forma, os filhos de Portugal a buscarem melhores condições laborais no exterior.

O Brasil, a ex-colônia americana, atraiu centenas de milhares de portugueses pelo seu desenvolvimento económico e a consequente necessidade de braços para as lavouras da região sudeste, mas também pela imagem de “terra afortunada” que o jovem país despertava entre os portugueses. As lendas sobre a “árvore das patacas” onde o dinheiro brasileiro estava pronto para ser colhido eram contadas nas aldeias portuguesas. A opção pela emigração surgia aos olhos do português com um mal necessário, que tinha como consolo a promessa de ser temporário. Tratava-se de buscar no Brasil uma modificação no seu estatuto social, não permitida em Portugal [30]. Atingido o sucesso nesta empreitada sul-americana, o imigrante poderia regressar à sua aldeia natal.

Os emigrantes enfrentavam a dor da partida, a viagem de quinze dias rumo ao Brasil em acomodações precárias de terceira classe e percebiam nos primeiros dias após o desembarque as dificuldades em ganhar a vida nas cidades brasileiras, e ainda, a necessidade de remeter parte de suas poupanças para a família em Portugal. Muitos foram os que se entregaram a extenuantes jornadas de trabalho, residindo em precárias acomodações e mal alimentados com o intuito de economizarem até o último centavo na esperança de retornarem triunfantes para a terra de origem. Esta situação poderia conduzir a um desgaste físico e mental contribuindo para abalar sua saúde e, em alguns casos, favorecer a manifestação de transtornos mentais. A psiquiatria do período considerava que a cerebração – maior esforço na atividade cerebral – exigida pela agita-

ção do mundo moderno poderia conduzir a uma estafa física e psíquica, o que tornaria o corpo mais vulnerável à proliferação de doenças. Estas, por sua vez, atingiriam com mais facilidade os pontos com menor resistência do organismo e, se este fosse o sistema nervoso, poderiam surgir perturbações psíquicas [31].

A associação entre o trabalho exaustivo e a manifestação de transtornos mentais parece ser compartilhada pelos familiares dos pacientes, nos questionários por eles respondidos surge a pergunta: “quais são, no vosso pensar, as causas da doença atual?” e a resposta, muitas vezes, é “esgotamento nervoso por excesso de trabalho”.

Além do trabalho duro, reveses financeiros que pudessem ameaçar as conquistas do imigrante também foram apontados como agentes desencadeadores de desordens psíquicas. Num prontuário de uma imigrante consta, que depois de anos de trabalho no Brasil, conseguiu dinheiro suficiente para a aquisição de uma mercearia em São Paulo, porém foi vítima de um ato pouco honesto no momento da compra ao adquirir um imóvel inexistente. Depois do golpe apresentava-se “nervosa em excesso”, chorou pelo dinheiro perdido e lamentou a Deus por ter recebido tal castigo sem o merecer [32].

Em alguns casos os pacientes manifestavam desejos de alta do hospital com o objetivo de retornar ao trabalho e continuar a sua luta por melhores condições sociais no Brasil. Procedente do Recolhimento das Perdizes – que funcionou como um depósito de pacientes que aguardavam uma vaga no Juquery [33] –, um paciente madeirense diagnosticado com esquizofrenia aceitou responder às perguntas dos médicos que “depois de muitas insistências” conseguiram contornar seu mutismo:

– *Quer voltar para São Paulo?*

– *Quero.*

– *Pra quê?*

– *Trabalhar.*

– *E o que mais?*

– *E ganhar dinheiro para guardar* [34].

O mesmo pretendeu outro paciente quando solicitava aos médicos algum medicamento que pudesse curar seu alcoolismo, pois precisava de voltar a trabalhar. Portanto, a preocupação com o trabalho e o projeto de enriquecimento, que marcam a emigração portuguesa para o Brasil, surgiram, também, na documentação prontuarial. Alguns pacientes chegavam a contar que realizaram várias viagens transatlânticas entre Portugal e o Brasil, como José, um dos internados, que quando foi inquirido sobre o motivo de tantas viagens para a América do sul, respondeu: “pobre tem que andar”. [35]

Os diagnosticados com delírio de grandeza ou megalomania oferecem um bom exemplo do alcance das frustrações naqueles que viam seus sonhos de riqueza se esvaecer em terras estrangeiras. Segundo Pacheco e Silva, um delirante é “todo o indivíduo que imagina coisas contrárias à evi-

dência ou a realidade dos factos” [25] e o megalomaniaco, tipo particular de delirante, “um psicopata que diz ser milionário, que afirma ter vastas propriedades, quando não passa de um pobre operário, sem vintém, é uma vítima de ideias delirantes de grandeza” [35, 36].

O delírio foi percebido como a forma clássica da loucura, e esta, concebida essencialmente como uma vontade de insurreição e ilimitada, a vontade do louco de afirmação do delírio foi o principal alvo de combate do regime psiquiátrico. Desta forma, o psiquiatra posicionou-se como um agente intensificador do real, impondo sua verdade – detida por um poder sob o nome de ciência médica – sobre o louco. Este poder pelo qual o real foi imposto à loucura Michel Foucault designou por poder psiquiátrico.

Em contrapartida, a historiadora Laure Murat, conterrânea de Foucault, percebeu o delírio como um refúgio, com a virtude da consolação. A loucura seria o último reduto contra o horror de um destino sem saída [36]. Entre os prontuários examinados nesta investigação, os chamados delírios megalomaniacos acometiam com mais frequência pacientes internados no Juquery como indigentes, ou seja, aqueles que não possuíam recursos financeiros para arcar com as despesas do internamento e, portanto, imigrantes que não conseguiram atingir seus sonhos de riqueza. Nesta ótica, os mais pobres reagiam diante da pobreza que os cercava e diante do fiasco dos seus projetos de ascensão social através de atitudes oníricas: o paciente exteriorizaria seus desejos de riqueza e *status* social que foram frustrados durante o processo migratório.

No prontuário de um paciente chamado João está escrito: “diz ter uma fortuna de mais de 500 contos e mandou fazer ceroulas com bolsos apropriados para levá-la a Portugal” [37]. Outras histórias também aparecem nas páginas dos prontuários, como o homem que afirmava ouvir o espírito de Pedro Álvares Cabral indicando-lhe onde havia ouro, a mulher que antes do Brasil tentou a vida em França e nos Estados Unidos e começou a exigir joias caras ao marido falido e o jovem “dono” o edifício Martinelli – na altura o maior arranha-céus de São Paulo – e da companhia britânica de navegação a Royal Mail [38].

É importante ainda frisar que da mesma forma que um doente não perde totalmente a saúde, o louco não perde totalmente a razão, existindo uma lógica dentro de seu discurso [39]. Quando determinado paciente afirmava ser o dono edifício Martinelli não ignorava que sua posse remetia para um sinal de riqueza e o homem que apregoava possuir uma ceroula especial para carregar 500.000\$000 sabia que com tal fortuna para a época poderia retornar ao seu país e, receando ser roubado, pretendia manter o dinheiro consigo e em lugar de difícil acesso.

## Conclusões

Esta investigação evidenciou um esforço de perscrutação aos arquivos de uma instituição psiquiátrica paulista em busca da passagem, no interior de seus muros, de pacientes de origem portuguesa – um segmento bastante expressivo de imigrantes que se instalaram em São Paulo. O objetivo perseguido ao longo destas linhas foi apresentar outro lado do fenómeno migratório para o Brasil, o lado daqueles diagnosticados com alguma forma de doença mental.

A entrada maciça de recém-chegados a São Paulo provocou inquietações da comunidade psiquiátrica paulista que, influenciada pelas concepções eugénicas em voga na época, advogou pela seleção individual dos candidatos à imigração; além disso, conferiu maior importância à origem étnica do estrangeiro visando favorecer o ingresso de indivíduos considerados mais assimiláveis aos costumes brasileiros, sendo os portugueses considerados os imigrantes preferenciais pelas autoridades brasileiras.

Paralelamente, o Hospital do Juquery embora tenha sido concebido como um símbolo de assistência psiquiátrica de excelência para uma cidade que se modernizava e crescia como São Paulo, tornava-se um triste “depósito humano” abrigando os indesejados da cidade. Entre estes inúmeros rostos ignorados, estavam os imigrantes que acreditavam poder buscar uma vida melhor em uma cidade em franco desenvolvimento, mas que tiveram seus sonhos de prosperidade financeira e desejos de retorno frustrados.

## Confidencialidade dos dados

O autor declara ter seguido os protocolos de seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados. No que concerne aos prontuários de pacientes citados ao longo deste texto, as leis brasileiras de respeito à identidade dos mesmos e a inviolabilidade da intimidade de seus familiares foram rigorosamente cumpridas. Para fins de citação, apenas o prenome do paciente seguido pelas iniciais do apelido do mesmo foram apresentados.

## Conflitos de interesse

O autor declara não ter qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

## Fontes de Financiamento

O autor recebeu apoio financeiro para a realização desta investigação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.

## Bibliografia

- 1 . Instituto nacional de estatística (1937). Anuário estatístico do Brasil. Departamento de estatística e publicidade, Rio de Janeiro, Brasil.
- 2 . Freitas SM (2014). A saúde no Brasil dos descobrimentos aos dias atuais. Museu da saúde, São Paulo, Brasil.
- 3 . Cunha MCP (1988). O espelho do mundo: Juquery a história de uma asilo. Paz e Terra, Rio de Janeiro, Brasil.
- 4 . Pacheco ACS (1936). O que se tem feito em São Paulo pela assistência aos psicopatas. Museu Histórico da FMUSP, São Paulo, Brasil: 4.
- 5 . Quérel C (2014). História da loucura: do alienismo aos nossos dias. Texto & Gráfica, Lisboa, Portugal.
- 6 . Foucault M (2006). O poder psiquiátrico um curso dado no Collège de France (1973-1974). Martins Fontes, São Paulo, Brasil.
- 7 . Caponi S (2012). Loucos e degenerados uma genealogia da psiquiatria ampliada. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- 8 . Cassília JP . “E eu sei, doutor?": experiência de doença e falas sobre o Estado Novo em internos da Colônia Juliano Moreira. In: Venancio, AT; Potengy, GF (2015). O asilo e a cidade. Histórias da colônia Juliano Moreira. Garamond, Rio de Janeiro, Brasil.
- 9 . Facchinetti C. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos. In: Nascimento DR; Carvalho, D (2004). Uma história brasileira das doenças. Paralelo, Brasília, Brasil.
- 10 . Prontuário do Hospital do Juquery de Germano P, internado em 1936.
- 11 . Passos L (1919). Porcentagem da loucura no estado de São Paulo. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Brasil.
- 12 . Cunha MCP (1988). O espelho do mundo: Juquery a história de um asilo. Paz e Terra, Rio de Janeiro, Brasil.
- 13 . Pacheco e Silva AC (1934). Direito à saúde: documentos da atividade parlamentar. São Paulo, Brasil
- 14 . Koifman F (2012). Imigrante ideal: o ministério da Justiça e a entrada de estrangeiros no Brasil (1941-1945). Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, Brasil.
- 15 . Pacheco ACS (1954). Sessão realizada em 4 de novembro de 1954, presidida pelo professor Egas Moniz, Lisboa, Portugal: 8.
- 16 . Ellis Júnior A (1934). Populações paulistas. Companhia Editora Nacional, São Paulo, Brasil.
- 17 . César EP (1943). Alguns aspectos da incidência das moléstias mentais no estado de São Paulo . Arquivos da Assistência aos Psicopatas do estado de São Paulo 8: 299-333.
- 18 . Subsecretaria de estado da assistência social (1948). Centenário do hospital Miguel Bombarda antigo hospital de Rilhafoles 1848-1948, Lisboa, Portugal.
- 19 . Direção geral de estatística (1929-1939). Anuário estatístico de Portugal. Imprensa Nacional, Lisboa, Portugal.
- 20 . Klein HS (1993). A integração social e econômica dos imigrantes portugueses no Brasil nos finais do século XIX e no século XX. *Análise Social* 28: 235-265.
- 21 . Mendes, JS (2011). Laços de sangue. Privilégios e intolerância à imigração portuguesa no Brasil. EDUSP/FAPESP. São Paulo, Brasil.
- 22 . Decreto 3010 n.3010 de 20 de agosto de 1938. Regulamento o decreto-lei n.406, de 4 de maio de 1938, que dispõe da entrada de estrangeiros em território nacional. Consultado em 14 de agosto de 2014. In: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=101078>.
- 23 . Pacheco e Silva AC (1940). Terapêutica moderna da esquizofrenia. Museu Histórico da FMUSP, São Paulo, Brasil:13.
- 24 . Pacheco e Silva AC (1938). A Neuro-sífilis no Brasil. Museu Histórico da FMUSP, São Paulo, Brasil.
- 25 . Pacheco e Silva AC (1934). Cuidado aos psicopatas. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, Brasil.
- 26 . Direção geral de estatística (1929-1939). Anuário estatístico de Portugal. Imprensa Nacional, Lisboa, Portugal.
- 27 . Fraga LA. Portugal e a Grã-Bretanha. In: Afonso, A; Gomes, CM (2013). Portugal e a grande guerra 1914-1918. Verso da História, Vila do Conde, Portugal.
- 28 . Telo, AJ (1994). Economia e império no Portugal Contemporâneo. Edições Cosmos, Lisboa, Portugal.
- 29 . Miranda, S. A base demográfica. In: Serrão, J (1991). Portugal da monarquia para a república. Editorial presença, Lisboa.
- 30 . Pereira MH. A política portuguesa de emigração (1850-1930). In: Tengarrinha J. A (1999) historiografia portuguesa, hoje. Hucitec, São Paulo, Brasil.
- 31 . Pacheco e Silva AC (1938). A Neuro-sífilis no Brasil. Museu Histórico da FMUSP, São Paulo, Brasil.
- 32 . Prontuário do Hospital do Juquery de Carlota LA, internada em 1937.
- 33 . Salla F (1999). As prisões em São Paulo 1822-1940. Fapesp/Annablume, São Paulo, Brasil.
- 34 . Prontuário do Hospital do Juquery de Manuel M, internado em 1936.
- 35 . Prontuário do Hospital do Juquery de José SG, internado em 1939.
- 36 . Murat L (2012). O homem que se achava Napoleão. Por uma história política da loucura. Três Estrelas, São Paulo, Brasil.
- 37 . Prontuário do Hospital do Juquery de João DM, internado em 1933.
- 38 . Prontuário do Hospital do Juquery de Manuel LS, internado em 1934.
- 39 . Foucault M (2010). História da loucura na idade clássica: Perspectiva, São Paulo, Brasil.



# Empiric-metaphysical medicine and modern medicine in Africa

## *Medicina empírico-metafísica e medicina moderna em África*

---

**Jean-Paul Bado**

Director of the Group for Reflection and Action for Health in Africa (GRASA),  
and Senior Researcher at the University Aix-Marseille (IMAF)  
jppaulbado@wanadoo.fr

### Abstract

This paper looks to the past to refute a mechanistic vision that perpetuates the colonial perceptions of medicine in African societies. African medical practices existed before, during and after colonization, and it is reductive to consider them under the mantle of tradition, which obfuscates the possibility of analysis and comparison. In place of the inadequate concept of traditional medicine, "empiric-metaphysical medicine" more aptly qualifies the medical practices of African societies. What does this new concept bring to the knowledge of medical practices within the continent? How did "empiric-metaphysical" medicine resist powerful modern medicine? What continuities and ruptures characterize the history of medicine in Africa?

#### Key Words:

Colonial medicine, Empiric-metaphysical medicine, Modern medicine, History of Medicine, Africa.

### Resumo

Este artigo olha para o passado para refutar uma visão mecanicista que perpetua as percepções coloniais da medicina nas sociedades africanas. As práticas médicas africanas são anteriores, ao período colonial, existiam durante e após a colonização, e é redutor considerá-las sob o manto da tradição, que ofusca a possibilidade analítica e comparativa. Em vez do conceito inadequado da medicina tradicional, o de "medicina empírico -metafísica" qualifica de forma mais adequada as práticas médicas das sociedades africanas. O que traz então este novo conceito ao conhecimento das práticas médicas no interior do continente? Como resiste a medicina "empírico-metafísica" ao poder da medicina moderna? Que continuidades e rupturas caracterizam a história da medicina em África?

#### Palavras Chave:

Medicina colonial, medicina empírico-metafísica, medicina moderna, história da medicina, África.

## Introduction

Empiric-Metaphysical Medicine! What is this strange expression? Despite its odd sound and its length, this term best explains the medical practices in colonized and independent Africa. In addition, it allows us to break with certain habits when analyzing medicine in African societies. In many writings, one encounters the term “traditional medicine(s)”, used out of ignorance or contempt or negligence. It is what Beck A. did in her book [2] to describe the medical concerns in Kenya and Tanzania between the 1920s and the 1970s, and also Domergue-Cloarec D. when she studied health policy in the colony of Ivory Coast (1905-1958) [3]. Analysis of the word “tradition” or “traditional” demonstrates the superficiality of this concept. The terms “tradition” and “traditional” are inadequate, imprecise and sometimes pejorative. What is more, they serve to maintain an ideology of omnipotence of scientific objectivity [4].

## The dangers of prejudices relating to the “african medical system”

From the observation and detailed study of the “african medical system”, we must relativize the writing of European explorers, of colonial physicians, and of many African physicians today, all of whom have criticized the system as obscure. It was several years after the colonization of African territories that the British, French, German and Portuguese began to pay attention to African medicine and African healers. According to Beck [2], more attention was paid in British East Africa to the health of Africans in the 1920s. In French African colonies, it was in the 1900s because of the impact of smallpox. Through their ignorance of African customs and beliefs, they have distorted our understanding of the African medical system. As they had considered African medical practices at the beginning of colonization to be primitive medicine in the full meaning of the word - a world of magic dominated by supernatural forces - it was difficult for them, in their position of superiority, to be self-critical, even after having sent a number of scientific scholars to collect the medicinal plants used by indigenous peoples. Though Europeans had partly abandoned certain anti-medical beliefs in Europe, the position of colonization prevented them from comparing what one could call “popular medicine” to that which in African societies were considered as “magic-religious” practices. In reality, the consequences of the social disruption caused by the colonial state -- for instance the propagation of germs and vectors, as well the lack of health safety on the part of the colonizer -- obliged them to reconsider the mechanisms of exploration and colonization, notably by protecting the “human capital”. The high colonial administration and the medics had to change their deeply rooted philosophy in domination in order to free African medical practices

from caricature,<sup>1</sup> as certain colonial doctors and administrators had managed to do through the study of African beliefs and medicinal plants that were successful in the treatment of major diseases such as onchocerciasis, pulmonary ailments, leprosy, malaria, diarrhoea, etc.

## The term “traditional medicine” is problematic

In light of these considerations, we observe that the term “traditional medicine” does not describe ancestral medicine in Africa. In the interior of Africa, there were numerous medical influences including new elements from Arabic countries and Europe. During the colonial period and later, one would find amongst the merchandise of a vendor the drugs of modern medicine side by side with the drugs of “healers”. Is it possible to consider them as elements of “traditional medicine” or modern medicine? What can one say about the retired nurses of the health service in Africa who used both ancestral and “scientific” medical practices? Do they belong to modern medicine or traditional medicine? Indeed, what is “modern” in the varied array of modern and African medicines? What does one think about “pharmacie gazon” in Mozambique, Angola, Burkina Faso, Nigeria, Tanzania, Gambia, Souf Africa, etc? What can we say about the many teenagers who sell modern drugs on the streets? Many African healers use the stethoscope and the thermometer for their consultations. Some of them follow certain aspects of modern medicine, by using health records like medical doctors and by assuming the title of “traditional hospital” or “traditional doctor” [5]. In many countries in East and West Africa (Tanzania, Uganda, Kenya, Nigeria, Burkina Faso, Ghana, Ivory Coast, etc), the health policy makers recognized the place of the specialists in empiric-metaphysical medicine, who were known as tradi-practitioners. In these circumstances, it is difficult for the historian of health and medicine to defend the label “traditional” in African medical practices, as it is impossible for him to accept the scientific character of modern medicine in Africa.

As Cicourel [6] pointed out in 1985 in his analysis of the gap between scientific discourse and concrete medical practices, we need to recognize that if there is everywhere a gap between common sense and scientific thought, this difference is particularly true in Africa, where the cultural referent, the explicative models amongst family and social groups seem so far from diagnostic and therapeutic principles. These differences between medical principles and social realities are not new, either in Africa or in Europe. As Jacques Leonard wrote in his book “*Médecine, maladies et sociétés dans la France du XIX<sup>ème</sup> siècle*” (1981), after medical school the recently qualified physician encountered amongst the patients superstitious behaviours and preju-

dices which hindered the application of his overly new science. Most often, he discovered the reactions to, the and conceptions of, health through his own social group, sometimes via his own family. Typically, physicians shared the sensibilities of the patient so well, that they slowly abandoned the basis of science, and progressively plunged into “medical empiricism”. The gap between medical theory and practice acknowledges the danger of the “agents of health” who are often without scientific training, aside from a very summary sketch of physiology, pathology and therapeutics which, according to Claude Bernard [7], constitute the fundamentals of scientific medicine.

Furthermore, the confusion of terms about African medical practices was developed in the course of the colonial period by early anthropologists and Christian missionaries, many of whom did not understand African languages (or understood them poorly). Through their views, the images of African healers were degraded and tarnished. They called them charlatans, superstitious imposters, sorcerers, medicine men, *mganga* (Swahili for healer), wise men, seers, curers, herbalists, Bantu medicine, diviners, etc.

### A better concept: empiric-metaphysical medicine

Using the concept of *traditional medicine*, traders, explorers, and missionaries, and later colonial physicians, devalued and denatured African medical practices. Through the word “tradition”, one understands a static situation, without change. In fact, as we clearly observe, African medicines have not been without change. Change was slow, but there was a shift which demonstrates the inappropriate character of the term “*traditional medicine*”. By contrast, we can see the relevance of the concept *empiric-metaphysical medicine* to describe African medical practice.

*Empiric-metaphysical medicine* highlights two principles of African medicine, the empirical functioning and the resort to metaphysics. -Empiricism is the reproduction of something by observation, by imitation, by experience. With time, it becomes an automatism where the faculty of reasoning is rarely being used. This manner of thinking or this approach transmits from generation to generation. Explanation by recourse to tradition supposed that societies were locked in a changeless environment without contacts with other societies. In several African countries, colonization with policy of Assimilation or Association disrupted the permanence that governs empiricism. It produced a rupture, which had already been created in many societies by previous movements provoked by migrations and conquests before the colonial period. Medical empiricism has not remained without dynamism. Change has been very slow, but it presses on nevertheless. Metaphysics plays an equally important role in empiric-metaphysical medicine.

### The confusion due to the World Health Organization

Given this discussion, it is impossible to agree with the definition of African medicine given by the committee of experts in 1976 at their meeting in Brazzaville [2]. According to the report, “traditional medicine might ... be defined as the sum total of all the knowledge and practices, whether explicable or not, used in diagnosis, prevention and elimination of physical, mental or social imbalance and relying exclusively on practical experience and observation handed down from generation to generation whether verbally or in writing”. This definition lays stress on the non-scientific character of African medicine, indirectly denying the capacity of African medical practice to adapt. African medicine does not regard man as a purely physical entity, but also takes into consideration the sociological environment (ancestors whether living or dead) and the “intangible forces” of the Universe such as spirits and gods. The problem is due to the lack of historical distance in this definition. The presence of a historian among the experts would have served to prevent this mistaken analysis, because the concept of “tradition” perpetuates a flawed portrait of a changeless landscape. The experts of WHO did not use the word empiricism in order to not recognize the capacity of African medicine to change; nor did they recognize the importance of technical, elementary and practical experiments in African medicine even though in many countries in the 1960s, these experts attempted to incorporate medicinal plants into the program of social and economic development as in Tanzania, Kenya, Mali, Cameroun.

The beginning of modern medicine in Africa was during the early days of the colonial period, with its presence on the coastal region, particularly in the factories, before colonial conquest. The feeble medical knowledge of this period did not facilitate the tasks of the colonial physicians, and their prejudice dominated their observations and analyses. For instance, like several African ethnic groups, colonial physicians believed that sleeping sickness was caused by the action of sorcerers or diviners. They thought that leprosy was hereditary, that yellow fever and malaria were provoked after breathing polluted air coming from the marshes. Many of these physicians were discovering African lands for the first time.

---

1 - Grann C. H. and Duigan P. wrote in their book (1968) “Burden of Empire An appraisal of Western Colonialism in Africa England, London, South of the Sahara, Pall Mall Press, UK : “The African doctor was a shrewd botanist, but more much his therapy, like Dr Faust’s, depended on sympathetic magic. A patient with a weak back would be treated with a mixture of the powdered bones of a python’s back, injected at the site of his pain. The muscles of lion’s heart were used to strengthen soldiers about to go to battle. Bantu healers were imagined to possess a healing spirit who would find the right remedies and thus wielded tremendous psychological influence. They could not, however, cure their patients of malaria, sleeping sickness, bilharziasis, hookworm, or similar parasitic diseases. .... Disease that confronted Bantu society with an insoluble problem, and the image of the hale and hearty tribesman was often just a storyteller’s dream. In tropical Africa a very large number of people were, and still are, chronically ill from the hour they born to the hour of their death, and their life expectancy is still low –about thirty-five years”. cf. p.283.

The colonial powers trained many physicians, pharmacists, midwives, nurses, and healthcare workers. They built a number of medical centers – hospitals, dispensaries -- in their colonies and protectorates. They developed research laboratories in both Europe and Africa, most notably to fight against small pox, leprosy, yellow fever, trypanosomiasis, malaria, and onchocerciasis, etc. But they neglected to study African beliefs, save to summarily skim over them, insufficiently appreciating certain behaviours rooted in long-standing mentalities. They failed to comprehend social realities. For example, they insisted more on practical training, and less on theoretical medical knowledge [1, 8].

Despite change after World War I, the vision of superiority did not favour the relationship between the sick and the colonial physicians. Moreover, indigenous physicians were less esteemed than European medical doctors. The march toward independence contributed to a deeper implantation of colonial medicine. Indigenous physicians were incapable of continuing the practice of the new medicine because scientific training requires the transition from ignorance, prejudice and culturally-specific beliefs to the objective knowledge derived from experimental science. But the lack of understanding of African perceptions of illness, death, hygiene and health did not allow one to penetrate indigenous lifestyles and the spread of disease. As in Europe, it was only the point of view of the colonizer -- or rather that of physicians and administrators -- which was considered. Whereas

one recognizes that a health program reaches its goal if it succeeds in modifying the behaviours of people toward better health, so with the participation of populations health policy succeeds.

## Conclusion

Even when colonial medicine abandoned ideology, and became scientific, it was not possible to study African attitudes towards medicine. It is important to examine attitudes in order to comprehend the rapid change in Africa today, notably to better manage health programs. Unfortunately, physicians often refuse to collaborate with historians. The latter are able to analyze the evolution of attitudes over the long term. An analysis of African conceptions of hygiene could help to avoid at least 50 per cent of ailments, because one would be able to discover how people understand hygiene-related illness. Perhaps we have to compare the actions of genies and bad spirits to those of microbes, and to compare prevention to that which we call "*blindage magique*" --a magical screen that serves as a barrier to illnesses. In any case, the future of African medicine depends upon a fuller understanding of African attitudes to medical practice.

\*I wish to thank Gregory Shaya and Penny Paterson for improving the readability of my english.

## Bibliography

1. Bado JP, (1996), Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, Paris, Karthala, France.
2. Beck A, (1981), Medicine, tradition, and development in Kenya and Tanzania 1920-1970, Massachusetts, Crossroad Press, USA.
3. Domergue-Cloarec, D. (1986), La santé en Côte d'Ivoire, Association des publications de l'université Toulouse --le Mirail, 1986, tome 1, France.

4. Thuillier P, (1980), Le petit savant illustré, Paris, Seuil, France.
5. Rosny E de, (1992), L'Afrique des guérisons, Paris, Karthala, France.
6. Cicourel AV, (1985), Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, Actes des recherches en sciences sociales, 60, 1985, vol 1, 79-89.
7. Claude Bernard, (1865), Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris, JB Baillières et fils, France.
8. Illife J.,(1998), East African doctors a History of Modern profession, Cambridge University Press, UK, 1998.

# Território da lepra: a criação e consolidação do Refúgio dos Leprosos em Anápolis, Goiás, Brasil (1930 –1970)

*The lepers territory: the creation and consolidation of a Refuge for Lepers in Anapolis, Goiás, Brazil (1930-1970)*

## **Giovana Galvão Tavares**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Faculdade de Odontologia e Faculdade de Medicina– Centro Universitário de Anápolis, Goiás, Brasil  
gio.tavares@gmail.com

## **Janes Socorro da Luz**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Territórios e Expressões Culturais do Cerrado e Curso de Graduação em Geografia– Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil

## **Josana de Castro Peixoto**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis, Goiás e Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, Goiás, Brasil

## **Dulcinea Maria Barbosa Campos**

Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente e Curso de Graduação em Farmácia - Centro Universitário de Anápolis, Goiás

## **Rogério Monteiro**

Discente do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis, Goiás, Brasil

## **Resumo**

Este artigo tem por objetivo apresentar resultado da pesquisa sobre território dos leprosos residentes em Anápolis nos anos 1930 - 1970. A coleta e análise de relatos orais, imagens fotográficas e documentos de arquivos individuais e institucionais foram fontes para a realização da pesquisa. O leprosário instituído em Anápolis foi construído pela Sociedade São Vicente de Paulo nos anos de 1930 por meio de doações públicas e privadas. Na década seguinte ele foi desativado devido à inauguração da Colônia Santa Marta em Goiânia, para onde foram os doentes atendidos pelo Leprosário de Anápolis. Na década seguinte foi criado o território do refúgio por doentes fugitivos das colônias e, durante as décadas 50, 60 e 70, os residentes sobreviveram de doações (alimentos, roupas, etc) feitas pela sociedade local que as entregavam para evitar que eles fossem para a cidade. Nos anos de 1970 estava consolidado o território do refúgio dos doentes de lepra. A segregação e miséria foram os elementos norteadores da produção de sua territorialidade.

### **Palavras Chave:**

Território, leprosário, refúgio.

## **Abstract**

This article aims to present the results of research on the territory of lepers living in Anápolis during the years of 1930-1970. The collection and analysis of oral reports, photographic images and documents of individual and institutional archives were used as sources for the research. The leprosarium established in Anápolis was built by the Society of São Vicente de Paulo in the 1930s through public and private donations. In the following decade it was disabled due to the opening of the Colony Santa Marta in Goiânia, where patients that were treated at the leprosarium in Anápolis went. The following decade a refuge territory for sick fugitives from the colonies was created and, during the 50s, 60s and 70s, the residents survived on donations (food, clothing, etc.) made and delivered by the local society to ensure that they did not enter the city. In the 1970s the territory was consolidated as a refuge for leprosy patients. Segregation and poverty were the guiding elements for the creation of their territoriality.

### **Key Words:**

Leper colonies, refugees.

## Introdução

Este artigo tem por objetivo apresentar o território dos leprosos situado em Anápolis nos anos 1930 - 1970. Para tanto, realizou-se levantamento bibliográfico, coleta e análise de relatos orais e imagens fotográficas. Por meio da análise dos dados percebeu-se que poucos estudos haviam sido feitos sobre os leprosos residentes na cidade e período mencionado, talvez por se tratar de “personagens escondidos”, [1], inserido num território também escondido.

Cabe ressaltar que no campo dos estudos geográficos o conceito de território inicialmente atrelou-se a ideia de matéria inerte, circundada por fronteiras, na qual o poder se estabelece. Neste caso, [2], desde o nascimento do Estado territorial (Sec. XIX) a sociedade é deixada de lado, com se existisse uma cisão entre, de um lado, as materialidades e, de outro, ações sociais.

O conceito de território modificou-se e, conseqüentemente, suas concepções temporais e espaciais também. No cenário atual discute-se o território construído e desconstruído dentro de escalas temporais (séculos, décadas, anos, meses ou dias); o seu caráter permanente; sua existência periódica cíclica (contínuo ou descontínuo); e espacialidade móvel [3].

O território [4] também aparece em outras perspectivas: parcial, integradora, relacional e multiterritorial. Para o autor a perspectiva parcial diz respeito ao entendimento político, cultural, econômico e naturalista, cada qual percebido de forma isolada. Na integradora o território é entendido como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais, seja econômica, política, cultural. Na relacional o território é entendido como movimento, fluidez, interconexão proporcionando o processo de territorialização/desterritorialização/reterritorialização. E, por último, na perspectiva da multiterritorialidade pode-se considerá-la como as diferentes formas como o território se apresenta dentro do espaço, ou ainda, como um processo constante de reterritorialização.

Outro expoente na discussão do conceito foi Milton Santos. Para ele o território só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam [5].

Pensar o território usado é pensar a territorialidade, pois envolve considerar as relações econômicas, sociais, culturais e políticas, bem como também, questões espaciais e temporais. Ele é o espaço onde forças sociais se utilizam de mecanismo de inclusão e exclusão e é espaço de poder, de ação e de resistência. Portanto a territorialidade se materializa por meio das ações humanas. O território é a forma e o seu uso são as ações.

Outra estudiosa do assunto [6] nos diz: a cada período, vivemos um tempo concreto, feito de possibilidades concretas à disposição dos atores. Escolhidas, tais possibilidades tornam-se existenciais, às quais podemos chamar território usado, mas os atores têm força diferente, que advém, entre outras coisas, das suas interpretações sobre as possibilidades do período. As temporalidades são, portanto, visões do tempo, visões do período, que se fazem com recursos e constrangimentos, como a informação, a educação, o acesso às coisas e às ideias ou sua falta, as limitações de classe, entre outros. É uma interpretação do período e a produção de uma territorialidade. Vemos o mundo a partir de nosso sentido de pertencimento.

Neste sentido acrescenta-se ao conceito de territorialidade o sentimento de pertencimento. Tal sentimento é desigual entre os atores do território por causa da diversidade de situações existenciais. Diante do exposto, este artigo busca responder às seguintes perguntas: como se formou o território do refúgio? Quem são os atores que usam o território do refúgio? Como esses atores interpretam sua territorialidade?

## Território da lepra

A cidade de Anápolis se localiza na porção centro oeste do território brasileiro, conforme a figura 1, sua história se remete ao início do século XX, sendo que nos anos de 1930, atraiu migrantes devido ao desenvolvimento econômico ocasionado especialmente pela instalação da seção da estrada de ferro, estabelecendo a cidade como base para a expansão e interiorização do Brasil.

Os imigrantes que estabeleceram residência em Anápolis nos anos 1930 vieram de diferentes estados brasileiros ou de outras

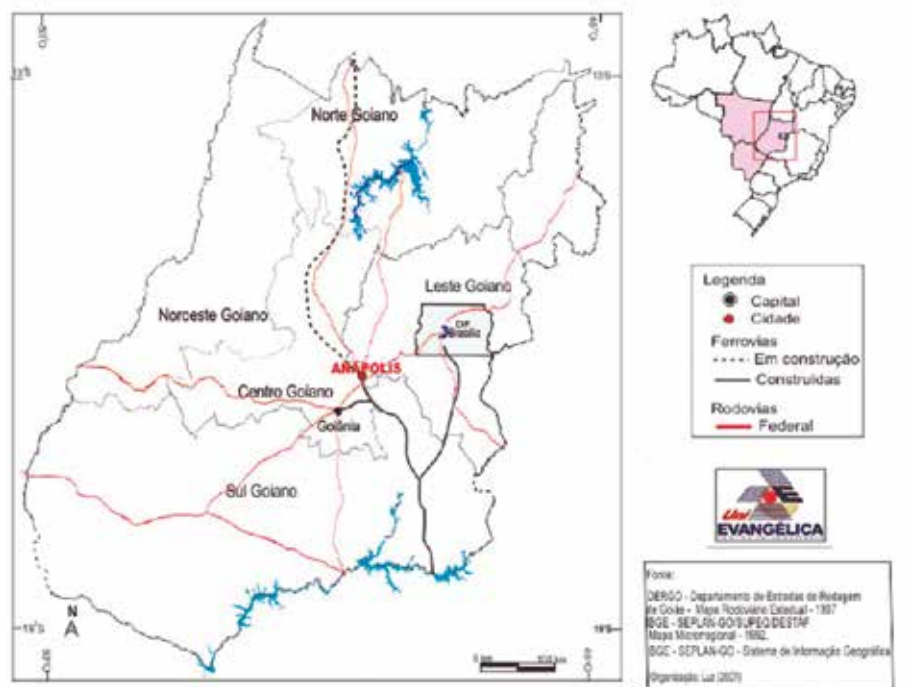


Fig. 1: Localização da cidade de Anápolis na região Centro Oeste do Brasil

idades do estado de Goiás e junto aos sãos também vieram os doentes de lepra. O aumento de pessoas identificadas com a doença impulsionou os membros da Sociedade São Vicente de Paulo (entidade que se encarregava de prestar assistência aos pobres e doentes na cidade de Anápolis) a manifestar-se a favor da construção de uma casa para isolamento dos leprosos, afirmando que eles estavam causando problemas para a população local [7]. Segundo registro no diário da enfermeira inglesa Mary Hamilton [8] era comum encontrar nas estradas que ligavam Anápolis a outros municípios leprosos perambulando com o objetivo de se esconderem. Ela também relata sobre as festividades religiosas e o número expressivo de “miseráveis leprosos” mendigos espalhados, pedindo esmolas e orações.

Os doentes estavam pulverizados pela cidade e em contrapartida a sociedade expressava o medo da contaminação, onde [9] a doença é endêmica, ela pode parecer um poder implacável que a deifica e a transforma em um poderoso ser sobrenatural que deve ser aplacado. E é nesse cenário que o médico inglês James Fanstone e sua equipa tratavam, no subúrbio da cidade, os doentes de lepra. Mas não era suficiente para atender a demanda e o controle da doença.

Em Anápolis, no ano de 1931, ocorreu o ato público para isolar os leprosos que circulavam livremente, especialmente, aqueles que viviam as margens do corpo d’água que abastecia a cidade. As manifestações iniciaram pelos produtores rurais que denunciaram os doentes de contaminarem a água que era utilizada na produção agrícola. Em março do ano citado a Sociedade São Vicente de Paulo assumiu a liderança no processo de abertura de um local próprio para o atendimento.

Em 18 de outubro de 1931 a Sociedade propôs que a prefeitura doasse o terreno para construção do leprosário e, em contrapartida, ela se responsabilizava pelos doentes e, em 15 de dezembro de 1931, foi doado o terreno pela Prefeitura Municipal de Anápolis à referida instituição. O documento de doação registra:

*sendo a Prefeitura de Anapolis, senhora e possuidora de um terreno de cultura e campos, com 5 alqueires mais ou menos, dividido, situado no lugar antigamente denominado 'fazenda Lagôa Formosa', imediações desta cidade, havido por doação feita pelos condôminos da referida fazenda dôa, como efetivamente doado tem, um alqueire de 4 hectares e 84 ares de terreno a donataria conferencia de S.Vicente de Paulo de Anapolis para fim especial e debaixo da expressa condição de nele ser edificado casa ou casas para leprosos; e neste caso ficará pertencente à Conferencia toda a posse e domínio do referido terreno.*

Em 1932, no ano da inauguração, a Instituição contava com a presença de 65 internos. A localização da área doada era na época,

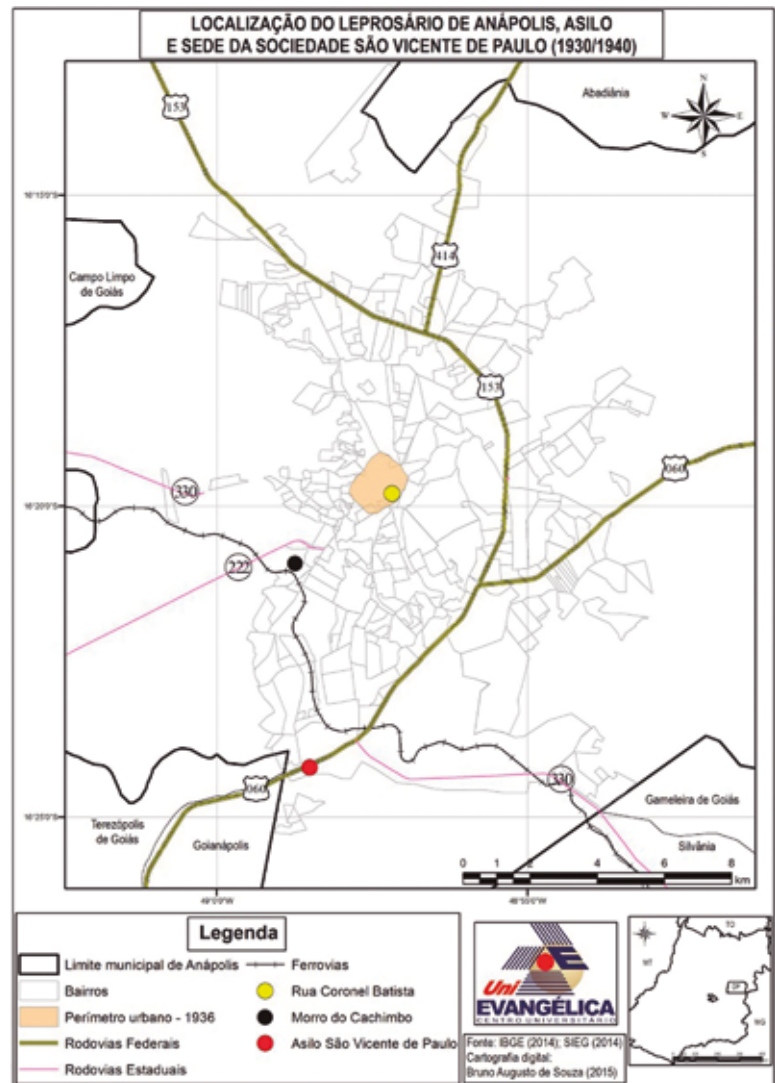


Fig. 2: Localização do Leprosário de Anápolis, Asilo e Sede da Sociedade São Vicente de Paulo (1930-1940)

ca, conforme demonstrado na figura 2, distante do centro da cidade, caso considere-se os meios de transporte e condições das estradas de acesso da época. Inicia-se em Anápolis o instinto de defesa do território contra o perigo da doença e de suas epidemias. O território da doença delimitou-se, pois ficou imposto o cordão sanitário. O terror ao contágio perturbou a razão do são e o doente tornou-se vítima e causador do mal.

O estatuto da Sociedade São Vicente de Paulo de março de 1932 diz no Art 4º: “[...]A Conferência foi fundada para os fins seguintes [...] e) continuar a manter o asylo de S. Vicente de Paulo desta cidade, onde serão internados a critério da Conferência, os pobre socorridos f) manter ainda, quando lhe permitirem as posses, o Lazareto actual, que passa a denominar 'Lazareto/Bom Jesus', para o isolamento e manutenção dos leprosos [...] Art. 13º. Compete ao presidente [...] nomear as comissões administrativas do asylo de S. Vicente de Paulo e do Lazareto Bom Jesus, as quais serão autônomas quanto à parte administrativa [...]”

O cuidado com os leprosos residentes em Anápolis tornou-se uma obrigatoriedade da Sociedade Vicentina condicionada a

subvenções e doações da Prefeitura e de empresários para sua manutenção. Conforme mencionado na citação do estatuto, o Lazareto Bom Jesus teria autonomia administrativa de 1932 a 1947. Em publicações no *Jornal Anápolis* encontrou-se registros de prestação de contas, especialmente, quando a Instituição recebia parte dos rendimentos das licenças de diversões emitidas durante as festividades religiosas realizadas na cidade. Além da manutenção do funcionamento a verba também era utilizada para ampliação do Lazareto. A Sociedade de São Vicente de Paulo [10] informava que aumentou o número de doentes que procuravam o leprosário e também que estavam recebendo mendigos.

Trata-se de um aumento que, provavelmente, refletia o recenseamento realizado em Anápolis para o recolhimento de leprosos que viviam dispersos nas ruas da cidade. Em 1943, [11] foi anunciada a construção da Colônia Santa Marta em Goiânia, capital do estado de Goiás. E, na edição de março de 1941 do *Jornal O Anápolis*, [12] um doente residente no Lazareto Bom Jesus agradece à população do município pelos benefícios recebidos, destaca o trabalho de James Fanstone e sua enfermeira Mary; Arlindo P. Cardoso; Brasil Xavier Nunes e Moacyr Romeu Costa, e finaliza a nota anunciando que eles (leprosos) estavam sendo transferidos para Colônia Santa Marta.

Nesse momento a população leprosa atendida pela Sociedade São Vicente de Paulo desterritorializa-se e se territorializa na capital do estado de Goiás. A territorialidade da lepra tem, nesse momento, novo endereço, isolado, localizado 8 km da nova capital e de difícil acesso. O território era uma cidade-hospital (fig. 3), posto que lá havia moradia, trabalho, lazer, cemitério, cadeia, etc., bem como 70 km<sup>2</sup> de terra para cultivo agrícola, atividade utilizada como terapia por meio do trabalho. Ela possuía estrutura arquitetônica dividida em zonas: sadia; doente e observação. Este modelo privilegiava o risco zero. Apesar da estrutura de isolamento que havia na Colônia ainda se registrava fuga de considerável número de doentes [13].

Nos anos de 1950, parte dos leprosos que foram isolados na Colônia Santa Marta retornaram para Anápolis e se territorializaram nas cercanias da área urbanizada de cidade que, posteriormente, foi denominado “Morro do Cachimbo”.



Fig. 3: Fotografia do pavilhão de confinamento compulsório da Colônia Santa Marta. Fonte: *Jornal “O Popular”*, 1989.

## A territorialidade do leproso

Nos anos de 1950 fugitivos da Colônia Santa Marta e pessoas que eram identificadas como portadoras de lepra territorializam-se no espaço vizinho aquele pertencente à Sociedade São Vicente de Paulo (fig. 4). O território usado na (re) ocupação caracterizava-se como área de declive e aclive elevado, facto que evidencia o aparecimento de processos erosivos com presença de ravinas e voçorocas que comumente transformavam-se em depósito de resíduos diversos. Os resíduos depositados eram gerados pela população da cidade de Anápolis. O território usado era degradado e promovedor de doenças, já que seus habitantes conviviam com as espécies transmissoras (ratos, baratas, mosquitos, etc). O território refletia o homem e o homem o território. A Fig. 4 apresenta a localização do leprosário gerenciado pela Sociedade São Vicente de Paulo e o território “refúgio”.

Em meados da década de 1950 o território usado pelos leprosos transformou-se em refúgio, e no decorrer dos anos 50 ocorreu o aumento dos “esconderijos”, conforme o depoente C.T. referindo-se às casas construídas pelos doentes. Os doentes enfrentavam, segundo relato oral do entrevistado C.T., “a polícia sanitária (que) pegava os doentes e os levavam para as colônias que eram institucionalizadas... E lá elas ficavam”. Vários relatos registram a relação dos leprosos com o poder público, afirmando, entre outros: “sabe o que é esconder do governo para não ser caçado” M. A. entrevistada relata ainda que havia um medo profundo de serem encontrados e levados de volta para as Colônias.

C.T. diz “Isso aqui era um campo de refugiados, um quilombo que a gente chama... nós éramos tratados como seres de um purgatório, onde as madames traziam um chá, um bolo alguma coisa(...) E davam esmola e iam embora com a alma lavada (...) A gente foi muito usado(...)”. Além das doações mencionadas pelo depoente, os empresários locais também doavam alimentos e vestimentas. Nos anos 1950/1960 população de miserável são residente em Anápolis migrou para o território do refúgio em busca das doações.

O depoente C.T. aponta o uso do território pelos diferentes atores, pois o poder público o usou-o como depósito de resíduo; o doente como espaço de moradia; a classe rica da sociedade local utilizou-o para expressar sua ‘generosidade’ para com o outro; e, o miserável para obter alimento. As ações dos atores remetem que a territorialidade é uma tentativa, por indivíduo ou grupo, de controlar pessoas ao delimitar e assegurar seu controle sobre certa área geográfica [14].

Para assegurar o controle sobre o território do refúgio se agregaram aos leprosos a população de extrema pobreza



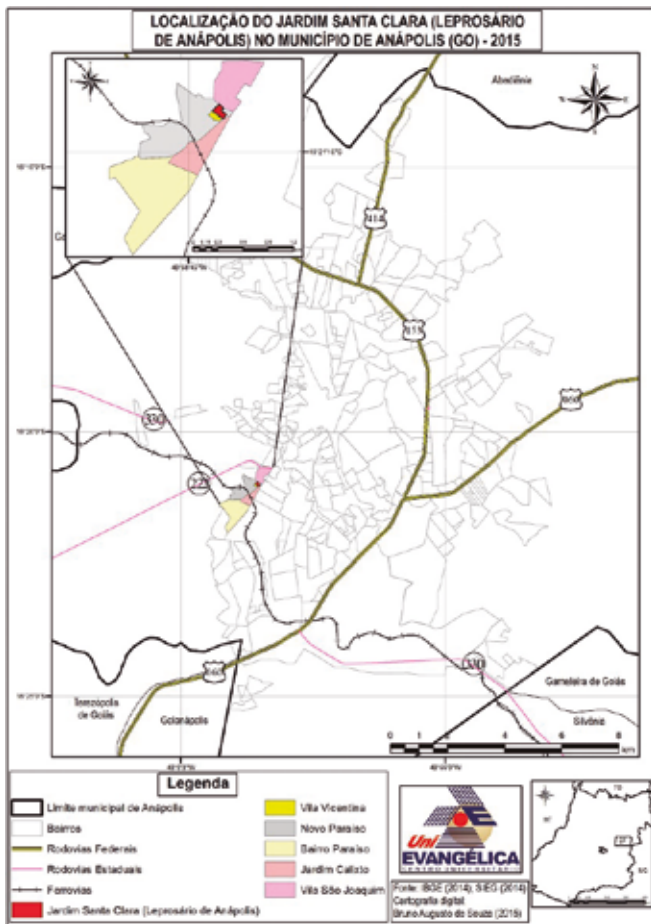


Fig. 4: Localização do Leprosário de Anápolis e do Refúgio dos Leprosos

e constituíram um território de doente e miserável, abandonado pelo poder público, ficando a mercê dos cuidados de grupos sociais que muitas vezes eram responsáveis por conflitos existentes no local.

Segundo o depoente C. T. os doentes se “escondiam e quando as pessoas descobriam que tinham lepra e iam ser pegas fugiam e viam para cá, para este lugar. (...) Esse lugar era uma fazenda abandonada, tinha um lixão da prefeitura e as pessoas escondiam seus filhos (...) para não serem tomados”. Outro registro sobre o assunto foi feito pela senhora Ana Coelho Cesário [15]. Após 20



Fig. 5: Fotografia de crianças, filhas de doentes residentes no Morro (1960). Fonte: Arquivo Morhan (Anápolis).

anos de confinamento na Colônia Santa Marta a depoente fugiu e foi morar no território do refúgio. Ela relata sobre o filho que teve na Colônia “as vezes eles só mostravam a carinha e carregavam logo... Hoje meu filho caçula teria 45 anos. Não me mostraram a certidão de óbito, nada dele”. A entrevistada saiu nos anos de 1980 da Colônia Santa Marta e foi residir no território do refúgio com dois filhos que teve antes de ir para a instituição e que foram criados pela sogra, além deles também conviveu com os dez netos e sete bisnetos.

Outra residente do território do refúgio foi MSS que afirma que chegou ao território do refúgio com “o filho nos braços” em 1969. Ela diz “quando descobri que tinha esse lugar onde não roubavam nossos meninos, nem pensei duas vezes”. Ela não fugiu de Colônia, mas saiu de cidade do interior do estado de Goiás.

Nascida no território do refúgio a depoente M.D. contou que seus pais tiveram cinco filhos na Colônia Santa Marta e todos foram retirados ao nascer do convívio familiar. A mãe e o pai fugiram da Colônia para ter e criar seus filhos. A depoente foi a primeira dos três filhos da senhora M..

A figura 5 apresenta registro fotográfico dos anos de 1960 no qual estão presentes crianças, filhas dos doentes que ali residiam. Na figura o uso do território para refúgio estava consolidado, delimitado por grupos familiares ou indivíduos que se agregavam as famílias ali instaladas. As crianças estavam presentes nas moradias. Uma entrevistada relata que o principal pavor das mulheres que tinham a doença era de não poder criar seus filhos, uma vez que eles eram separados de suas mães ao nascer.

A depoente M.D. assim afirma sobre sua infância: “era uma aldeia, a gente conhecia todo mundo. A gente corria e brincava na rua. Não tinha hora, não tinha medo”. O depoimento expressa o sentimento de pertencimento por meio da materialização das relações estabelecidas entre as crianças e o território do refúgio.

O vínculo afetivo entre os residentes do território foi outro registro importante nos depoimentos. Eles construam moradias coletivamente, colaboravam uns com outros, tanto na distribuição de alimentos, vestuário, como nos cuidados com os mais doentes. A solidariedade é capaz de criar territorialidades. Nem sempre as moradias eram construídas com tijolos e cimento, no início da ocupação do território refúgio, segundo

depoente M.: “o pessoal comia [...] A casa era de lata. Um tava comendo e o outro espantando os mosquitos”. As mudanças nas condições de moradia foram ocorrendo na década de 1960 por causa da introdução e outros moradores, não mais os doentes. Nos documentos coletados não há registro de conflito entre moradores doentes/sãos, pelo contrário, alguns destacam que ocorriam casamentos entre eles, pois era uma forma de permanecer e usar o território. Dona D. narrou que “na época minha mãe conheceu este homem e casou. Ela

não era doente. Ele era doente. Então naquela época se a pessoa morava com o doente ele podia ficar aqui”.

De acordo com os depoimentos de C.T. e de M. instituições religiosas que ali instalaram suas sedes e faziam parte do que era denominada de diretoria que controlava o território. Ela era responsável pelo controle dos doentes e atribuía poder de vigilância a outros doentes. Afirma C.T. que os “próprios doentes eram os policiais daqui”. Ainda o depoente afirma quem “(...) não obedecesse era expulso. Colocavam suas bugigangas dentro de um caminhão e jogava lá para fora como se fosse cachorro”.

Segundo o depoente C.T. por determinação da diretoria, nos anos 1960, havia “horário de recolhimento, proibições de bebidas alcoólicas e cigarros, entre outras restrições estabelecidas”. O território usado pelos doentes, como mencionado, constituía-se de área degradada (voçorocas, por exemplo). Também havia cemitério clandestino no território usado, no qual eram enterrados os leprosos. Conforme relatos dos depoentes o cemitério localizava-se onde hoje está a sede do Morhan. Ele foi desativado nos anos de 1980 e os restos mortais foram retirados (pelos próprios moradores) e levados para o cemitério municipal, mas segundo informação de depoente C.T., ainda são encontrados restos de ossos no antigo cemitério.

## Algumas considerações

O território do refúgio tratado neste artigo tem na segregação e na miséria as condições de vida do leproso

residente em Anápolis (Goiás) nos anos de 1930 – 1970. O facto de viverem perambulando e se escondendo pela cidade, fugindo das normas imposta pela sociedade e pelas políticas públicas vigentes foram expressas em suas oralidades por meio das terminologias: medo, vergonha, rejeição e falta de dignidade humana.

As condições e sentimentos mencionados impulsionaram os doentes a construir um território e usá-lo para se proteger, construindo e desconstruindo territorialidade espacial no decorrer das décadas de 1950-1970. Tal territorialidade imprimiu sentimento de pertencimento e identidade.

Eles inauguram em 1950 uma territorialidade que agregou doente e população de extrema miséria residente em Anápolis e também de outros estados brasileiros. Nos anos de 1960 e 1970 o uso do território foi ampliado pela população miserável e os doentes tornaram-se atores quantitativamente diminutos. Ali se formou a primeira área subnormal (favela) em Anápolis, apelidada de ‘*Morro do Cachimbo*’ devido ao tráfico de drogas [16, 17].

Por tratar-se de uma pesquisa ainda trilhando seus primeiros passos têm-se muitas indagações a responder, a saber: até que ponto os grupos (religiosos e políticos) interferiram na temporalidade e espacialidade da formação do território dos leprosos? Como os doentes, a partir dos anos de 1980, com a institucionalização do Morhan, fizeram uso do território? Como os doentes se portavam nas diferentes fases da doença infectocontagiosa? Quais os agravos significativos nestas diferentes fases e suas relações na manutenção no território?

## Bibliografia

1. Saldaña JJ (1993). Nuevas tendencias em la historia de la ciencia America Latina. Cuadernos Americanos 38: 69-91.
2. Cataia M (2013) Território usado e federação: articulações possíveis. Educação e Sociedade 34:1135-1151.
3. Souza MJL(2000) O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: Castro IE de Gomes PC de C Corrêa RL Geografia: conceitos e temas. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, Brasil.
4. Haerbaert R(2004). *Territórios alternativos*. São Paulo: Contexto. Niterói/RJ: EdUFF, Rio de Janeiro, Brasil.
5. Santos M (2001) Território e sociedade: Entrevista com Milton Santos. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, Brasil.
6. Silveira ML (2011) Novos acontecimentos, nos territorialidades. In: Dias LC Ferrari M Territorialidades Humanas e Redes Sociais. Insular, Florianópolis, Brasil.
7. Ferreira HJ (2011). Anápolis, sua vida, seu povo. Kelps, Goiânia, Brasil.
8. Carvalho HG de (2015). James Fanstone: protestantismo, medicina como vo-

cação e legado social na fronteira Goiás na primeira metade do século XX. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário de Anápolis, Goiás, Brasil.

9. Tuan Y (2005). Paisagens do medo. Unesp, São Paulo, Brasil.
10. Jornal o Annapolis (1942). Reação ao mal do Hansen. Número 389.
11. Jornal o Annapolis (1943). Vai ser inaugurado o leprosário de Goiânia. Numero 399.
12. Jornal o Annapolis (1941) Notas e Reparos os Doentes. Número 268.
13. Silva, LF da (2013). Eternos órfãos da saúde: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830 – 1962). Tese. Universidade Federal de Goiás, Brasil.
14. Sack RD (1986). Human Territoriality, its theory and history. Cambridge University Press, Cambridge, USA.
15. Jornal O Popular (1994). Perseguição e clausura. Número 390.
16. Bernardes GD, Tavares GG. Espaços ilegais: um estudo da qualidade de vida dos moradores residentes nas áreas subnormais em Anápolis – GO. In: Bernardes GD, Moraes RP de. (2012). Políticas Públicas: meio ambiente e tecnologia. Vieira, Brasil.
17. Bernardes GD, Tavares GG. (2012) Riscos Ambientais e Sociais – uma leitura da qualidade de vida dos residentes em áreas subnormais em Anápolis – Goiás (2008/2009). Fronteiras - Journal of social, technological and environmental Science, 3: 53-71.

# A lepra no estado do Espírito Santo (1930-1943): a construção do Leprosário Colônia de Itanhenga

*Leprosy in the state of Espírito Santo (1930-1943): The building of the Leprosarium Colônia of Itanhenga*

**Luiz Arthur Azevedo Barros**

Mestre em História pela Universidade Federal do Espírito Santo  
laabarros@hotmail.com

## Resumo

Este artigo procura apresentar como foram executadas as etapas que levaram à construção do leprosário Colônia de Itanhenga, inaugurado em 1937, destinado ao isolamento compulsório dos leprosos que existiam no estado do Espírito Santo. Durante muitos anos, os poucos casos de lepra registrados no estado levaram a crer que esta era uma região indene à esta doença. Porém, com a chegada do médico Pedro Fontes, em agosto de 1927, indicado para chefiar a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, a real situação foi identificada. Em 1932, após a conclusão de censo efetuado no estado, foram confirmados 334 casos de lepra. Diante deste quadro, Pedro Fontes buscou o apoio do Governo Estadual para a construção de um leprosário para receber estes doentes. A construção deste leprosário estava inserida no período de reestruturação e centralização da saúde pública brasileira, ocorrida durante o governo do Presidente da República Getúlio Vargas, entre 1930 e 1945, em que se registrou uma grande atenção à endemia de lepra no Brasil. A principal ação da política estabelecida pelo Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, para impedir o avanço da doença foi a construção de leprosários em diversas regiões do país. O caso particular do estado do Espírito Santo e da construção da Colônia de Itanhenga pode ser valioso para o estudo comparativo dos esforços efetuados por autoridades governamentais e pela sociedade civil para a luta contra a lepra em contextos históricos semelhantes. Para este estudo foram utilizadas as seguintes fontes textuais: documentos, cartas e impressos que pertencem ao arquivo pessoal de Gustavo Capanema, depositado no Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil / Fundação Getúlio Vargas; notícias e matérias publicadas nos jornais dos estados do Rio de Janeiro e do Espírito Santo; livros e artigos escritos pelo médico Heraclides Cesar de Souza-Araujo, publicados na revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz; mensagens e relatórios de governo do estado do Espírito Santo.

## Palavras Chave:

Colônia de Itanhenga, lepra, política pública de saúde.

## Abstract

This article seeks to present as were performed the steps that led to the construction of the Leprosarium Colonia de Itanhenga, opened in 1937, for the compulsory isolation of lepers that existed in the State of Espírito Santo. For many years, the few cases of leprosy registered in the State led to believe that this was a region indene to this disease. However, with the arrival of the doctor Pedro Fontes, in August 1927, appointed to head the Inspectorate of Prophylaxis of Leprosy and Venereal Diseases, the actual situation was identified. In 1932, after the completion of census conducted in the state, it was confirmed 334 cases of leprosy. Given this situation, Pedro Fontes sought the support of the State Government for the construction of a leprosarium to receive these patients. The construction of this leprosarium was inserted in the restructuring period and centralization of Brazilian public health, which occurred during the Government of President of the Republic Getúlio Vargas, between 1930 e 1945, in which it recorded a great attention to leprosy endemic in Brazil. The main action of the policy established by the Minister of Education and Health Gustavo Capanema to prevent the spread of the disease was the construction of leprosarium in different regions of the country. The particular case of the State of Espírito Santo and the construction of Itanhenga Cologne can be valuable for the comparative study of the efforts made by government authorities and civil society in the fight against leprosy in similar historical contexts. For this study were used the following textual sources: documents, letters and forms that belong to the personal archive of Gustavo Capanema, deposited in the Centre of Research and Documentation of Contemporary History of Brazil / Getulio Vargas Foundation; News and articles published in newspapers of the States of Rio de Janeiro and Espírito Santo; books and articles written by the doctor Heraclides Cesar de Souza-Araujo, published in the Instituto Oswaldo Cruz Memories magazine; messages and reports from the State Government of Espírito Santo.

## Key Words:

Itanhenga Colony, leprosy, public health policy.

## Introdução

No Espírito Santo, de forma diferente do que ocorria no Rio de Janeiro, em São Paulo, em Minas Gerais e em outros estados brasileiros, a lepra parecia não existir. Não são encontrados relatos significativos a respeito da doença nos relatórios dos Presidentes de Província, entre 1842 e 1888 ou nas mensagens governamentais apresentadas ao Congresso Legislativo, entre 1889 e 1913. No tocante à saúde ou higiene pública o que encontramos nestes documentos são as ações empreendidas para controlar os surtos epidêmicos de febre amarela, malária, varíola, tuberculose, sarampo e outras doenças não identificadas que, da mesma forma, levaram muitas pessoas a óbito. Nestes relatórios, há, também, a forte preocupação com o saneamento e higienização, principalmente para a cidade de Vitória, capital do estado, importante centro econômico voltado para o comércio marítimo [1,2].

Duas ocorrências foram identificadas como sendo casos de lepra durante este longo período: a primeira foi relatada pelo Presidente da Província Marcellino de Assis Tostes, em seu relatório governamental, a respeito da notificação do Provedor de Saúde Pública, em setembro de 1881, sobre a ocorrência de um caso numa mulher, na cidade de Vitória. Por determinação do Ministério do Império, a doente foi encaminhada para o Lazareto de São Cristóvão, no Rio de Janeiro, por não existir local adequado para recebê-la [1]; a segunda ocorrência foi apontada na estatística demógrafo-sanitária, em 1917, como sendo a *causa mortis* de uma mulher [3].

Esta situação se manteve ainda por alguns anos, apresentando registros de poucos casos de lepra no Espírito Santo em contraste com a situação geral do Brasil.

O ano de 1920 trouxe fortes mudanças na política de saúde pública para o Brasil. Como resultado do intenso esforço efetuado pelo movimento sanitarista no país, ocorrido durante a década de 1910, foi aprovado no Congresso Nacional a lei que determinava a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O principal aspecto da criação desse órgão foi a possibilidade de atuação do Governo Federal nos assuntos referentes a saúde pública nos Estados da federação, através de convênios estabelecidos com os Governos Estaduais [4,5].

A lepra, a tuberculose e as doenças venéreas, que não vinham sendo consideradas como graves problemas de âmbito nacional, receberam destaque com a organização trazida pelo DNSP. Para atender essas doenças foram criados serviços especiais. No caso específico da lepra, subordinado diretamente ao diretor do DNSP e com abrangência para todo o país, foi criado um serviço para a profilaxia contra a lepra e contra as doenças venéreas [6]. Dando forma a esse serviço, em dezembro de 1923, o decreto 16.300, aprovou o regulamento do DNSP instituindo a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas [7,8].

Acompanhando as mudanças no âmbito da saúde pública,

ocorridas no Distrito Federal<sup>1</sup>, em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, o Governo do Espírito Santo resolveu transformar, em 1921, a existente Diretoria de Serviços Sanitários em Delegacia Geral de Higiene, com subordinação à Secretaria de Interior do Estado. Esta nova configuração possibilitou a celebração de um contrato com o DNSP para execução de serviços de profilaxia e saneamento rural iniciado pela instalação de postos em três cidades localizadas ao norte, centro e sul do estado. Neste mesmo ano, foi efetivado acordo com a Comissão Rockefeller para monitorar a profilaxia das referidas doenças no vale do rio Itapemirim [2].

Em 1922, a partir de novo contrato firmado entre o Governo do Espírito Santo e o Governo Federal, foi criado o Serviço de Profilaxia Rural, sendo criada, como sua subordinada, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas [3].

Com o objetivo específico de executar serviços referentes à profilaxia de doenças venéreas, em fevereiro de 1927, foi estabelecido um novo contrato entre o Espírito Santo e o Governo Federal. Nesta oportunidade, foi indicado para chefiar a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas o médico Pedro Fontes, transferido do Serviço de Saneamento Rural do Distrito Federal [3].

No mês de julho deste mesmo ano, foi publicado o Censo de Leprosos do Brasil, pelo médico Oscar da Silva Araujo, Inspetor Chefe de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, onde consta que no Espírito Santo existiam vinte e dois leprosos fichados entre os anos de 1922 e 1927, dos quais 9 já haviam sido fichados no Distrito Federal. Segundo este documento oficial, o Espírito Santo aparece como sendo praticamente indene à lepra considerando-se o baixo índice representado por treze doentes para uma população de quatrocentos mil habitantes [3].

A chegada de Pedro Fontes à Inspeção, em agosto de 1927, trouxe importantes mudanças ao quadro da lepra no Espírito Santo. Em relatório apresentado em 1928, Pedro Fontes diz:

*Quando assumi a direção deste Serviço encontrei, realmente fichados pelo extinto Serviço de Prophylaxia Rural, — que aqui funcionara cerca de 5 annos e junto ao qual havia um serviço de Lepra e Doenças Venereas, - apenas 22 leprosos. No fim de algum tempo verifiquei que esse número estava áquem da realidade e resolvi fazer um inquérito. Percorri todo o estado, entendendo-me pessoalmente com os médicos de diversas localidades e cheguei à conclusão de que havia no estado do Espírito Santo mais de 200 leprosos.*

Com o prosseguimento do censo empreendido por Pedro Fontes a quantidade inicial estimada não só se confirmou, como foi ultrapassada consideravelmente; no relatório apresentado em agosto de 1929, chegou-se a 150 leprosos registrados, com maior concentração de leprosos em cinco cidades. No final de 1930, o censo chegou ao número total de

225 leprosos fichados, incluindo os casos suspeitos. No ano seguinte, este número alcançou a quantidade de 340 fichados, sendo 290 doentes confirmados e 50 suspeitos. O resultado apresentado em 1931 foi considerado como a conclusão do censo executado. Porém, após a revisão do levantamento, em 1932, os números foram alterados para 334 casos confirmados e 36 suspeitos. O crescimento da quantidade de leprosos confirmados e suspeitos fez com que Pedro Fontes triplicasse a sua estimativa inicial, levando-o a crer que poderiam existir em todo o estado do Espírito Santo entre 600 e 650 leprosos. Após uma nova revisão em 1934 e a retomada do censo entre 1935 e 1937, Pedro Fontes pode confirmar a sua estimativa final: foram registrados 729 casos, sendo 639 confirmados e 90 suspeitos [3].

Apesar das possíveis falhas humanas e mesmo com as dificuldades para a realização de tal empreitada, o censo realizado foi extremamente importante para a organização e planejamento das ações para combater a lepra no Espírito Santo.

Assim que foi dado início ao levantamento sobre a situação da lepra no estado, Pedro Fontes reconheceu a necessidade de construir um leprosário com o objetivo de controlar a disseminação da doença. Esta necessidade foi informada através de ofício ao presidente do estado, Aristeu Aguiar, em três de setembro de 1928. Pedro Fontes enviou novo ofício, em 20 de agosto de 1929, confirmando a necessidade premente, e solicitando, dessa vez, a construção de um leprosário onde fossem recolhidos aqueles doentes que não tivessem condições financeiras para tratamento em suas residências. Solicitou também a construção de um asilo que pudesse abrigar os filhos dos doentes isolados. Em resposta à persistente solicitação de Pedro Fontes, Aristeu Borges assinou a Lei nº 1.727, de três de janeiro de 1930, autorizando a construção de um leprosário no Espírito Santo, em local a ser definido [3].

Cabe notar que os passos executados por Pedro Fontes – levantamento da quantidade de doentes, construção de leprosário para isolamento dos doentes, local para abrigar os filhos dos doentes encaminhados ao isolamento – formavam as condições fundamentais para melhor combater a lepra, conforme o que se acreditava naquele momento.

## A campanha contra a lepra a partir da era Vargas

A partir de 24 de outubro de 1930 os rumos políticos, sociais e econômicos do Brasil foram alterados pelo evento que ficou conhecido como a Revolução de 1930. Após a deposição e prisão do Presidente da República Washington Luís, uma Junta Provisória de governo, formada por dois generais e um almirante, assumiu o poder. Em três de novembro de 1930, a Junta Provisória decidiu transferir o poder à Getúlio Dornelles Vargas, líder civil da Revolução, sendo constituído o Governo Provisório, que perdurou até 1934. Neste mesmo ano, através de eleições indiretas pela Assembleia

Constituinte, Getúlio Vargas foi empossado como presidente constitucional do Brasil. Este acontecimento marcou o fim do primeiro período republicano brasileiro (1889-1930) e foi dado início ao período que ficou conhecido como A Era Vargas.<sup>2</sup>

Seguindo a política nacional de consolidação, uma das primeiras ações do Governo Provisório foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), constituído por quatro Departamentos Nacionais: de Ensino, de Saúde Pública, de Medicina Experimental e de Assistência Médica. A criação do MESP tinha como objetivo primordial atender a três problemas: instrução, educação e saneamento.

Refletindo a fase de grande instabilidade política dos anos iniciais do Governo Vargas, correspondente ao que se poderia denominar como um período de adaptação ao processo de centralização e de intervencionismo estatal, o MESP passou por quatro mudanças de ministro: Francisco Luís da Silva Campos exerceu o cargo até agosto de 1931; Belisário Augusto de Oliveira Penna atuou entre setembro e dezembro de 1931; Francisco Campos reassumiu o cargo de dezembro de 1931 até setembro de 1932; Washington Ferreira Pires ficou no comando até julho 1934, quando Gustavo Capanema assumiu a pasta e se manteve no cargo até outubro de 1945, fim do primeiro Governo Vargas [4,9].

Com relação ao combate à lepra não houve mudanças significativas na fase inicial do MESP. Até 1934 a lepra continuou sendo uma atribuição da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, subordinada ao DNSP, que mesmo depois de 10 anos de atividade ainda não havia cumprido satisfatoriamente os seus objetivos em relação à doença [10].

No início do Governo Provisório não existia um plano específico para o combate a lepra. Os recursos financeiros provenientes do Governo Federal continuavam sendo direcionados para as ações no Distrito Federal. A partir de 1932, o Governo Federal passou a fornecer recursos aos governos estaduais de forma regular para a construção ou manutenção dos leprosários. Dentro desta política, o Espírito Santo, dentre outros estados, recebeu verbas federais que somadas às do próprio estado foram utilizadas para iniciar, em 1933, a construção do leprosário Colônia de Itanhenga [5].

Em 1934, o ministro Washington Pires promoveu uma série de reformas com o objetivo de executar a organização sanitária em âmbito nacional. Uma das principais medidas foi a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) em substituição ao Departamento Nacional de Saúde Pública. A consequência imediata deste ato foi a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, anteriormente subordinada ao DNSP. As

1 - Entre 1891 e 1960, a cidade do Rio de Janeiro ocupou a posição de Distrito Federal, capital da República do Brasil.

2 - Sobre a Revolução de 1930 e a Era Vargas ver em: A era Vargas: dos anos 20 a 1945. Consultado em 20 de janeiro de 2014. In: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/apresentacao>; Bóris F (1998). História do Brasil. Edusp, São Paulo, Brasil. D'Áraujo MC (1997). A Era Vargas. Moderna, São Paulo, Brasil.

atribuições da extinta Inspetoria passaram a ser exercidas no Distrito Federal pela Inspetoria dos Centros de Saúde e em cada estado pela respectiva Diretoria dos Serviços Sanitários. O objetivo das reformas implementadas por Pires era alcançar um número maior de doentes sob tratamento e vigilância, com a descentralização dos serviços [5].

Dez dias após a eleição indireta pela Assembleia Constituinte, ocorrida em 16 de julho de 1934, que levou Getúlio Vargas à Presidência da República, Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública. A chegada de Capanema ao MESP trouxe significativas mudanças às políticas de saúde pública no Brasil e, em particular, às políticas voltadas para o combate à lepra.

Diante da Comissão de Saúde Pública, em 11 de março de 1937, Gustavo Capanema declarou [11]:

*Quando assumi a direção do Ministério, em 1934, não encontrei um plano traçado, para o combate da lepra. O Governo Federal não descurava o assunto, mas talvez, por escassez orçamentária, não poderia agir com a amplitude e o vigor necessários. Era escasso a que se fazia no Distrito Federal. A alguns estados dava-se uma cooperação financeira, a ser utilizada segundo o critério das respectivas administrações. Desde logo tratei do problema com o Sr. Presidente da República e encontrei de sua parte interesse decisivo. Todas as medidas que de então até agora, foram para a solução desse problema, a ele propostas, tinham imediata aprovação e execução.*

*Era preciso, evidentemente, organizar um plano de combate à lepra. Uma epidemia dessa gravidade não podia ser combatida com êxito, sem a fixação de um programa completo e rigoroso. (...)*

Em julho de 1935, foi apresentado por João de Barros Barreto, diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, com a colaboração de Ernani Agrícola, diretor dos Serviços Sanitários nos Estados, e Joaquim Motta, assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública, plano para melhoramento dos leprosários existentes e a construção de novos. Mesmo com a insuficiência dos dados existentes, o Plano Nacional de Combate à Lepra foi formulado para atender as necessidades do momento evitando, deste modo, a construção de leprosários de grande capacidade. Baseado em censos realizados em quase todos os estados brasileiros, o Plano foi elaborado considerando a quantidade total de 30.647 leproso. Inicialmente, para atender a esta demanda, seria necessário construir 38 leprosários. Com novos dados a serem levantados no futuro, estas quantidades seriam reajustadas para a nova realidade [4].

Segundo Maciel, “a construção de leprosários era a prioridade, seguido da implantação de dispensários e preventórios, marcando uma atitude mais agressiva no combate à lepra no âmbito federal e que em estados como Minas Gerais e São Paulo já era uma rotina desde a década de 1920” [10].

O Plano Nacional de Combate à Lepra prosseguiu em sua execução, bem como outras medidas foram efetuadas para fortalecer o objetivo de eliminar a lepra no Brasil. Antes de 1931 existiam 14 leprosários em funcionamento, em sua maioria como asilo ou hospital; entre 1931 e 1945, o Governo Federal construiu e instalou, em convênio com os estados ou com verba própria, 28 colônias para isolamento de leproso. A seguir veremos, no caso particular do estado do Espírito Santo, como se deu o processo que levou à construção da Colônia de Itanhenga.

## A construção da Colônia de Itanhenga

Como vimos anteriormente, a Revolução de 1930 trouxe mudanças favoráveis ao combate à lepra no Brasil e em particular no Espírito Santo. Conforme determinado no artigo 11º, do decreto nº 19.398 de 11 de novembro de 1930, o presidente do estado do Espírito Santo, Aristeu Borges de Aguiar foi substituído pelo capitão João Punaro Bley como Interventor Federal no estado, nomeado pelo Governo Provisório. Bley permaneceu 13 anos à frente do governo do Espírito Santo e exerceu papel fundamental na luta contra a lepra seguindo as ações coordenadas pelo Dr. Pedro Fontes.

Com os resultados dos censos executados até àquele momento, Pedro Fontes, em três de dezembro de 1930, enviou ao capitão Bley memorial sobre a situação da lepra no estado, enfatizando sobre a necessidade da construção de um leprosário-colônia destinado ao isolamento dos leproso identificados até aquele momento. De forma mais imediata, enquanto não fosse possível a construção de uma colônia, Pedro Fontes propôs a criação de um asilo de emergência na ilha da Cal<sup>3</sup>, o que foi aceite pelo Interventor Federal. Assim, como primeira providência, em 1931, uma casa que existia na ilha passou por reformas para receber mulheres e crianças e em 1932 foi construído um pavilhão para o acolhimento de homens. Este grupo foi transferido para Itanhenga quando houve sua inauguração definitiva [3].

Em artigo publicado pela imprensa, em 1934, Pedro Fontes declarou [11]:

*O leprosário é a arma mais eficiente de combate à lepra; sem elle não será possível organizar serviço util de prevenção contra o mal de Hansen.*

*É, a um tempo, benefício para o doente, que só no leprosário poderá receber tratamento regular e garantia para a população, preservada com a segregação dos leproso, do seu contágio.*

Podemos ver no discurso de Pedro Fontes a ênfase no isolamento da doença como forma de proteger a sociedade sadia. Fica claro que o objetivo principal não era tratar o doente, mas isolá-lo da sociedade evitando que a doença se propagasse. Devemos considerar que em 1934 ainda não existia uma

forma de tratamento efetivo para curar e, conseqüentemente, eliminar a propagação da lepra, o que ocorrerá após em 1940 com o desenvolvimento das sulfonas<sup>4</sup> [10].

Em março de 1933, Heraclides Cesar Souza-Araujo<sup>5</sup> e Pedro Fontes reuniram-se com o capitão Bley para discutir sobre a construção de um leprosário no Espírito Santo. Para a execução da obra, Souza-Araujo propôs a realização de um consórcio entre o estado e o Governo Federal. A proposta foi aceite, com o compromisso de que o Governo do estado doaria o terreno onde seria executada a obra. Mais tarde, este compromisso foi complementado com as instalações e o fornecimento de água, luz e telefone. Como verba inicial para o projeto, Bley direcionou uma quantia recebida da União, em julho de 1933 [3].

Após percorrer vários municípios no entorno da capital, Pedro Fontes concluiu que o lugar mais adequado para a instalação da colônia seria na localidade conhecida como Itanhenga, localizada no município de Cariacica, próximo à baía de Vitória e na foz do rio Cariacica. Através de ofício, enviado ao Interventor Federal, em 25 de setembro de 1933, Pedro Fontes descreveu os motivos que determinaram a escolha do local: o terreno é de fácil aquisição por ser ainda do estado, apesar de invadido por posseiros; tem uma área de trezentos hectares, com possibilidade de ser aumentada; apresenta facilidade de isolamento; tem fácil comunicação com a capital por estrada de rodagem ou por navegação; está situado em lugar alto e saudável; tem facilidade de abastecimento de água, energia elétrica e telefonia; o terreno apresenta disposição conveniente para a separação das zonas limpa e de contágio, tendo ambas platôs que facilitam a construção. No mesmo documento Pedro Fontes solicitou que o parecer fosse emitido com brevidade enfatizando que já havia mais de 300 leprosos identificados e fichados “e que estão aguardando isolamento e tratamento conveniente”. O Interventor aprovou a escolha do local e encaminhou os procedimentos para a desapropriação de terreno com área total de 350 hectares, o que foi oficializado através do decreto nº 4.443 de 31 de janeiro de 1934 [3].

Em março de 1934, foi iniciada a construção da Colônia de Itanhenga. O projeto das instalações da instituição foi baseado em plantas e projetos fornecidos pela Saúde Pública Federal, pelos Serviços de Profilaxia dos estados de São Paulo e Minas Gerais, e pela Seção de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz. Para a execução da obra, foram utilizados recursos provindos da União, da venda de três mil sacas de café doadas pelo Departamento Nacional de Café, da doação da prefeitura de Vitória e do governo do Espírito Santo, que também arcou com as despesas decorrentes da desapropriação de terrenos e benfeitorias no entorno da área da Colônia [14].

Em 22 de maio de 1935, foi inaugurada a primeira etapa da construção da Colônia de Itanhenga, como parte dos festejos de comemoração do quarto centenário da colonização do Espírito Santo. Este evento, além de seu caráter comemorativo pela data da chegada dos colonizadores portugueses ao

solo Espírito-santense, apresentou uma grande mobilização cívica e patriótica envolvendo a população do estado através de desfiles escolares, militares, apresentações artísticas, atividades esportivas, inaugurações de monumentos, celebrações religiosas, entre outras atividades que ocorreram entre os dias 16 e 26 de maio. Entre todos os eventos organizados, a inauguração do leprosário de Itanhenga foi muito noticiado pelos jornais do estado e do Distrito Federal devido à importância da obra para o controle e o combate da lepra no estado e no Brasil [14].

Nesta primeira etapa da obra, a Colônia de Itanhenga, ficou constituída por: dez pavilhões do tipo “Carville”<sup>6</sup>, destinados ao internamento dos doentes com capacidade para 200 leitos. Possuía também: um pavilhão para a clínica com laboratório e sala de operações; um pavilhão para refeitório e um pavilhão destinado à lavanderia. Estes três últimos pavilhões foram completamente equipados com o que havia de mais moderno naquela data. Ainda faltavam construir mais alguns pavilhões que seriam destinados à escola, igreja e centro de diversões, além da preparação de campo de futebol e quadra esportiva [14].

As obras de complementação da Colônia foram executadas nos dois anos seguintes, sendo acompanhada com destaque pelos noticiários da imprensa carioca e capixaba. Muitas foram as manifestações positivas saudando o Interventor Federal pela iniciativa e formulando votos de sucesso ao empreendimento, mas também ocorreram algumas críticas referentes à forma de obtenção dos recursos financeiros para o andamento das obras. Para a solenidade de inauguração da segunda etapa da Colônia estava sendo aguardada a presença do Presidente da República Getúlio Vargas, o que deu maior destaque ao evento<sup>7</sup> [3].

Conforme planejado, em 11 de abril de 1937, ocorreu a

3 - A ilha da Cal é uma das trinta e três ilhas que formam, em conjunto com uma porção continental, a cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo. Está localizada no Rio Santa Maria, em frente ao bairro de Santo Antonio.

4 - A introdução das sulfonas no tratamento da lepra foi efetuada em caráter experimental e pioneiro pelo médico norte-americano Guy Henry Faget (1891-1947), em 1940, no leprosário nacional de Carville, Louisiana, Estados Unidos da América.

5 - Nasceu em 24 de junho de 1886, em Imbituva (PR). Em 1912 concluiu o Curso de Farmácia pela Escola de Farmácia de Ouro Preto. No ano seguinte, transferiu-se para o Rio de Janeiro e ingressou no curso de medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e no curso de aplicação do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), quando foi aluno de Adolpho Lutz e trabalhou com doenças venéreas. Por indicação de Adolpho Lutz, especializou-se em dermatologia na Universidade de Berlim, onde apresentou um trabalho sobre a lepra no Brasil. De 1936 a 1958 foi professor de Leprologia das universidades do Distrito Federal, do Brasil e do Rio de Janeiro. Após a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, ministrou cursos de reciclagem para leprologistas pelo Departamento Nacional de Saúde. Participou de associações acadêmicas e profissionais em todo o mundo, tendo contribuído para a criação da Sociedade Internacional de Leprologia, em que ocupou o cargo de vice-presidente entre 1932 e 1956. Morreu em 10 de agosto de 1962, no Rio de Janeiro. Base Arch – COC/FIOCRUZ. Consultado em 26 de março de 2016. In: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/souza-araujo>.

6 - Esta denominação é decorrente do estilo de construção dos dormitórios coletivos (dois pavimentos e varanda ao redor do primeiro andar) do leprosário nacional de Carville, localizado no estado de Louisiana, nos Estados Unidos [9]. Em Itanhenga, os pavilhões foram construídos com apenas um pavimento.

7 - Porém, pouco antes da data prevista, por motivos pessoais, o Presidente Vargas não pôde comparecer à Itanhenga, sendo representado por Gustavo Capanema, Ministro da Educação e Saúde.

inauguração definitiva da Colônia de Itanhenga contando com a presença do Ministro da Educação e Saúde e de importantes personalidades políticas e civis do cenário estadual e federal. Nessa oportunidade, João Punaro Bley pronunciou o seu discurso fazendo uma retrospectiva de seu contato com o problema da lepra e de como ele foi sensibilizado por Souza-Araujo e Pedro Fontes para a importância de construção de um leprosário no Estado. Bley discorreu sobre os valores totais envolvidos na execução da obra tecendo agradecimentos a todos que contribuíram financeiramente ou materialmente para a sua concretização [3].

Durante o discurso de Gustavo Capanema foram apresentadas as ações realizadas pelo Governo Federal para combater a lepra no Brasil, até aquele momento. O Ministro falou sobre o longo caminho a ser percorrido para eliminar a doença, considerando a estimativa de 50.000 leproso no país, afirmando que somente com a Revolução de 1930 foi possível iniciar, “em todo o país, combate seguro, completo e systemático contra a lepra”. Segundo Capanema, o programa federal contra a lepra estava baseado em 2 pontos fundamentais: a organização da pesquisa e do censo; a montagem do armamento anti-leproso composto pelo leprosário, dispensário e preventório. A pesquisa estava sendo realizada pelo Instituto Oswaldo Cruz e pelo Centro Internacional de Leprologia<sup>8</sup>. O censo da lepra no país estava sendo aprimorado com o objetivo de empreender ações profiláticas contra a endemia. Quanto ao armamento anti-leproso, o Governo Federal vinha empreendendo esforços junto aos governos estaduais, com orientação técnica e fornecendo recursos financeiros de acordo com as suas necessidades. Gustavo Capanema concluiu seu discurso falando sobre a importância da Colônia de Itanhenga como instituição modelar e como resultado da cooperação entre o Governo Federal e o estado do Espírito Santo, nas pessoas do Presidente Getúlio Vargas e do governador João Punaro Bley [3, 11].

A Colônia de Itanhenga, com capacidade final para 380 leproso, foi construída no município de Cariacica, em uma área de 1.200 hectares, a 80 metros acima do nível do mar e distante 14 Km da cidade de Vitória. A área total da Colônia foi dividida em três partes: uma destinada à Colônia propriamente dita (665 hectares); outra destinada ao preventório (200 hectares), a ser construído, para receber os filhos sãos dos leproso residentes na Colônia; uma terceira para a Colônia agrícola a ser utilizada pelos egressos do leprosário (335 hectares). Ficou constituída por 65 unidades, das quais 13 foram entregues na primeira etapa, durante a inauguração em 22 de maio de 1935 [3].

Sobre as características físicas da Colônia de Itanhenga, bem como sobre seu papel no combate à lepra no Espírito Santo e no Brasil, Souza-Araujo considerou [3]:

*Em resumo, consideramos a Colônia de Itanhenga como leprosário modelo. Modelo não por ter grandes e luxuosos edifícios de 2 ou 3 andares ou enormes pavilhões de*

*100, 200 ou 300 doentes cada um. É leprosário modelo exactamente por não ter nada grande, nada monumental. É modelo por ser um estabelecimento completo, com organizações e serviços capazes de atender todas as faces do problema da lepra dentro da mais rigorosa técnica prophylactica. O Espírito Santo não se afastando do bom caminho que vem trilhando, extinguirá a lepra dentro do estado em espaço de tempo que não excederá a duas gerações. É preciso, porém, que a sua campanha contra o mal não soffre solução de continuidade.*

Infelizmente, a previsão de Souza-Araujo não se concretizou. Mesmo com a estrutura da Colônia de Itanhenga, a lepra não foi erradicada no Espírito Santo. A função principal dos leprosários era o isolamento compulsório dos doentes, o que se acreditava ser a solução eficaz para evitar que novos casos continuassem ocorrendo. Mais tarde, foi constatado que isso não era verdadeiro.

## A atuação da sociedade civil no apoio ao combate à lepra

A sociedade capixaba também se mostrou presente no combate à lepra. Após visita às instalações da Colônia de Itanhenga, fazendeiros, procedentes da cidade de Cachoeiro de Itapemirim, resolveram auxiliar na manutenção dos leproso ofertando diversas cabeças de gado à instituição [15].

A Sociedade Espírito-santense de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, fundada em 30 de setembro de 1935, na cidade de Vitória, e filiada à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, também se mostrou muito atuante na mobilização contra a lepra. A principal atividade das sociedades de assistência aos lázaros, existentes em diversas regiões do Brasil, era a administração dos preventórios, destinados ao acolhimento dos filhos sadios dos leproso, que deveriam permanecer sob sua responsabilidade até a idade de 15 anos no caso dos meninos e até os 18 anos no caso das meninas. Anexo à Itanhenga, foi destinada uma área de 200 hectares para a construção do Preventório Alzira Bley e da Granja Eunice Weaver, ocorrendo o lançamento da pedra fundamental dessas instituições no mesmo dia da inauguração definitiva da Colônia, em 11 de abril de 1937.

Em 24 de abril de 1940, o Preventório e a Granja foram inaugurados. As duas instituições foram preparadas para acolher 150 filhos de leproso, de crianças recém-nascidas a jovens

---

8- O Centro Internacional de Leprologia foi organizado no Rio de Janeiro, em 1934, pelo Governo Provisório com a cooperação da Sociedade das Nações e de Guilherme Guinle, empresário e filantropo.



de 18 anos. Para a obra foram utilizados recursos obtidos com o governo do estado e com campanha de solidariedade promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros em cooperação com a Sociedade de Assistência aos Lázaros de Vitória [15].

## Considerações finais

Com relação à organização das políticas de saúde, e em particular com a organização do combate à lepra, é incontestável a atuação de Gustavo Capanema à frente do Ministério da Educação e Saúde, durante o primeiro Governo Vargas. Sua capacidade de organização e articulação política possibilitou colocar em prática o seu planejamento.

Da mesma forma, o Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araujo deixou-nos valioso legado através de sua produção técnica e acadêmica possibilitando entender e remontar a história da luta contra a lepra no Brasil.

No caso específico do Espírito Santo, a transferência do Dr.

Pedro Fontes possibilitou revelar a real dimensão da endemia de lepra no estado. O censo realizado, a organização administrativa, a capacidade técnica e a persistência de Pedro Fontes foram os elementos necessários para tornar possível a instalação do leprosário de Itanhenga com o objetivo de controlar a doença.

Neste processo também foram importantes a participação e a disponibilidade de João Punaro Bley apoiando as ações sugeridas por Souza-Araujo e Pedro Fontes. Utilizando-se de seu forte relacionamento com o Governo Vargas, Bley pode intervir nas três esferas – estadual, municipal, federal – e junto à sociedade civil obtendo recursos necessários para encaminhar adequadamente o problema da lepra no Espírito Santo.

É importante ressaltar que mesmo com o isolamento de leprosos em Itanhenga, a doença não foi efetivamente erradicada no estado do Espírito Santo. O mesmo se deu em outros estados do Brasil. Atualmente, com todos os avanços da farmácia e da medicina, a lepra (hanseníase) no Brasil ainda se apresenta como uma forte endemia a ser eliminada.

## Bibliografia

1. Relatórios Governamentais: Relatórios de Presidentes da Província do Espírito Santo (1842- 1888). Consultado em 12 de abril de 2014. In: <http://www.ape.es.gov.br/index2.htm>.
2. Mensagens Governamentais: Mensagens dos Presidentes do Estado do Espírito Santo (1892- 1930). Consultado em 12 de abril de 2014. In: <http://www.ape.es.gov.br/index2.htm>.
3. Souza-Araujo HC de (1937). A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: A “Colônia de Itanhenga” – Leprosário modelo. *Memória Instituto Oswaldo Cruz* 32 (4): 551- 605.
4. Barros LAA (2014). Colônia de Itanhenga – A luta contra a lepra no Espírito Santo (1934-1945). Master Thesis. Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.
5. Cunha VS (2005). O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). Master Thesis. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Brasil.
6. Câmara dos Deputados - Lei nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920 – Publicação Original. Consultado em 26 de agosto de 2013. In: [www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html](http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html).
7. Câmara dos Deputados – Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923 – Publicação Original. Consultado em 27 de agosto de 2013. In: [ma-](http://www.ca-)

[mara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html](http://www.ca-mara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-publicacaooriginal-1-pe.html).

8. Câmara dos Deputados – Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública a que se refere o decreto n. 16.300 desta data. Consultado em 27 de agosto de 2013. In: <http://www.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16300-31-dezembro-1923-503177-regulamento-pe.pdf>.
9. Santos VSM (2006). Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate a lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945). Master Thesis. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Brasil.
10. Maciel LR (2007). “Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Phd Thesis. Universidade Federal Fluminense, Brasil.
11. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 – CPDOC/FGV.
12. Decreto 19.398, de 11 de novembro de 1930 – Diário da Manhã, 15/11/1930, Vitória, Espírito Santo.
13. A Interventoria Federal e o Serviço de Prophylaxia da Lepra. Diário da Manhã. Vitória, p.3, 25 novembro 1934.
14. Colônia de Itanhenga. Diário da Manhã, Vitória, p.1, 23 maio de 1935.
15. Fazendeiros em visita ao Leprosario de Itanhenga. A Noite, Rio de Janeiro, 26 abril de 1937.



# Simpósio

## Medicina, investigação e sociedade na transição para o século XX

**18 março 2017**  
**Loures**

**No centenário da morte de**  
**António Carvalho de Figueiredo**  
**(Loures, 1853-1917)**



António Carvalho de Figueiredo (1853-1917) nasceu e viveu no lugar do Barro, em Loures. Formou-se na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, em 1879, e foi o primeiro subdelegado de saúde do recém-

criado concelho de Loures, mantendo-se nesse cargo até à data da sua morte.

O Barro situa-se nas margens da várzea de Loures, cujas águas paradas e insalubres eram propícias aos mosquitos e à transmissão de doenças. A obra de enxugo da várzea, com projeto de 1919, alterará radicalmente este ambiente.

Enquanto médico municipal, Carvalho de Figueiredo, promoveu a vacinação, implementou ações para debelar as epidemias de tifo e de varíola, que periodicamente atingiam Loures, combateu o flagelo da tuberculose, colocou em prática medidas de defesa e proteção da saúde pública.

O Município onde Carvalho de Figueiredo nasceu, viveu, exerceu e morreu, reconheceu já a sua carreira dedicada à medicina, à sociedade e à república, imortalizando a sua memória em espaços públicos de Loures. Porém, muito pouco está divulgado sobre o médico, a sua vida e obra.

No centenário da sua morte, recordaremos António Carvalho de Figueiredo e as suas contribuições para o progresso social de Loures, e para a emergência de um novo conceito de saúde pública, que acompanhará o desenvolvimento do Município.

### Conheça os temas a abordar:

- ▶ O exercício da medicina pelo médico municipal. Os "facultativos" dos partidos da Câmara. O Congresso dos Médicos Municipais, de 1911.
- ▶ Higiene e saúde pública: domínios sociais e científicos que evoluíram nos finais de 1800. Os contributos locais na afirmação do sanitarismo moderno em Portugal.
- ▶ Tuberculose, malária e doença do sono: doenças emergentes a que António Carvalho de Figueiredo dedicou particular importância. A investigação e o laboratório, na linha da teoria pasteuriana.
- ▶ A obra de enxugo da várzea de Loures e o seu impacto social na saúde pública. A transição da agricultura tradicional para uma agricultura intensiva.
- ▶ O pensamento político e a intervenção social dos médicos, no período final da monarquia e início da República.
- ▶ Os médicos portugueses e o impacto da I Grande Guerra.
- ▶ Saúde pública, higiene e sanitarismo na segunda metade do séc. XVIII até ao fim da I Grande Guerra.
- ▶ As epidemias e as patologias emergentes na transição do séc. XIX para o séc. XX.
- ▶ Medicina, sociedade e património na região limítrofe de Lisboa, dos finais de 1800 até ao fim do primeiro quartel do século XX.

### Participe!

Submissão de propostas até outubro de 2016

#### Organização:



desde 1900  
INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

[www.cm-loures.pt](http://www.cm-loures.pt)  
[facebook.com/MunicipiodeLoures](https://facebook.com/MunicipiodeLoures)

Telefone  
211 150 664

Endereço eletrónico  
gabinete\_arqueologia@cm-loures.pt

# De doença endêmica a flagelo nacional – a medicalização da lepra no Brasil (1920-1940)

*From endemic disease to a national scourge - the medicalization for leprosy in Brazil (1920-1940)*

---

## Keila Carvalho

Doutora em História Social. Professora da Faculdade Interdisciplinar de Humanidades da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)  
Diamantina, Brasil  
keilahis2002@yahoo.com.br

## Resumo

Na América Latina e, particularmente, no Brasil, a preocupação em combater a lepra ocorre, sobretudo, com a participação de representantes da comunidade médica nas várias edições da “Conferência Internacional de Lepra” – a primeira aconteceu em Berlim, em 1897. As diretrizes dessas conferências serviriam de base para o desenvolvimento de pesquisas sobre a doença, bem como para elaboração/implantação de práticas profiláticas para combatê-la. Neste trabalho pretende-se analisar como um conjunto de pesquisas e ações profiláticas em funcionamento em países europeus, como a Noruega, por exemplo, são recebidos e “ressignificados” no Brasil, onde a lepra passa a ser reconhecida como flagelo nacional.

### Palavras Chave:

Lepra, medicina, pesquisas, profilaxia.

## Abstract

In Latin America, particularly in Brazil, the concern to combat leprosy occurs mainly with the participation of representatives of the medical community in the several editions of the “International Leprosy Conference” – the first happened in Berlin in 1897. The guidelines for these conferences would serve as basis for the development of research on the disease, as well as for elaboration/implementation of preventive practices to combat it. In this paper is intended to analyze as a set research and prophylactic actions in Europe countries, such as Norway, are received and “reinterpreted” in Brazil, where nowadays leprosy is recognized as a national scourge.

### Key Words:

Leprosy, medicine, research, prevention.

## Introdução

Um “problema ignorado e abandonado” foi assim que o médico Orestes Diniz definiu a epidemia de lepra que assolava o país no início da década de 1920 [1]. Ignorado pelos médicos, que não possuíam incentivo material para se envolverem no combate à doença, mas, acima de tudo, um problema abandonado pelos governos, que teimavam em não “proporcionar condições convenientes” àqueles que se dispusessem a se dedicar a “tão difícil campo de trabalho”. Os argumentos de Diniz mostram-se como um caminho interessante para iniciar a reflexão deste artigo, pois o seu objetivo será justamente pensar como uma doença milenar, como a lepra, conseguiu conquistar tamanha atenção dentro dos quadros da saúde pública a partir da década de 1920, sendo considerada um verdadeiro *flagelo*. Os argumentos que compuseram essa transformação da lepra em risco eminente ao progresso do país foram elaborados dentro de uma perspectiva medicalizadora da doença. Conforme assinalou Torres, para o caso da Colômbia: “o pânico criado pelos médicos, teria como objetivo principal medicalizar a enfermidade, posto que até então, a lepra não era um assunto propriamente médico” [2: 159]. É possível afirmar que, assim como na Colômbia, no Brasil a lepra também permaneceu durante longo tempo sob os cuidados de comunidades religiosas e organizações de caridade. Somente no contexto marcado pela expansão da enfermidade, bem como pelo processo de profissionalização da medicina - quando se tornou importante delimitar e afirmar sua “autoridade cultural” [3].<sup>1</sup> - é que os médicos passaram a considerar a lepra como um tema que lhes dizia respeito e, com isso, a eliminar qualquer traço de legitimidade que outros grupos pudessem ter para se referir à doença.

É importante destacar que analisar a maneira como os médicos construíram um conhecimento sobre a lepra - transmissão, contagiosidade, isolamento dos doentes e tratamentos da enfermidade - contribui para compreender a forma como a doença acabou por configurar-se como resultado de negociações sociais dentro da própria comunidade científica, e, além dela, no meio social. Pois, não se pode pensar que a sociedade submete-se ao poder medicalizador de forma passiva, ao contrário, como destacou Torres (2002:30), “a medicalização não é simplesmente um processo de controle social que ocorre de cima como mera imposição da profissão médica, mas com frequência, se produz a partir de demandas dos serviços médicos por parte do público” [2:30]. Sendo assim, partindo do entendimento de que a carga de significado que é atribuída a uma doença como a lepra determinava as práticas profiláticas que seriam utilizadas para controlá-la, neste artigo, procuro acompanhar os diferentes significados que foram atribuídos à lepra ao longo de, pelo menos, duas décadas do século XX (1920-1940). Chamo

de “atribuição de significado” uma das facetas do processo que Charles Rosenberg conceituou como *framing* [4],<sup>2</sup> na qual o pensamento e a prática médica contribuem para a construção social da enfermidade, tanto através da aplicação de esquemas conceituais que a classificam como realidade biológica, quanto por meio de um conjunto de esquemas interpretativos que, depois de negociados, resultam em uma determinada compreensão geral acerca da doença. Especificamente sobre a lepra, em minhas pesquisas sobre sua historicidade,<sup>3</sup> identifiquei dois significados diferentes para esta doença, os quais resultaram em práticas profiláticas muito distintas para seu controle. O primeiro momento, objeto do presente artigo, remonta ao início do século XX, quando os leprólogos empenharam-se em caracterizar a lepra como um *flagelo nacional* e em estabelecer medidas para seu controle. Já o segundo momento, a partir da década de 1940, os médicos tiveram que reelaborar o significado da doença, graças à descoberta das sulfas e ao maior conhecimento acerca de sua etiologia [5]<sup>4</sup>.

Mostrarei, portanto, que a argumentação que caracterizava a lepra como um *flagelo* e, em grande medida, fora responsável pela implantação de uma grandiosa estrutura para seu combate no Brasil, destacadamente pelo isolamento compulsório, manteve-se sem grandes questionamentos até meados da década de 1940.

## O papel do Estado no combate à lepra no Brasil

No limiar do século XX, teve início no Brasil o processo de constituição do que hoje chamamos saúde pública. Para entender como a saúde entrou na agenda do poder público, tornando-se um “bem” coletivo, é preciso acompanhar as transformações sociais, culturais e políticas pelas quais passava o país naquele momento. Sobretudo o facto de que, a partir dos anos de 1920, ter ganhado força a perspectiva de romper com as teorias baseadas no determinismo biológico que vislumbravam um futuro fracassado para o país, em virtude de sua mistura racial. Em substituição a estas teorias, adotou-se um novo argumento mais otimista, segundo o qual o saneamento do país, libertá-lo-ia das grandes epidemias e aperfeiçoaria o homem do sertão, permitindo à nação civilizar-se<sup>5</sup> e atingir o progresso. De acordo com Schwarcz, “é como se, de repente, fosse preciso acreditar no país, transformar em certezas dúvidas e inquietações” [6:217].

As condições de saneamento do Brasil evidenciavam um quadro de precariedade, com cidades constituídas por ruas estreitas, habitações coletivas, lixo acumulado e com a maioria da população susceptível às doenças transmissíveis. Já o mundo rural era considerado o *habitat* das epidemias e de uma população castigada pelas enfermida-

des e pela ignorância. A criação do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos para a pesquisa biomédica, no Rio de Janeiro, em 1900, marcou o alvorecer de uma nova perspectiva de saúde no Brasil, pois contribuiu para inserir as questões de saneamento na agenda do poder público, convencendo-o de que os problemas sanitários representavam um grande desafio à estrutura econômica do país. Inicialmente, os esforços do Instituto de Manguinhos voltaram-se para o combate da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1903, quando o prefeito Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz<sup>6</sup> como Diretor Geral de Saúde Pública. Este período é reconhecido na historiografia como a primeira fase do “movimento sanitário” [7], que pode ser definido como um movimento pela reforma da saúde pública, empreendido por um grupo de médicos que criaram um discurso segundo o qual o Brasil era um país doente, “um imenso hospital” e, para que se alcançasse o progresso, era necessário solucionar seu principal problema: a saúde da população. Ao caracterizar o país pela omnipresença das doenças endêmicas e pela ausência do poder público, estes médicos produziram um intenso debate mobilizando a sociedade. Por isso, é possível afirmar que a ciência médica “assumiu a partir da primeira década da República uma função preventiva e social, em detrimento do papel predominantemente curativo que desempenhava anteriormente” [8:91-107]. A disposição de alguns profissionais da medicina em tomar parte na empreitada de “civilizar” o país pode ser pensada, pelo menos, sob duas perspectivas básicas: a primeira refere-se à oportunidade de colocar a saúde definitivamente na agenda do Estado, fazendo com que ele a assumisse como sua responsabilidade, haja vista o argumento de que as doenças contagiosas promoviam uma espécie de “interdependência social” [11]. Despertou-se para o facto de que um indivíduo doente seria uma ameaça aos seus semelhantes e, a partir daí, chegou-se à conclusão de que as condições de saúde de uma pessoa não era um problema privado, individual, mas, ao contrário, era um problema do mundo público. Já a segunda perspectiva, diz respeito ao processo de profissionalização da categoria médica, especialmente dos sanitários, que precisavam mostrar a relevância do cuidado preventivo com a saúde da população e, conseqüentemente, a importância que possuíam para a concretização destas ações preventivas [9].

O movimento sanitário pode, portanto, segundo Hochman, ser dividido em duas fases. O primeiro período corresponde à primeira década do século XX e teve como característica principal a preocupação com o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro, a prioridade era o combate às três principais doenças que tornavam a cidade reconhecida como ‘pestilenta’: febre amarela, cólera e peste. O segundo período, entre 1910 e 1920, foi marcado pela preocupação com o saneamento rural, particularmente pretendia-se combater três grandes ende-

mias rurais: ancilostomíase, malária e doença de Chagas [7:93].

Assim, no caso específico da lepra, objeto desse artigo, observei que apesar de a enfermidade ganhar espaço nos congressos médicos no Brasil e na América Latina, - seguindo uma tendência mundial de luta por uma legislação sanitária para a profilaxia da doença desde o final do século XIX - seu controle não entrou nas prioridades do movimento sanitário. Entretanto, o facto do movimento ter transformado a saúde em responsabilidade do poder público, iria criar as condições para que a lepra, mesmo não sendo alvo específico do discurso sanitário, fosse transformada em “problema nacional”. Um processo que ocorreu “graças ao empenho dos leprólogos em descrevê-la estatística e geograficamente” [10: 226]. Não é objetivo aqui acompanhar detalhadamente o longo processo que resultou na transformação da lepra em *flagelo* nacional, mas apresentar alguns dos principais argumentos que compuseram o discurso em torno da temática.

Na abertura deste artigo utilizei uma frase do médico Orestes Diniz, na qual ele descreve suas impressões sobre o combate à lepra no Brasil nos idos de 1920, quando ainda estagiava em um Dispensário na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Minha intenção foi fazer com que o leitor observasse a maneira como ele delineou o quadro geral da endemia no estado, que poderia ser descrito basicamente da mesma forma nas demais regiões brasileiras, qual seja um problema “grave” que contava com a indiferença do poder público. Com o objetivo de romper com esta apatia em relação à incidência da doença, em 1922, foi realizada no Rio de Janeiro a “Primeira Conferência Pan-americana de Lepra”. Neste evento, que contou com representantes de vários países do continente, foram deliberadas as primeiras iniciativas com o intuito de controlar a endemia de lepra na região. No relatório de conclusão da conferência, os leprólogos decidiram que, a partir da-

1 - Paul Starr define “autoridade cultural” como o poder social que um determinado grupo possui, com base na probabilidade de que suas definições da realidade e seus juízos de significado e valor sejam tomados como válidos e verdadeiros.

2 - De acordo com Charles Rosenberg, o *framing* envolve a premissa de que a doença é emoldurada por certos esquemas interpretativos e classificatórios, condizentes com contextos histórico-sociais específicos. O autor explica que, ao mesmo tempo em que é emoldurada, a doença também produz ações que a tornam um *frame*, isto é, uma moldura para diversas situações da vida social. No presente artigo, o conceito irá se referir a ideia de construção e reconstrução de significados para lepra.

3 - As pesquisas foram realizadas entre 2008 e 2012 para desenvolvimento da tese de doutorado intitulada: Colônia Santa Izabel: A Lepra e o Isolamento em Minas Gerais (1920-1960), defendida na Universidade Federal Fluminense, em março de 2012.

4 - Do ponto de vista clínico, a lepra fora classificada em tipos: lepromatoso, incharacterístico ou indiferenciado e tuberculóide. Mas a grande novidade em relação aos conhecimentos sobre a etiologia da lepra foi que o contágio não se dava em todas as variedades da doença, além disto, as sulfas trouxeram a cura para alguns casos.

5 - O termo “civilização” tinha diversos significados naquele momento, mas especificamente para a medicina sanitária, queria dizer levar preceitos de higiene e combater as endemias e epidemias que assolavam o interior brasileiro.

6 - Destacado médico bacteriologista, epidemiologista e sanitário brasileiro. Foi pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, fundador do Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos.

quela data, reunir-se-iam a cada quatro anos, a fim “de promover o desenvolvimento progressivo dos estudos sobre a lepra e das medidas de higiene pública destinadas a combatê-la” [5]. A preocupação com a doença intensificava-se, bem como o apelo para que os governos investissem na organização de uma estrutura de saúde pública destinada ao controle da mesma.

*A Primeira Conferência Americana de Lepra, zelando pelos mais relevantes interesses sanitários e atuando de acordo com os altos ideais da humanidade, resolve levar aos países que nela se fizeram representar, a indicação premente da urgência com que deverão ser praticadas medidas sanitárias, que atendam a magnitude do problema da lepra; resolve ainda fazer um chamado aos Governos daqueles países, no sentido de que organizem, sobre bases adiantadas e eficientes, a assistência médico-social dos leprosos [5].*

A mobilização em torno deste tema, como já destacado, devia-se, em parte, à perspectiva saneadora, tanto do Brasil, quanto dos demais países da América Latina. Já que naquele momento as sociedades latino-americanas enfrentavam dilemas cruciais, tais como a delimitação do papel do Estado na promoção do bem-estar da população e, sobretudo, a necessidade de se inserirem no mundo moderno e civilizado. Conscientes destas questões, os sanitaristas utilizavam-se do discurso “reformador” da sociedade para colocarem suas demandas na pauta do poder público. Um forte argumento utilizado por eles foi a possibilidade de os países latino-americanos tornarem-se reconhecidos como nações “leprosas”. Torres destaca que para o caso da Colômbia, por exemplo, “no começo do século XX, uma nova ordem política e social transformou a lepra de um problema de caridade cristã, em obstáculo na luta pelo progresso e pela civilização” [2]. Sendo assim, diante da premência em tratar-se o problema, outra conclusão importante da Conferência foi relativa ao modelo de organização a ser adotado no controle da doença.

*Em cada país o combate contra a lepra deverá ser orientado sobre um plano uniforme, cuja aplicação será extensiva a quaisquer regiões, nele sendo interessados os departamentos administrativos. Será de toda conveniência que o Governo nacional centralize, tanto quanto possível, as providências administrativas e oriente os estados, províncias ou departamentos, na campanha contra a lepra, e principalmente nas medidas técnicas essenciais [5].*

A intenção era envolver totalmente os governos no processo de combate à lepra, adotando um padrão centralizador. Tal orientação possuía implicações profundas no Brasil, uma vez que graças ao pacto federativo, os estados possuíam autonomia para deliberar sobre algumas questões sem submeter-se ao governo federal, dentre as quais, as

relativas à saúde. Os leprólogos brasileiros empreenderam grandes esforços a fim de que as orientações dessa “Primeira Conferência Pan-americana de Lepra” fossem rigorosamente seguidas. A estratégia adotada por eles consistiu em descrever a lepra como um problema nacional, portanto passível de ser resolvido através da união de todos os estados da federação e, obviamente, da submissão destes às orientações do governo central. De acordo com Costa, “materializar o problema da lepra no Brasil significava conferir-lhe visibilidade para além do discurso médico, o que deu diferentes nuanças à trajetória da doença em se estabelecer como uma ‘endemia nacional’” [10:245]. Uma forma importante de materializar o problema era através da realização de censos, por isto, esta foi uma das mais incisivas orientações da conferência de 1922, cuja conclusão foi de que “o ponto de partida indispensável para a organização de qualquer campanha contra a lepra é o respectivo censo, realizado com a maior amplitude e segurança possíveis” [5]. Isto, porque estes censos identificariam estatisticamente o número de leprosos e, conseqüentemente, criariam condições de convencimento sobre a urgência em solucionar a questão. Entretanto, mesmo antes destes censos serem realizados, os leprólogos já trabalhavam com uma estimativa sobre o número de doentes no país. Um bom exemplo disto está na matéria em que o médico Olyntho Orsini procurou traçar um histórico do tratamento dispensado ao *flagelo* nacional:

*Souza Araújo, quando de sua posse na Academia de Medicina (década de 1920), chamando a atenção dos governos para o problema da lepra, dizia não ser exagero calcular em 60 mil os leprosos do Brasil. Em 1930, já era, porém, da opinião que eles orçavam em 30 a 33 mil, com um índice de 1 por mil e afirmava que esta incidência nos colocava entre os países semi-civilizados [11].*

O médico faz alusão aos dados divulgados pelo leprólogo Souza Araújo, que entre os anos de 1924 e 1927 realizou uma expedição a diversos países do mundo com o objetivo de estudar a lepra. A partir das observações e dos dados coletados nesta viagem, o leprólogo redigiu a obra “A Lepra: estudo realizado em 40 países” [12] e nela divulgou a primeira estimativa do número de enfermos, mencionada na citação anterior. Os números divulgados por Souza Araújo são fruto de suas observações, pois ele não apresentou nenhum dado empírico, assim, pode-se indagar se o exagero nesta primeira aferição não esteve relacionado à necessidade que o médico sentia de caracterizar a lepra como um problema nacional. Tanto é que no alvorecer da década de 1930 quando estudos empíricos já estavam sendo realizados e, inclusive, com base neles, Souza Araújo repensou sua estatística. Contudo, muito mais do que discutir a hipótese de tal aferição ter envolvido a manipulação das estatísticas, quero ressaltar que quando Orsini cita o consagrado lepró-

logo, seu objetivo era justamente chamar a atenção para a grande incidência da lepra, pois ainda que Souza Araújo tenha diminuído pela metade a estimativa do número de indivíduos doentes, a estatística continuava grave. Orsini ainda apresentou outros dados publicados no “Boletim Oficial Sanitário Pan-americano de 1933”, que trazia a opinião de M. Fallaice, um estudioso do problema higiênico brasileiro, para o qual a lepra constituiria um perigo para o país, pois “o Brasil teria 97 leprosos para cada 100 mil habitantes, ao passo que na Índia havia 50 para 100 mil” [11]. Sendo assim, para o referido leprólogo, mesmo que tais estatísticas fossem exageradas, não se poderia desconsiderar o problema já que o “coeficiente da lepra no Brasil era de 0,50 por mil” [11], o que não era um número desprezível. O médico fez, então, uma detalhada descrição das informações disponíveis acerca do número de leprosos em cada estado brasileiro.

Na medida em que as estatísticas colocavam o Brasil entre os países com maior incidência de lepra no mundo, controlar esta doença passou a ser considerada uma etapa necessária ao processo de construção de nossa nacionalidade, base do projeto de civilizar e modernizar a nação. Costa observa que, dentre as estratégias utilizadas pelos leprólogos, estava a de “produzir um discurso em que, tal como nas endemias rurais, uma maior incidência da lepra seria creditada à ausência do Estado e à total omissão do poder público na formulação de políticas para seu controle” [10:245]. Esta estratégia pode ser observada na fala do médico Olyntho Orsini, pois, em sua acepção,

*O problema da lepra no Brasil esteve durante séculos ao abandono. Os governos, com raríssimas e honrosíssimas exceções, sempre preocupados com a lepra da política, esqueciam-se da lepra hanseniana, que tranquilamente estendia, pouco a pouco, a sua atividade a todos os recantos do país [11].*

Através deste discurso, ao mesmo tempo em que se responsabilizava o Estado pela grande incidência da lepra, também era possível demandar dele ações efetivas para seu combate. Tal empreitada significou construir possibilidades de negociação dos leprólogos com os governos para efetivar as políticas de controle da doença. Deste modo, “a ideia de que a lepra era uma doença que exigia medidas singulares de controle, partilhada por médicos e autoridades sanitárias, acabaria por constar no texto do decreto nº 13.538, que reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural” [10:241]. Este decreto [13] estabelecia que o serviço contra a enfermidade estivesse sujeito a um regime especial, que significava a construção de colônias de isolamento. Para viabilizar a política de isolamento, recorreu-se a todo tipo de argumento, sobretudo, àqueles que se fundamentavam no caráter estigmatizante da doença, os quais eram capazes de difundir o pavor na sociedade. Para o médico Antônio Aleixo, segregar os leprosos era um recurso do

qual deveriam lançar mão para preservar a sociedade. Mais que isso, de acordo com sua perspectiva, o combate à doença por meio do isolamento era uma “verdade” [14]. Desse modo, pode-se dizer que a segregação do doente de lepra tornara-se uma máxima que os leprólogos empenharam-se, estrategicamente, em difundir naquele momento. Isto ocorria porque, à medida que a sociedade era conscientizada do “perigo” representado pela lepra, bem como da urgência em controlá-la, o poder público acabava sendo pressionado a posicionar-se e a investir em ações para combatê-la. Analisando todo o processo de estruturação das políticas de controle da doença e, particularmente, do isolamento compulsório, é possível afirmar que a estratégia obteve êxito em muitos aspectos. Pois, conforme afirmou Cunha, “a luta contra a lepra tornou-se, enfim, mais contundente a partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários promovido pelo governo federal” [15]. Este plano, elaborado pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, sob coordenação de João de Barros Barreto, juntamente com os médicos Ernani Agrícola e Joaquim Motta, pode ser pensado como uma resposta do poder público à urgência que se imprimiu ao problema da lepra.

Assim, um plano nacional de combate à lepra, tal qual o sugerira o médico Antônio Aleixo, foi elaborado e, com o apoio do ministro Gustavo Capanema, aprovado pelo presidente Getúlio Vargas em 1935. Seu conteúdo pretendia direcionar as ações do governo, determinando os objetivos a perseguir, bem como planejando a distribuição de recursos e gastos para construção e manutenção de leprosários em todo o país. De modo geral, o plano pressupunha a construção de leprosários em número suficiente para isolar os leprosos, além do melhoramento dos já existentes, não só com o fim de aumentar o número de leitos, como também para permitir uma melhor assistência. O mais interessante neste plano era a pressão que o governo federal passou a exercer sobre os estados a fim de se equiparem para o controle da lepra.

*4.º - Obrigação, de modo geral, por parte dos Estados, das seguintes medidas: a) instalação de dispensários em número suficiente; b) cessão dos terrenos necessários à construção de leprosários e instalação dos referidos estabelecimentos; c) manutenção de metade dos doentes isolados; d) adoção da legislação federal sobre o assunto e subordinação técnica aos órgãos competentes da União.*

*5.º - Desenvolvimento do plano de construção em 3 anos. De acordo com as possibilidades financeiras do país e outras circunstâncias supervenientes, poderá o prazo ser dilatado para 4 ou 5 anos [16].*

A perspectiva era de que os estados, com o apoio e sob a orientação da União, ampliassem o número de leprosários existentes para que todos os leprosos pudessem ser isolados, sabendo que o plano deveria ser executado, no máximo, em

cinco anos. No plano estavam previstos os investimentos que seriam ampliados substancialmente até o ano de 1938, tanto no que se referia ao valor investido, quanto ao número de estados partícipes.

A partir dos dados do quadro 1, é possível entender que de facto, a política isolacionista ganhou mais vigor a partir da elaboração do plano nacional de combate à lepra. Entretanto, apesar deste aumento efetivo nos investimentos, havia muito que ser feito, pois segregar leproso era uma iniciativa dispendiosa para os cofres públicos. Por isto, era muito comum os leprólogos apelarem também para a filantropia e contarem com o apoio das Associações de Assistência aos Lázarus - o que não diminuía a responsabilidade do governo federal - apenas contribuía para a montagem da estrutura de isolamento. Segundo estimativa de João de Barros Barreto, em 1934, havia 24 leprosários em todo país, incluindo os pequenos asilos, e o plano previa a construção de mais 18, além da ampliação de alguns já existentes. Conforme dados do quadro 2, percebe-se que, no que diz respeito à construção de leprosários, o plano atingiu sua meta.

Conforme mostram os dados do quadro 2, entre os anos de 1935 e 1945 foram construídas 18 novas instituições para isolar leproso. É importante destacar que, embora São Paulo não apareça no quadro em 1942, já estavam em funcionamento todos os 5 leprosários daquele estado. A Colônia de Bonfim no Maranhão, apesar de ter sido iniciada em 1932, somente foi concluída com as verbas destinadas à execução do plano nacional de combate à lepra. Obviamente, todo este investimento na política isolacionista não surgiu do acaso, ou da mera preocupação dos governos com uma enfermidade. Observei que muitos argumentos foram utilizados para convencê-los da necessidade e urgência em investir na política de saúde pública. E, além disto, a sociedade também precisou ser persuadida a apoiar os leprólogos na luta “patriótica” contra a lepra, pois, todos os cidadãos poderiam contribuir: fosse denunciando portadores da doença, fazendo doações para as entidades de assistência aos lázaros ou, simplesmente, recusando-se a conviver com o enfermo.

A luta contra a lepra foi definida pelo leprólogo Antônio Aleixo como uma “cruzada santa”, e institucionalmente, este processo culminou na implantação do Serviço Nacional de Lepra (SNL), através do Decreto-lei nº 3.171, de 02 de abril de 1941 [14]. Assim, “as atividades de combate à lepra no

Quadro 1

Ano	Gastos Totais	Estados Contemplados
1932	400:000\$000	Maranhão, Distrito Federal.
1933	1.200:000\$000	Maranhão, Espírito Santo e Minas Gerais, Distrito Federal.
1934	2.000:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, Distrito Federal.
1935	1.700:000\$000	Maranhão, Pará, Pernambuco, Espírito Santo, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Distrito Federal.
1936	4.600:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, Distrito Federal.
1937	9.800:000\$000	Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo, Goiás, Distrito Federal e Território do Acre.
1938	10.000:000\$000	Todos os vinte estados e o território do Acre, Distrito Federal.

Investimento da União nos Estados entre os anos de 1932-1938. Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02.

contexto nacional se fortaleceram com a criação do SNL, um órgão fiscalizador e regulador da política de profilaxia apoiada no modelo tripé com todas as suas especificidades” [17:112]. Pode-se dizer que, com a criação do SNL, o objetivo de centralizar a política de controle da lepra foi alcançado, pois dele emanavam todas as orientações para as representações estaduais ou regionais do SNL. Dentre as principais normas estabelecidas pelo SNL, estava a divisão das responsabilidades entre União, estados e municípios. Sendo assim, a União permanecia com a responsabilidade de construir leprosários e ampliar os já existentes, além de auxiliar e estimular a iniciativa privada na criação de preventórios para os filhos indenes dos doentes. Aos estados, coube organizar e administrar os serviços estaduais de combate à lepra, isolando e mantendo os doentes em condições adequadas por meio da assistência médico-social. Além disso, também estavam encarregados da execução e revisão periódica dos censos de leproso e comunicantes. E, por último, também ficou a cargo dos estados a execução da vigilância dos internos dos preventórios, bem como a promoção de cursos de reciclagem e estágios para os técnicos que atuassem nos Serviços de Lepra. Os municípios, por sua vez, ficaram com a incumbência de assistir aos filhos sadios e às famílias dos doentes, tarefa que era desempenhada majoritariamente pela iniciativa particular - as associações filantrópicas. A principal estratégia a ser adotada neste sentido era a promoção da educação sanitária. Também constituía-se responsabilidade dos municípios cooperar na realização dos censos e na vigilância epidemioló-



Quadro 2

	Nome da Instituição	Estado	Início da Construção	Início do Funcionamento
1	Colônia Antônio Aleixo*	Amazonas	1937	1942
2	Colônia Marituba*	Pará	1937	1942
3	Colônia Antônio Justa*	Ceará	1937	1941
4	Colônia Getúlio Vargas*	Paraíba	1935	1941
5	Colônia Eduardo Rabello*	Alagoas	1937	1940
6	Colônia Lourenço Magalhães*	Sergipe	1937	1945
7	Colônia Tavares de Macedo*	Rio de Janeiro	1936	1938
8	Sanatório Roça Grande*	Minas Gerais	1939	1944
9	Colônia Santa Marta*	Goiás	1937	1943
10	Colônia São Julião*	Mato Grosso	1937	1941
11	Colônia Bonfim**	Maranhão	1932	1937
12	Colônia Mirueira**	Pernambuco	1936	1941
13	Colônia Itanhenga**	Espírito Santo	1933	1937
14	Colônia Santa Tereza**	Santa Catarina	1936	1940
15	Colônia Itapoan**	Rio G. do Sul	1937	1940
16	Colônia Santa Fé**	Minas Gerais	1937	1942
17	Colônia Padre Damião**	Minas Gerais	1937	1945
18	Colônia São Francisco de Assis**	Minas Gerais	1936	1943

\*Instituições construídas com verba federal

\*\*Instituições construídas com verbas federal e estadual. Fonte: Arquivo Gustavo Capanema CG h 1935.09.02.

gica. Definidos os papéis, caberia ao SNL [18] exercer forte controle a fim de que fossem cumpridos a contento.

Outra preocupação que esteve presente na estruturação do SNL foi o incentivo à pesquisa no campo da lepra, assim, a criação de um concurso de monografias foi uma das grandes iniciativas neste sentido,<sup>7</sup> pois proporcionava a publicação de trabalhos sobre a temática. Além disso, o Serviço incentivava a cultura de plantas com propriedades terapêuticas contra a lepra nas regiões apropriadas. Para divulgar as atividades executadas, criou-se o *Boletim do SNL*. Com a finalidade de promover um intercâmbio das pesquisas desenvolvidas por leprólogos brasileiros - aquelas que não eram contempladas nos concursos de monografia -, foi lançado o periódico *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*.

De acordo com o relato do médico Ernani Agrícola, a campanha contra a lepra estava desenvolvendo-se satisfatoriamente e, se no plano de 1935 a principal preocupação era construir leprosários, com o advento do SNL, a questão foi

ampliada, pois, além de isolar os leprosos, era preciso diagnosticar novos casos e cuidar dos filhos indenes dos doentes. Esta era a estrutura assumida pela política de combate à lepra no Brasil, apoiada sobre o chamado *modelo tripé*. Para os leprólogos Orestes Diniz e José Mariano, “um organismo sanitário de luta contra a lepra, tecnicamente organizado, se assenta no tripé representado pelo Dispensário que procura, descobre e classifica o doente, no Leprocômio, que o isola, mantém e trata, e no Preventório que recolhe, observa e educa seus filhos ainda indenes da infecção” [19:103]. Estas três instituições pretendiam corresponder aos princípios básicos de: “isolar, vigiar e orfanar” [20: 112].

O médico norte-americano Guy Faget, em 1941, descobriu o poder terapêutico das sulfonas, através de experiências desenvolvidas no Leprosário de Carville, no estado de Louisiana, nos Estados Unidos. Esta descoberta marcaria uma nova fase no tratamento da lepra, uma vez que, como explicou Cunha, “responsável por acabar com a contagiosidade do doente logo no início do tratamento, a sulfona revolucionou os quadros medicamentosos e impôs uma nova realidade para a profilaxia baseada no isolamento dos doentes entre os muros do leprosário”<sup>8</sup>. Desse modo, se o doente deixava de contaminar as pessoas ao seu redor ainda no início do tratamento, não se justificava mais a sua

segregação nas Colônias. Assim, como afirma a autora, “deu-se início a um processo de questionamentos – que durou mais de 20 anos – do modelo de isolamento compulsório dos doentes de lepra” [15:117].

## Conclusões

É possível afirmar que através de um processo construído social e culturalmente, a lepra acabou por assumir o *status*

7 - O concurso acontecia anualmente e contava com a participação de médicos de todo o país que desenvolviam pesquisas no campo da lepra.

8 - Há que se ressaltar que o modelo isolacionista já vinha sofrendo críticas por parte de um grupo de leprólogos, dentre eles, Orestes Diniz, que afirmava que o “modelo tripé” não havia cumprido seu objetivo principal, qual seja diminuir as estatísticas da lepra.

de endemia nacional em meio à preocupação sanitária - que marcou a primeira fase do movimento sanitarista - com as doenças do mundo rural.

A partir deste primeiro momento que envolveu a delimitação do problema representado pela lepra, teve início um movimento de controle da doença que foi fortalecendo-se continuamente, à medida que os leprólogos tentavam dar concretude aos argumentos do risco social e econômico que a enfermidade representava para a nação brasileira. O médico Olyntho Orsini resumiu o problema da seguinte forma: “o Brasil é verdadeiramente um grande foco de lepra, flagelo que o acompanha desde quase o seu descobrimento” [11]. Pode-se considerar, então, que a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas,<sup>9</sup> em 1920, foi uma das primeiras respostas do poder público ao risco em que lepra fora transformada pelo discurso médico. As principais ações da Inspetoria deram-se no sentido de instituir a obrigatoriedade da notificação da doença, o exame periódico nos comunicantes e o isolamento do leproso, nosocomial ou domiciliar. Neste momento, não havia ainda um plano estruturado de controle da doença, embora, seguindo as tendências dos congressos nacionais e internacionais, os leprólogos brasileiros tenham implantado estas primeiras práticas.

O isolamento só se tornaria a principal medida de combate à doença posteriormente, mas, para que isto ocorresse, foi preciso, antes, convencer os governos a investir na construção das instituições para segregar os leprosos. Pois, apesar da urgência que se desejava imprimir ao problema da lepra, muitas eram as questões que se contrapunham à implementação de uma política isolacionista ao longo da década de 1920. Posso citar como as duas principais: o pacto federativo de autonomia dos estados que restringia a intervenção da União e os problemas econômicos decorrentes de uma crise mundial. Não obstante tais obstáculos, as políticas de controle da doença conseguiram se impor, como bem demonstrado através do plano nacional de construção de leprosários empreendido pelo governo federal em 1935.

---

9 - O Decreto nº3.987 de 02 de janeiro de 1920, reorganizou os serviços sanitários federais e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão que proporcionou uma maior intervenção e centralização das questões de saúde dos estados. Na historiografia sobre história da saúde pública é recorrente a ideia de que o Departamento Nacional de Saúde Pública inaugurou uma nova etapa nas políticas de saúde pública e saneamento no Brasil. Nesta nova fase, o Estado assumiu maiores responsabilidades no que se referia à saúde da população, justamente porque o DNSP institucionalizou definitivamente as práticas sanitárias no interior do Estado na Primeira República. E o movimento que, anteriormente, se voltava para os problemas do mundo rural se ampliou e alcançou também os problemas de saúde pública presentes nas cidades. Sendo a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas uma das ações implementadas neste sentido.

## Bibliografia

- Diniz O (1961). Nós Também Somos Gente: Trinta Anos Entre Leprosos. Livraria São José, Rio de Janeiro: 12.
- Torres DO (2002). Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia. Medellin: Fondo Editorial Universidade EAFIT:30.
- Starr P (1982). The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books:13-15.
- Rosenberg C Introduction. Framing disease: Illness, Society and History. In: Golden J (ed.) (1992). Framing disease: studies in cultural history. Rutgers University Press, New Brunswick.
- Conclusões da Primeira Conferência Panamericana de Lepra (1946). In: Arquivos Mineiros de Leprologia, ano VI, nº IV, outubro: 185-190 .
- Schwarcz LM (1993). O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). Companhia das Letras, São Paulo: 217.
- Hochman G (1998). A Era do Saneamento. Editora Hucitec, São Paulo.
- Schwartzman S (1979). Formação da Comunidade Científica no Brasil. Campanha Editora Nacional, São Paulo: 91-107.
- Carvalho KA (2015). A Saúde pelo Progresso: A regulamentação do trabalho médico no governo Vargas (Minas Gerais, 1930-1940). Multifoco, Rio de Janeiro:55.
- Costa DF (2007). Entre Idéias e Ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). Tese de Doutorado, Universidade Federal Fluminense: 226.

- Orsini O (1935). A Lepra no Brasil. In: Revista Medica de Minas. Belo Horizonte, ano III, nº26, novembro: 5.
- Souza-Araújo HC (1929). A lepra: estudos realizados em 40 países (1924-1927). Tipographia do IOC, Rio de Janeiro.
- Decreto nº13.538, de 9 de abril de 1919. In: Brasil, Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil (1920), v.2: 393-7.
- Aleixo A (1944). Uma Cruzada Santa: a lepra está invadindo o Estado. In: Arquivos Mineiros de Leprologia, Ano IV, Nº III, julho: 166. (Reportagem publicada originalmente no jornal “Correio Mineiro” no final da década de 1920).
- Cunha VS (2005). O Isolamento Compulsório em Questão. Políticas de Combate à Lepra no Brasil (1920-1941). Dissertação de Mestrado, Fiocruz: 7.
- Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02. Pasta III, F. 703-707, CPDOC/ FGV.
- Maciel LR (2007). ‘Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade’: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese de Doutorado em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói:112.
- Boletim do Serviço Nacional de Lepra (1943). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano II, nº 2, junho: 5-7.
- Diniz O, Mariano J (1945). Assistência social aos filhos sadios dos doentes de lepra. Trabalho apresentado na 2ª Conferência de Assistência Social dos Lázaros, Rio de Janeiro, 1945. In: Arquivos Mineiros de Leprologia. Ano V, Nº III, julho: 103.
- Curi L M (2002). ‘Defender os sãos e consolar os lázaros’: lepra e isolamento no Brasil 1935-1976. Dissertação de Mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia: 112.

# Órfãos da saúde pública: vozes da infância da lepra no Brasil

*Orphans of public health: leprosy childhood voices in Brazil*

---

**Lilian Souza**

Especialista em Saúde Pública, Mestre em Serviço Social,  
Doutoranda em Políticas Públicas e Formação Humana  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
lilianpuc\_rio@yahoo.com.br

## Resumo

Este artigo apresenta a revisão de uma pesquisa que teve como objetivo investigar a história dos filhos sadios separados dos pais doentes de lepra, que foram isolados compulsoriamente por determinação do Estado brasileiro. Através da metodologia da pesquisa qualitativa baseada na técnica de história oral, bem como a pesquisa documental por meio de fontes secundárias, resgatamos uma história da saúde pública no Brasil e suas diversas formas de vigilância e controle da doença e do doente de lepra. Concluímos que como impactos da medida de segregação e afastamento de pais e filhos, ocorreu o aprofundamento do estigma social, o rompimento do vínculo com a família e com as redes de sociabilidade, além da restrição das oportunidades de (re)socialização, conformando um modo de discriminação que se reflete na vida dos sujeitos atingidos pela doença e na de seus familiares.

**Palavras Chave:**

Lepra, saúde pública, história oral, filhos sadios e preventórios.

## Abstract

This article presents a review of research aimed to investigate the history of healthy children separated from parents with leprosy patients who were isolated compulsorily by determination of the Brazilian state. Through qualitative research methodology based on the oral history and documentary research through secondary sources, we rescued a story of Public Health in Brazil and its various forms of surveillance, disease control and leprosy patient. We conclude that the impact of this measure was the segregation and expulsion of parents and children, there was a deepening of the social stigma, the breaking of the entail family and the networks of sociability, beyond the restriction of opportunities to (re)socialization, creating a way to discrimination that reflects into the lives of individuals affected with the disease and their families.

**Key Words:**

Leprosy, public health, oral history, children healthy and preventorium.

## Introdução

No contexto do século XX, a assistência à infância no Brasil esteve fortemente marcada pelo caráter das instituições totais<sup>1</sup> [1]. Até a década de 1920, a atenção à criança pobre e abandonada era pautada em dimensões catequizadora, filantrópica e assistencialista. A baixa escolaridade, a pobreza e o abandono atribuíam à criança um perfil ameaçador para a sociedade, uma vez que se acreditava que estaria mais suscetível à criminalidade [2, 3].

Dessa forma, quando a criança encontrava-se em situação de abandono cabia ao poder público atuar como um substitutivo à família, oferecendo atendimento e proteção à infância. Para tanto, foi instituído um complexo aparato médico, jurídico e assistencial, encarregado de educar, reprimir e prevenir que estas crianças não se tornassem delinquentes. O sucesso desta empreiteira exigiu, sobretudo, organizar um sistema de higiene pública, pautado pelo controle, disciplinarização e esquadramento do espaço urbano. Foi necessário, portanto, agir sobre o universo da pobreza, saneando e eliminando, principalmente os focos de doenças [3].

A convicção de que o Brasil precisava se libertar de seus agravos sociais justificava as investidas para a segregação e o afastamento familiar destas crianças, ao considerar que se impediria o contágio das degenerescências para o restante saudável da população e se evitaria a procriação e reprodução das patologias já existentes [4].

Esta proposta teria uma dupla conotação, pois ao mesmo tempo em que o Estado atribuía à família a responsabilidade pela saúde de seus membros, reforçando práticas educativas de higiene, ele também se via no dever de suplantar o poder familiar quando necessário e afastar a criança do ambiente da família [4].

Diante do exposto, a eugenia, a preocupação com a formação de um novo homem e o destaque dado à infância, conformaram um conjunto de indicadores ideológicos que, articulados entre si, modelaram sob alguns aspectos, a política social nesse período. A política de saúde voltada para a criança assumiu um caráter bastante autoritário e intervencionista, já que o seu desenvolvimento físico e intelectual precisava ser assegurado, tendo em vista os interesses da nação a longo prazo. Justificava-se, assim, um conjunto de medidas visando o controle minucioso da criança, cuja ênfase recaía sobre as atividades de educação e saúde [5].

Neste cenário político e ideológico, também foram delineados os modelos de assistência para os filhos sadios de portadores de algumas moléstias, dentre elas a lepra<sup>2</sup>. A criação dos preventórios brasileiros para os filhos de pessoas acometidas pela hanseníase, na década de 1920, portanto, deve ser interpretada como expressão de um contexto em que a preocupação com a infância pobre, enquanto problema social, figura no discurso da elite brasileira. A inquietação sobre o tema envolvia um ardoroso debate sobre os rumos do país com um povo miscigenado, de raça indefinida.

Diante desta realidade, a criança passa a figurar como objeto de interesse do Estado, que propõe medidas sociais capazes de transformá-los em cidadãos úteis para o desenvolvimento da nação. A criança começa a ser percebida como um valioso patrimônio, a chave para o futuro e, por estar em processo de crescimento, um ser plenamente moldável.

A partir da década de 1930, o governo federal intensificou suas ações de controle e assistência às crianças pobres, abandonadas e aos delinquentes. O Estado utilizou-se de princípios eugênicos no tratamento destas crianças, identificando, classificando e internando os filhos dos tuberculosos, sífilíticos e epiléticos. Os filhos saudáveis de pessoas acometidas pela lepra, que ficavam desamparados após o isolamento dos pais, passaram a enquadrar-se na categoria de crianças abandonadas e desvalidas [7].

Diante deste panorama, a pesquisa intitulada “Órfãos da Saúde Pública: violação dos direitos de uma geração atingida pela política de controle da hanseníase no Brasil”, investigou a história dos filhos sadios separados dos pais doentes de lepra, que foram isolados compulsoriamente em colônias por determinação do Estado. A referida pesquisa foi a dissertação apresentada por esta autora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2013.

Em função das particularidades de como se deu a política de isolamento compulsório dos doentes de lepra e do afastamento dos seus filhos sadios no município do Rio de Janeiro e em alguns municípios dos estados de São Paulo e Minas Gerais<sup>3</sup>, selecionamos histórias de sujeitos com origens nestas regiões. Para tanto, entendemos como fundamental o uso da metodologia da pesquisa qualitativa, baseada na técnica de história oral a partir de entrevistas fundamentadas na modalidade de histórias de vida, que objetivam conhecer a participação ou a visão do entrevistado a respeito do tema que estamos pesquisando. Além disso, recorreremos ao uso de material etnográfico e de informações que pertencem ao Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), cujo acesso fora previamente autorizado.

Foram analisadas 12 histórias de vida de pessoas separadas de seus pais, que, por sua vez, foram isolados por terem sido acometidos pela lepra. Sobre a metodologia, realizou-se cinco entrevistas presenciais, gravadas e transcritas, e a pesquisa documental com fontes secundárias, com sete histórias de sujeitos com este perfil. Dentre este total, o público-alvo foi composto por um depoente que viveu no Preventório Santa Maria no Rio de Janeiro/RJ; um ex-interno no Preventório de Goiás; um criado por familiares no Rio de Janeiro/RJ; um institucionalizado no Preventório Santa Terezinha em Carapicuíba/SP e, em seguida, adotada; duas pessoas cuidadas por familiares no estado de Minas Gerais; três pessoas criadas no Preventório Carlos Chagas em Juiz de Fora/MG, e três pessoas educadas por familiares no estado de São Paulo. Sete entrevistados eram do sexo masculino e cinco do

feminino; a faixa etária do grupo era entre 41 e 65 anos. Os resultados desta pesquisa revelaram que um dos grandes impactos da medida de segregação e afastamento dos doentes de seus filhos, foi o aprofundamento do estigma na sociedade brasileira sobre a história da lepra e, em consequência, da hanseníase. Assim, como efeitos perversos, vimos o rompimento dos vínculos destes sujeitos com a família e com as redes de sociabilidade, conformando um modo de discriminação social que se traduz na história de vida e na trajetória social de diferentes formas. Importante ressaltar que tal trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ<sup>4</sup>. Logo, a identificação dos depoentes e os dados analisados que conformaram os resultados desta investigação, foram tratados sob o rigor da ética em pesquisa, além do uso do termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo o sigilo das informações. Nosso objetivo é que este artigo possa contribuir com a compreensão acerca da história de uma infância institucionalizada, narrada nas vozes dos sujeitos que ficaram órfãos pela política de saúde pública para a lepra no Brasil.

## Profilaxia e confinamento

Vimos que no século XX, a preocupação com a criança sadia, filha de paciente de lepra, se destacou no Brasil a partir da década de 1920. Neste contexto, a política de construção dos preventórios foi reflexo das medidas sanitárias adotadas no país, visando o combate e o controle da doença.

O Decreto nº. 16.300, de dezembro de 1923, que regula o Departamento Nacional de Saúde Pública no que diz respeito à Prophylaxia Especial da Lepra, afastava os filhos sadios do convívio familiar e os segregava em instituições criadas para isto. Dentre os artigos do Decreto, destacam-se, os artigos 148 e 161:

Art. 148. No estabelecimento de leprosos, além das disposições já determinadas e das que forem prescritas em seus regimentos internos<sup>5</sup>, serão observadas também:

- a) os filhos de leprosos, embora um só um dos progenitores seja doente, serão mantidos em seções especiais, anexas às áreas de pessoas sãs do estabelecimento, para onde serão transportados logo depois de nascidos;
- b) essas mesmas crianças não deverão ser nutridas ao seio de uma ama e não serão amamentadas pela própria mãe se esta for leprosa.

Art. 161. O doente isolado em domicílio, além das recomendações que em cada caso serão feitas pela autoridade sanitária, deverá cumprir as seguintes determinações:

- a) afastam-se sempre das crianças que residam ou permaneçam no domicílio [8].

A palavra Preventório<sup>6</sup> é definida como: internato para crianças predispostas a certas doenças, ou estabelecimento onde são tratadas preventivamente filhos de leprosos ou tu-

berculosos, que são criados separados dos pais para evitar contágio.

A prática do isolamento preventorial fora internacionalmente recomendada por leprologistas em vários tratados científicos, que definiam que, na transmissão da lepra, o meio familiar ou doméstico e a maior suscetibilidade da infância favoreciam o contágio. Em pesquisas realizadas em países endêmicos, dentre eles o Brasil, estudiosos observaram que as crianças eram mais facilmente infetadas e deveriam ser submetidas a maior vigilância após exposição a um doente. Para eles, tal vigilância aplicada nos preventórios, se dava como medida profilática eficiente, que passou a ser defendida no Brasil, a partir de 1916, por Heráclides César de Souza-Araújo [8].

Em razão do entendimento que as crianças poderiam desenvolver o bacilo da doença em outras fases da vida, elas chegaram a ser classificadas como “leprosos” em potencial, alimentando o medo e o preconceito da sociedade contra os filhos dos doentes. Em São Paulo, as crianças eram submetidas a exames periódicos nas dependências do Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL). Para Campos e Bechelli, “falhará, sem dúvida qualquer organização que julgar suficiente o isolamento do doente contagiante sem assistir e vigiar sua prole, sem manter sob vigilância clínica suas comunicantes” [9].

A primeira instituição criada com esta finalidade foi o Preventório de Molokai, em 1880 no Havaí, tendo como precursor o Padre Damião. Tal iniciativa deveu-se, sobretudo, em função do alto número de crianças saudáveis que conviviam entre os doentes de lepra na Ilha de Molokai. Por isso, buscando preservar as crianças da contaminação da doença, o padre decidiu separá-las dos enfermos, influenciando alguns países endêmicos da América do Sul, como Brasil, Colômbia e Argentina.

Alguns leprologistas acreditavam na eficácia da construção dos preventórios próximo à área urbana e não aconselhavam que estivessem perto dos leprosários, o que poderia ser prejudicial às crianças. Eles defendiam que a sociedade poderia confundir uma instituição com a outra, inferindo aos menores o estigma que atingia seus pais. Ademais, os filhos dos doentes não ofereceriam risco à saúde da população, uma

1 - Compreendemos instituições totais como aquelas onde há a ruptura das barreiras que comumente separam algumas esferas da vida do indivíduo que, geralmente, são realizadas em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral [1].

2 - No Brasil, a Lei Nº 9010, de 29 de março de 1995, alterou o termo Lepra para Hanseníase, com o objetivo de contribuir para a eliminação do preconceito em torno do doente. Contudo, neste artigo, priorizamos a expressão lepra, tendo em vista o caráter histórico que buscamos privilegiar.

3 - Ultrapassam os limites deste artigo a análise sobre as características de tal política em cada uma destas regiões. Em linhas gerais, pode-se afirmar que foram emblemáticas na história da assistência ao doente de lepra no país.

4 - Aprovado no dia 24/04/2013, sob o número 13764913.7.0000.5282.

5 - O “Regime Interno” foi adotado por todos os preventórios que recebiam subvenção federal e estavam ligados à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Aprovado pelo Departamento Nacional da Saúde, o documento foi publicado na Revista de Combate à Lepra em março de 1941, p. 48-52 [8].

6 - www.dicionariodoaurelio.com. Acesso em 06 de junho de 2013.

vez que apresentavam bom quadro clínico e com frequência eram submetidos a exames para verificar se estavam com a doença.

Além de facilitar sua administração, outro forte argumento utilizado em defesa da construção dos preventórios nas cidades era o facto de que as crianças poderiam ter maiores possibilidades de socialização e, conseqüentemente, de se adaptarem melhor a vida fora destes estabelecimentos. Nelson Campos e Luiz Bechelli, médicos do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo, viam benefícios na localização central dos preventórios, inclusive, para minimizar o estigma e contribuir para as vantagens que a mudança de nome preventório para educandário<sup>7</sup> poderia trazer [8].

Entretanto, a resistência da população urbana de abrigar em sua proximidade crianças que conviveram com doentes de lepra, poderia ser interpretada e, por vezes, reforçada pelos meios de comunicação, de maneira preconceituosa. A exemplo disso, vimos um artigo do *Jornal de Goyas*, publicado em 26 de junho de 1941:

(...) Mas há uma classe de crianças pobres, sem amparo dos pais, que não são aceitas nos lares abastados, nem nos asilos, nem tampouco nos hospitais.

Ninguém as quer, nem mesmo os internados escolares, quando podem pagar escolas.

Todos as evitam com muita precaução, com muito medo.

Quem são essas crianças?

Porque todos fogem delas?

Por que não encontram amparo na sociedade?

São crianças iguais às outras.

Mas são filhos de leprosos.

Eis a razão: filhos de leprosos!

A sociedade repele amedrontada esses meninos porque a doença de seus pais é contagiosa, terrível, mutilante e impiedosa [8].

Com esses elementos, a construção dos preventórios no Brasil, em sua maioria, deu-se em regiões afastadas das cidades e dos leprosários. Mesmo após comprovação científica que, sob o ponto de vista profilático, os filhos dos doentes de lepra não apresentavam riscos à sociedade, as autoridades sanitárias impediam os preventórios próximos aos leprosários.

A primeira iniciativa de construção de um preventório no país ocorreu em 1922, quando um grupo de senhoras da alta sociedade paulista deu início a execução de um projeto que objetivava abrigar crianças com este perfil. Em 1927, apoiado em doações filantrópicas, é inaugurado na cidade de Carapicuíba/SP, o Preventório Terezinha do Menino Jesus. E a partir do final de 1940, tem-se à instalação de preventórios na zona rural, na proporção de 18 unidades rurais para nove urbanas [8].

O artigo 1º do Regimento Interno dos Preventórios definia como objetivos:

(...) acolher, manter, educar e instruir menores sadios filhos de conviventes de doentes de lepra, desde que não tenham parentes idôneos que queiram assumir esse encargo e que disponham de recursos para educá-los e mantê-los sob a vigilância das autoridades sanitárias competentes [10].

Em cada estado brasileiro foi instalado, pelo menos, uma instituição preventorial, exceto em algumas unidades federativas, como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, que em virtude da alta incidência da moléstia e por contar com um maior número de leprosários, tiveram dois ou mais preventórios. A maioria deles foram construídos por organizações filantrópicas, subsidiado por recursos governamentais e o seu processo de ampliação ocorreu de maneira gradual, sobretudo no governo de Getúlio Vargas [9]. Até a década de 1960, foram criados 31 Educandários, embora alguns não tivessem atuação exclusiva no tratamento destas crianças.

No contexto da política pública de combate à lepra no Brasil importava que os são estivessem a salvo, livre do contágio, das deformidades, da ameaça aos nobres traços do ser humano e da incapacidade para o trabalho. Elementos vistos nos jornais da época: “o filho do lázaro, que hoje brinca despreocupado ao lado do teu filho, talvez traga consigo o germe do mal terrível. Trabalha, pois, em prol do ‘Preventório’, a fim de resguardar dos perigos da lepra aqueles que te são caros” [11].

Ante ao exposto, vimos que tal política não se ateu aos efeitos adversos da violência gerada pelo desmantelamento brusco do grupo familiar, cujos impactos se traduzem sob diversos âmbitos. Na correlação de forças que foi instaurada, o saber científico foi posto acima das relações naturais que unem pais e filhos, reduzindo os meios familiares e reproduzindo uma geração de órfãos da saúde pública brasileira.

## Vozes da infância da lepra no Brasil

Para apresentar os resultados da investigação empírica, organizamos os relatos derivados das entrevistas de história oral<sup>8</sup> [12] com os depoentes a partir dos seguintes eixos de análise:

### Sobre a separação familiar

“Nasci no Curupaiti, com 2 horas de vida já era levado pra lá. Recém nascido” (E.E, 2013).

Do ponto de vista científico, o modelo profilático para o controle da lepra no Brasil buscou afastar os filhos sadios dos doentes devido ao risco de contágio. Contudo, vimos o quanto tal modelo favoreceu o desconhecimento dos sujeitos sobre suas próprias origens. A separação familiar representava uma das diversas formas de violência, conforme abaixo:

*Nunca fiquei sabendo na minha vida morando em educandário, nunca fiquei sabendo que aquele educandário era motivos de leproso ou doenças perigosas, eu nunca fiquei sabendo (...) a única coisa que me falavam que foi meu pai que me deixou no colégio, educandário. E fui crescendo e eles falavam que minha mãe tinha morrido. (...) aí às vezes eu até arrumava briga, xingava, falava que era mentira. Até que um dia uma das diretoras me deu uma coça, porque eu dizia que era mentira delas. Aí ela falou assim: 'se você quer entender a sua vida, a sua vida é ninguém. Você é uma João ninguém'. Isso me doeu muito (M. C, 2013).*

As crianças eram separadas, inclusive, de apenas um dos pais doentes, podendo conviver com diferentes pessoas [6]. O depoimento a seguir narra uma trajetória de vida marcada pela instabilidade quanto a moradia e a ausência de referências.

*Quando minha mãe foi isolada, os filhos foram entregues a familiares e os três filhos mais novos foram enviados para internatos. No meu caso, fui entregue para minha madrinha com 7 anos onde fiquei até meus 14 anos, após voltei para casa do meu pai onde morei até aos 16 anos, após fui morar com minha vó materna, após morei com minha irmã e depois casei (M. H, 2012).*

O Regime Interno dos Preventórios definia que a convivência das crianças com a família fosse evitada, bem como sua permanência com os pais dentro das colônias [8]. O documentário Filhos Separados<sup>9</sup> destaca essa proibição e revela uma série de denúncias de violações pelas quais estas pessoas foram submetidas no espaço preventorial. Além de agressões físicas e verbais, há também relatos de ocorrência de abuso sexual e tortura dentro dos preventórios. Um ex-interno declara: “Não gosto de Irmã não, não gosto mesmo”, se referindo às religiosas, representantes do Estado e da sociedade nos cuidados com as crianças.

*(...) avisou que a presidente iria vir no educandário, se ela me visse marcada que era pra eu dizer que tinha brigado. Só que quando a presidente chegou ela foi lá no pátio das meninas e mandou eu ir pro dormitório ficar lá bem quieta. Mas só que a presidente mandou ela me chamar pois eu tinha ganhado um presente da madrinha da Alemanha. Aí a 'peste' foi pessoalmente me chamar e me pediu que eu não falasse que ela tinha me deixado marcada. Eu fiquei quieta, mas quando a presidente me viu toda marcada ficou apavorada e me perguntou o que tinha acontecido comigo. Eu falei a verdade, não menti. Falei na frente dela e ela ficou me olhando fazendo cara de que depois iria me bater de novo. Só que a presidente ficou muito irritada e começou a gritar com ela falando que ela não devia ter feito o que fez e ainda disse pra ela: 'que dor essa criança sentiu' e que por pouco ela não me matou já que eu era uma criança que vivia fazendo acompanhamento médico por causa do problema de*

*coração, e que tinha muitas hérnias. Foi quando ela falou que iria mandar ela ir embora. (...) Foi muito bom pra mim e para as outras crianças, pois a nova diretora era boa, mais compreensiva. Ela entendia a nossa situação porque ela era mais humana, passou a dar mais carinho pra gente. Quando chegou o dia da gente visitar os nossos pais no Curupaiti, ela pediu o diretor daquela época que deixasse os pais tocar na gente porque ela disse que a gente não ia ficar doente (E. A, 2013).*

Além dos aspectos de violência observados, vimos que a compreensão destes sujeitos sobre tratamento humano, se limitava a carinho e direito de ser tocado. Isso porque, de forma geral, no cotidiano das crianças, incidia severos castigos e tentativas de adestramento, como se pode ver nestes depoimentos:

*Um mês que passei lá foi horrível fazia muita covardia, tomava banho na água fria de madrugada. Apanhava muito, a comida não era muito boa e na maioria das vezes ficava sem comer (A. F, 2010).*

*Fui recém-nascido e começou os maus tratos, alimentação ruim, e quando me davam alimentação boa, era travada por outras pessoas, banho frio, roupas ruim, apanhava muito, ficava de castigo em cima de britas, ajoelhados, tomava até medicações sem controle médico. (...) Apanhava pouco, por pouca coisa. Não tinha uma boa educação, e tinha muito fialho na calça, passava muita fome (A. G, 2010).*

## Sobre a rotina nos preventórios

Adentrar o território preventorial requeria adaptar-se à nova rotina e aos padrões de comportamento. Os preventórios eram regidos por um autoritarismo contundente, um ambiente disciplinar bastante austero onde as crianças se submetiam às regras. Os relatos revelam nestas instituições, uma estrutura e modos de convivência bem definidos para seus fins, como separar crianças por sexo, inseri-las em atividades diárias de trabalho e fazer cumprir as normas, sob ameaça de punições.

*Eu acho que era quatro pavilhões, a parte de baixo de um pavilhão ficava os meninos, tinha uma escada, a parte de cima era das meninas (...) tinha 9, 10 anos quando faltava funcionário a noite, eles sempre chamava uma ou duas*

7 - Desde 1950, uma campanha buscava eliminar toda forma de preconceito em relação à lepra e seus portadores. Através da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Leprosia, os preventórios passam a se chamar Educandários. Quanto ao termo "lepra", a Portaria Ministerial nº. 165/BSD, de 4 de maio de 1976, sugeria a sua alteração, que foi efetivada com a Lei nº. 9.010, de 29 de março de 1995. Seu uso continua público, bem como o preconceito e o estigma [8].

8 - Os depoentes foram identificados pela abreviação dos nomes e o ano da entrevista ou do material pesquisado.

9 - Documentário produzido pelo Museu da Oralidade em Três Corações/MG em 2012. Disponível em: [www.morhan.org.br](http://www.morhan.org.br).

*meninas pra ajudar a trocar a fralda dos bebês (...) a gente aprendeu a cuidar uma da outra (...) saía de lá casada, às vezes com próprio aluno de lá. Dava pra rir e chorar, que era muito triste, dava muita pulga, eu via aquele mundo de gente grande tudo catando pulga no coberto e uma caixinha de fósforo do lado. O castigo era esse, se você não catasse, não mostrasse a quantidade de pulga que você catou do coberto, você ficava sem comer (M. C, 2013).*

O trabalho como atividade obrigatória para os internos, sem dúvida, foi um dos aspectos mais marcantes na fala dos entrevistados. A maior parte dos depoimentos reforça o caráter de educação moral que se preconizava para as crianças, distinguindo os papéis sociais entre meninos e meninas. Revelam ainda o peso das atividades extenuantes as quais estas crianças eram submetidas e as consequências caso não as cumprissem. Trabalho se confundia com educação no interior dos preventórios.

*(...) Com 5 anos tomava conta de 60 crianças. Era um dormitório grande. Eu tinha que arruma as camas, encera, não tinha enceradeira. Eu pegava um pedaço de coberto botava os menores e dava o brilho. Porque ali se a gente não fizesse, a gente ia pro quarto escuro. Eu apanhei muito (...) de meus dentes ficar mole e te que arranca em sangue frio. (...) Fiquei no educandário até os dezesseis anos e depois fui pra casa dos outros né. Casa de família trabalhar sendo escravo (M.O, 2013).*

*Eu aprendi a lê e a escreve lá. Eu me lembro que tinha umas moças que bordava, acho que eles vendiam (...) Era obrigado a fazer isso. Tinha idade certa (...) Os meninos trabalhavam na roça. Eu cuidava dos bebês. Eu acredito que até uns 12, 13 anos mais tarde, essa idade (M. C, 2013).*

Além disso, com o tratamento padronizado nos espaços preventoriais, desconsiderando as diferenças humanas, as crianças sentiam dificuldades em reconhecer sua identidade e subjetividade. Suas divergências eram aplainadas, reguladas, pois originavam os conflitos que deveriam ser evitados. Grosso modo, as crianças eram tidas como um somatório de corpos que precisava ser cuidado, controlado e alimentado. Em alguns casos, a própria identificação civil era alterada pelo ex-interno ou pela nova família que o recebia: “tempos depois também fui internado, e mudei de nome depois do internamento” (A. L, 2013).

A questão da adoção realizada sem procedimento legal é emblemática de como o Estado agia em relação às crianças consideradas abandonadas, tanto pela ilegalidade quanto pela separação irrevogável entre pais e filhos. Durante a pesquisa de dissertação “Órfãos da Saúde Pública: violação dos direitos de uma geração atingida pela política de controlo da hanseníase no Brasil”, foi possível localizar documentos confeccionados pelo Departamento de Profilaxia da Lepra, cujo teor determinava a saída de crianças de preventórios para

serem levadas para o convívio de outras pessoas. O depoimento a seguir além de abordar uma escusa negociação para a entrega de crianças, reforça as diversas formas de violação de direitos e o aspeto do trabalho humilhante e degradante visando à sobrevivência.

*A pessoa quem me levou (...) um engenheiro casado com uma mulher (...) começou a me negar as coisas pra mim. Eu não podia comer as comidas que eles comia. Aí foi quando um dia eu fugi (...) eu voltei. Voltei com eles de carro pro educandário e quem ficou comigo acho que fez a negociação de me dá pra eles, foi uma própria funcionária, acho que era a diretora do colégio (...) marido dela sempre queria me fazer maldade. (...) era escrava, eu trabalhava e não ganhava nada deles. Aí eu me lembro que (...) tava lavando a roupa da filha deles, ele veio nu e me agarrou por trás (...) passou uns 3/4 dias aí ele fez de novo (...) um dia eu decidi, falei: ‘não vou ficar mais aqui’. Fui pra rua, falei: ‘vou virar garota de rua’. Andei, andei, andei, eu batia de porta em porta perguntando se tinha alguém que podia me arrumar uma casa pra eu trabalhar, comer, dormi, não precisava a pessoa me pagar desde que me dava comida e dormida (...) conheci uma menina (...) falou assim ‘ó minha mãe tem um monte de gente lá em casa, minha mãe fornece comida pros motoristas de ônibus, caminhão e minha mãe quem sabe pode querer uma pessoa que possa ajudar’. Aí eu fui morar com eles (...) eu fui trabalhar lá (M. C, 2013).*

Sobre estes espaços, há ainda relatos do desaparecimento de crianças. Os depoentes afirmam não saber se teriam sido entregues a outra pessoa para que pudessem criá-las ou se teriam falecido. Aliás, o mistério sobre a morte de crianças nos preventórios é um assunto recorrente na fala dos depoentes, que alegam desconhecer a razão dos óbitos e o local de sepultamento dos corpos. Tal facto gerava angústia, em especial, quando se tratava de irmãos.

Contudo, tendo em vista o convívio frequente e o vínculo afetivo e de dependência que as crianças acabaram criando entre si, a dor também era representativa quando ocorria os casos de saída, transferência ou óbito de qualquer outro interno. Alguns entrevistados falam da tristeza que sentiram ao receber a notícia de que saíam do preventório, já que estavam acostumados a conviver com as outras crianças. O facto de um dos pais irem buscá-los poderia gerar resistência e estranhamento por não reconhecê-los. “Fiz amigos que conservo a amizade até hoje. A gente se considera irmãos” (E. A, 2013).

A idade limite no Regime Interno para a permanência nos preventórios era de 18 anos para os meninos e 21 para as meninas. Segundo a direção preventorial, ao atingir esta idade, os internos estariam preparados para viver em sociedade com uma formação profissional. Porém, vimos que estas não eram as condições dadas às crianças nos preventórios. A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa



contra a Lepra justificava as medidas como meio de preservar os filhos dos leprosos, considerando que os doentes não podiam decidir por si:

*(...) doentes são intransigentes, intolerantes e não tem noção exata do que é melhor para eles. Cabe a nós, que felizmente temos bom senso, sentimentos humanitários e elevada formação moral, ajudá-los e orientá-los com brandura e compreensão, (...) parte do nosso trabalho [8].*

As visitas às crianças nos preventórios eram dificultadas pela profilaxia. Alguns depoentes relatam que quando ocorriam, elas eram feitas de modo semelhante ao adotado nos leprosários, onde familiar e doente não poderiam manter contacto físico e/ou receber objetos ou presentes. Há relatos de pais que foram presos nos leprosários por terem visitado seus filhos. Muitos até arriscavam sair com a criança escondida dentro de bolsas.

*Era assim: vamos imaginar uma sala com janela, os filhos do lado de dentro e as mães do lado de fora. A gente não podia ter contato. Era só de longe. Só minha mãe que ia me visitar. (...) fugia pra abraçar ela. Aí a diretora falava: 'você sabe que não pode abraçar, você sabe que é filha de leprosa'. Eu apanhava muito por isso. (...) A lembrança mais forte foi quando eu tive o primeiro contato com minha mãe. (...) teve que mudar toda aparência porque na época não podia entrar. (...) Aí falou no meu ouvido: 'minha filha eu sou sua mãe, mas você não pode falar que sou sua mãe porque se você falar vão me botar pra fora' (M. D, 2013).*

As cartas escritas pelos pais, em geral, continham pedidos de permissão para ver os filhos, receber notícias, ou fotografias deles. Contudo, devido às restrições para o acesso a alguma informação sobre a vida dos internos, muitas vezes, tais cartas se limitavam a registrar o sentimento dos pais por viver longe dos filhos, como retrata o poema abaixo, escrito por um ex-doente de lepra, após o nascimento de seu filho:

*Meu filho  
Há bem pouco nascestes e já te vais.  
Nem eu nem tua mãe te deu um beijo  
Como é triste o destino que praguejo:  
Ter um filho e vê-lo órfão tendo pais  
Não nos verás... não te veremos mais.  
E na dor não verá o teu gracejo  
Quem te esperava no maior festejo  
Entre alegrias que se tornam em ais.  
Meu pobre filho, prá maior tormento  
Nem repousaste um só momento  
No teu bercinho enfeitei de flores.  
Ó dor que desespera e dá vertigem!  
Tua mãe, vejo louca como a virgem  
Quando a Jesus buscava entre os doutores [13].*

## Sobre estigma e representações sociais

*(...) No jardim de infância era bom, pois a professora era muito boa pra gente. (...) passei para 2ª série, eu comecei a perceber as diferenças entre as crianças do educandário e as crianças da rua. (...) xingavam a gente de leprosinhos e também xingavam nossos pais (E. A, 2013).*

Após serem internados nestas instituições totais, os filhos adidos de doentes de lepra poderiam ser vistos como à margem dos que foram marginalizados antes, ou seja, seus pais. Por este motivo, pode-se dizer que se tornaram duas vezes estigmatizados: de um lado, por serem filhos de doentes de lepra e carregar os estigmas atribuídos aos pais; e de outro, por terem sido criados em preventórios ou educandários.

*A história de Um entre Milhares*

*(...) O meu, é somente mais uma história de um ser humano marcado pelas discriminações e preconceitos.*

*(...) genitor e portador de hanseníase desde a década de 50, que ainda novo perdeu sua liberdade de viver em sociedade, passando a ser discriminado, indo viver enclausurado (...) um monstro social.*

*(...) mais que pai, era meu protetor, meu guardião. Porém o destino permitiu que alguém felizmente olhasse para ele, o que desencadeou no pior para nosso relacionamento de pai e filho, nossa separação. (...) Filho sem presença e carinho da mãe, e agora de pai, mesmo sem ser hanseniano, tive a mesma sorte de meu guardião, levado pelas mãos de terceiros, fui posto em um educandário (...) muralhas que se quer do lado de dentro se podia ver as ruas, marcado por um número, como se fosse pequeno animal recém-nascido entre um rebanho de tantos outros com histórias diferentes, mas que se aproximavam pelo abandono e solidão. (...) era só perguntas e pensamentos: Porque eu estaria pagando? Onde errei? Que crime eu havia cometido, se eu era apenas uma criança? (...) terceiros, tios e primos, e outra vez fui recomençar uma nova vida aos 10 anos de idade. Deixei muralha, mais jamais esqueci o que passei atrás delas, e ainda me perguntava por trás dos muros sociais, se realmente seria uma nova vida. (...) mas os preconceitos pareciam incrustados em mim. Eu havia nascido para viver e conviver com ele, até entre os supostos parentes a discriminação era latente. (...) Cansei de todos, das humilhações e do abandono disfarçado de família, e aos 15 anos tomei minha decisão: Calquei as ruas, fazendo as calçadas, minha cama e tendo as marquises como teto, mas sempre com o pensamento firme. Ser apenas o pouquinho mais do que era, o pouquinho que queria ser e sou hoje, sem nunca decepcionar o meu guardião, mesmo estando longe e sozinho. (...) fui roubado da minha infância? Do convívio familiar? Porque minha estrela foi apagada? O que eu fiz para ter essa sorte? (...) filme, que não possui outro capítulo, deixo por conta e obra da vida e dos senhores chefes e administradores dessa nação chamada Brasil (J. B, 2013).*

Neste texto, se evidencia questões como identidade violada, estigma, isolamento social, rejeição familiar, marginalização social. A fala do sujeito retrata a responsabilidade pública pela violação de direitos provocada como efeito da política de saúde eugenista e higienista adotada pelo Estado que, ao empreender os ‘muros sociais’, provocou prejuízos irreparáveis na vida de toda a família. Por outro lado, muitos pais foram acusados de abandono pelos filhos, por estes desconhecerem os motivos de terem sido internados. Assim, o silêncio ou negação de sua história se tornou autodefesa de muitos deles [14].

## Para concluir

Como vimos, os objetivos para o progresso da nação e a figura da criança vulnerável e adaptável, legitimou a saúde pública brasileira para uma intervenção coercitiva e disciplinadora. Isso influenciou as práticas assistenciais nos preventórios, onde os internos eram submetidos a um rigoroso controle e tratamento. Porém, este ‘tratamento’ nos preventórios era reforçado pela prática do trabalho infantil que traduziu outra forma de violação dos direitos humanos pelo Estado. Interessante observar a contradição entre o que previa a política pública de assistência à criança e o discurso dos sujeitos que a vivenciaram.

A separação dos filhos de doentes de lepra foi justificada sob o argumento da proteção sanitária e social. Em outras palavras, para que as crianças não contráissem a doença e nem a transmitissem em seu meio social. Porém, por terem sido compulsoriamente afastados dos pais, em muitas vezes, logo após o seu nascimento, esta medida representou uma política pública marcada por diferentes formas de violência. No processo de separação, os destinos que estes filhos tiveram foram distintos, mas em quase todos os casos, gerou impacto sobre sua identidade, origens e a história.

Compreendendo a relevância da pesquisa qualitativa para as ciências humanas, foi privilegiado nesta pesquisa o método

da história oral. E dessa forma, o discurso dos atores sociais permitiu a compreensão de fenômenos sociais que escapam à observação fria e distante do pesquisador. Isso porque a história oral não deve ser pensada como um fim em si mesma, mas como um meio de conhecimento [12, 15]. E através da voz dos sujeitos que foram isolados [16], identificamos que um dos principais fatores que gerou prejuízos, sobretudo, no processo de (re)socialização destes, foi o estigma e o preconceito produzidos a respeito da doença, o doente e sua família. A resistência da sociedade em aceitar o “leproso” e seus filhos ocorria, principalmente, devido ao receio do contágio de uma doença que, ainda hoje, é pouco divulgada e combatida. De modo semelhante, o modelo de assistência preventorial, condicionou as oportunidades de progresso social das crianças. Com o caráter moralista, religioso e cívico, a educação nos preventórios tinha foco no aprendizado dos bons costumes e no exercício do trabalho como meio de prevenção da delinquência social. Sem formação profissional, muitas meninas se tornavam empregadas domésticas e alguns meninos, faziam trabalhos agrícolas.

Ao investigar tal história, vimos que, sob o mito da “proteção social”, as ações empreendidas contribuíram mais para o progresso nacional do que para o desenvolvimento integral destes sujeitos. Os depoimentos orais e os documentos analisados, ultrapassam os objetivos da pesquisa e revelam o valor da narrativa contida nas vozes da infância da lepra no Brasil. Uma narrativa que traduziu a indesejável trajetória social vivida por órfãos gerados a partir de uma política de saúde pública, que se tornou real e concreta através dos instrumentos de disciplinarização e tutela.

## Agradecimentos

À Laurinda Rosa Maciel e aos meus amores Lorenzo e Luciano Souza.

## Bibliografia

- Goffman E (1999). Manicômios, prisões e conventos. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva.
- Sanglard G, Ferreira LO. (2014) Filantropos da Nação. Sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal, Rio de Janeiro, Editora FGV.
- Rizzini I (1997). O Século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Petrobrás-BR: Ministério da Cultura: USU Ed. Universitária: Amais.
- Pillotti F, Rizzini I (1995). A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano de El Niño/Ed. Santa Úrsula/Amais Livraria e Editora.
- Stepan NL (2004). Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego (Org). Curar, controlar, cuidar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz p.331-391.
- Souza LAS (2013). Órfãos da Saúde Pública: violação dos direitos de uma geração atingida pela política de controle da hanseníase no Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
- Fonseca CMO (2007). Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Gomide LRS (1991). Órfãos de pais vivos – A lepra e as instituições preventoriais no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Brasil.
- Silva CC (2009). Crianças Indesejadas: estigma e exclusão dos filhos sadios de portadores de hanseníase internados no preventório Santa Terezinha 1930-1967. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Brasil.
- MonteiroYN (1998). Violência e Profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. Revista Saúde e Sociedade, v.7, n.1: 3-26.
- Mattos DM, Fornazari SK (2005). A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. Cadernos de Ética e Filosofia Política 6: 45-57.
- AlbertiV (2005). Manual de História Oral. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Curi LM (2006). Lepra e preventórios do Brasil: a Educação a serviço do “bem”. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais. UNIARAXÁ. Ano II, nº 2, 149-179.
- Pollack M (1989). Memória, Esquecimento, Silêncio. Estudos Históricos, Rio de Janeiro.
- Delgado LAN (2006). História oral e narrativa: tempo, memória e identidades. Autentica Editora.
- Nascimento DR, Marques VRB (2011). Hanseníase: a voz dos que sofreram o isolamento compulsório. Curitiba: Ed. UFPR.

# Leprosaria de Cumura: história, etnografia e fotografia – intercepções

*Leprosarium of Cumura: history, ethnography and photography – interceptions*

---

## Luís Manuel Neves Costa

Departamento de Ciências da Vida / Antropologia, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra  
CRIA (Centro em Rede de Investigação em Antropologia)  
Doutorando em Antropologia  
luismncosta@gmail.com

## Resumo

Na periferia de Bissau foi criada pela autoridade colonial (em 1951), uma leprosaria para isolamento dos doentes da colónia Guiné portuguesa. Cumura emergia como espaço de confinamento da lepra. A igreja católica assumia a responsabilidade na assistência, evitando assim a expansão dos protestantes evangélicos na colónia. Não havendo missionários portugueses com formação específica, o Prefeito Apostólico solicitou à Província de Santo António de Veneza o envio de missionários franciscanos, entretanto expulsos do Tibete por Mao Tsé Tung. Partindo da investigação em arquivo e da investigação etnográfica, este artigo pretende resgatar e conferir visibilidade à história da Leprosaria de Cumura, entrecruzando a história, a etnografia e a fotografia desta instituição, designada na atualidade como Hospital do Mal de Hansen, uma referência na assistência médica na Guiné-Bissau e para outros países da África Ocidental.

## Palavras Chave:

Lepra, leprosaria, Cumura, Guiné portuguesa, história da medicina.

## Abstract

On the outskirts of Bissau a leprosarium was created by the colonial authority for the isolation of portuguese Guinea colony patients . Cumura was emerging as a leprosy confinement space. The Catholic church took responsibility in assisting, thus avoiding the expansion of evangelical Protestants in the colony. As there weren't any portuguese missionaries with specific training, the Apostolic Mayor asked the Province of St. Anthony of Venice to send Franciscan missionaries who had been expelled from Tibet by Mao Tsé Tung. Based on the filled research and on the ethnographic research, this article aims at rescuing and providing visibility to the Cumura Leprosy, combining the history, ethnography and photography of this institution currently known as Hospital do Mal de Hansen, a reference in medical assistance in Guinea-Bissau and for other West African countries.

## Key Words:

Leprosy, leprosarium, Cumura, portuguese Guinea, history of medicine.

## Introdução

Para os europeus, a lepra “encaixava-se” na representação de doença tropical [1], reconhecida como a doença do “outro”. As descobertas marítimas, o comércio, as guerras, a escravatura e a emigração, contribuíram em muito para a sua difusão. A doença do espaço colonial ameaçava tornar-se doença do espaço metropolitano. O trânsito de pessoas, medeava o trânsito de novas ameaças – a ameaça da doença. A lepra foi disseminada pelo “continente negro” através das diferentes comunicações estabelecidas entre os diferentes povos.

Em 1901 o colonialista Eduardo Costa lamentava “(...) não [haver] em qualquer das nossas colónias um hospital de leproso... ora a lepra, a elephantiasis, corroe e gangrena grande número de raças negras.” [2] O governador da colónia, Carvalho Viegas, salientava que a lepra era o principal problema de saúde na Guiné a seguir às Boubas e ao Paludismo, registando-se em 1944, 340 casos de lepra e um acréscimo, entre 1942 e 1944, de aproximadamente 50%, num universo de 350.000 habitantes [3].

Também a metrópole se debatia com o flagelo da lepra. Só em setembro de 1947, foi materializado o combate da doença, aquando da inauguração da Leprosaria de Rovisco Pais, ambicioso projeto higienista do Estado-Novo. À semelhança do que acontecia na metrópole, tentou-se debelar a lepra nas colónias, instituindo as medidas julgadas necessárias para uma boa profilaxia e combate da doença. Na base das campanhas, estavam os meios adotados na metrópole, bem como:

*(...) outras disposições condicionadas por uma mentalidade diferente por parte dos habitantes, pertencentes às raças mais diversas, com os seus costumes, as suas crenças, os seus fetiches e tabus, alguns deles ainda arreigados às práticas fetichistas, condicionando todos os atos importantes da sua vida pela consulta do feiticeiro da tribo, e estando além disso, uma grande parte, afastados da civilização e vivendo duma maneira primitiva [4].*

A estratégia de terapêutica e profilaxia no espaço colonial, utiliza como referência a estratégia biopolítica de medicina social da metrópole. Todas as atividades foram orientadas pela Direção dos Serviços de Saúde do Ministério do Ultramar e chefiadas por médicos com preparação no Hospital Rovisco Pais e no Instituto de Medicina Tropical de Lisboa [5]. A profilaxia anti-lepra assentava essencialmente na inscrição dos doentes, no diagnóstico precoce, no isolamento dos contagiosos e no seu tratamento. Os elementos profiláticos preconizados eram a leprosaria, o dispensário com as brigadas móveis e o preventivo [4].

## Da aldeia de leproso ao Hospital do Mal de Hansen

A lepra representava um problema social e económico na vida da colónia, na medida em que deformava, debilitava e incapacitava o corpo do “outro”. Uma tese apresentada no Congresso Comemorativo do V Centenário do Descobrimento da Guiné (CCVCDG) Carlos Barral Moniz Tavares, salienta o valor da mão-de-obra indígena como um valor a conservar:

*As colónias não podem prescindir da mão-de-obra indígena. Para que dela se possa usufruir o maior proveito é necessário que as populações indígenas possuam boa capacidade para o trabalho e, portanto, se lhe proporcionem boas condições de higiene individual e geral. (...) A Guiné é uma colónia essencialmente de natureza agrícola, e, como tal, necessita de uma população nativa numerosa, pois é nela que se recrutará a indispensável mão-de-obra. Para que haja uma população indígena suficiente tem de se procurar atingir dois fins primordiais: diminuir a mortalidade e aumentar a natalidade [6].*

Em proporção, a Guiné era a colónia com maior número de casos de lepra, “o que podia acarretar uma quebra da vitalidade do povo, conduzindo a uma incapacidade dos indígenas com perda da sua função social e da sua capacidade de trabalho, resultando daí prejuízo para eles e para a Nação [7]. Está bem patente o pendor biopolítico da autoridade colonial no controlo das pestilências, epidemias, dos agentes infecciosos e da população. As possibilidades de se conhecer a doença, as condições da sua etiologia e desenvolvimento, tal como as condições propícias à sua evolução, surgem na medida da “economia” do corpo [8]. Importava prestar, “aos indígenas uma assistência médica cuidadosa e continuada, tratando-os convenientemente quando doentes, isolando-os quando se trate de doença infecto contagiosa, proporcionando-lhes os meios de melhorar e robustecer a raça” [9].

Em inícios da década de 1950, chegavam à metrópole informações de médicos a trabalhar na Guiné, que apontavam no sentido da lepra tender a “... aumentar entre as populações nativas com graves riscos para o futuro” [10]. Este facto, conduziu o Ministro do Ultramar a emitir um despacho para organização de uma Missão que tinha por objetivo avaliar a extensão da endemia, estudar os focos de lepra existentes e a sua distribuição, bem como estabelecer as bases para o seu combate. Salazar Leite, professor do Instituto de Medicina Tropical, chefiou a Missão de Combate à Lepra na província portuguesa da Guiné [11] observando num vasto inquérito de amostragem, 94.389 “indígenas”, cerca de 20% da população dita “não-civilizada”, considerou a incidência da doença como alarmante, ao apurar a taxa de 25,73% [11]. Comentava então, o Prof. Salazar Leite, em 1952:

*Não me parece conveniente separar o problema da lepra dos restantes problemas sanitários que os membros de uma nação civilizada, perante um mundo civilizado, têm por obrigação de resolver para bem dos nativos. Uma melhoria da ocupação sanitária da Guiné, julgo ser o caminho, dando a todos os médicos que lá trabalham o auxílio necessário e os meios terapêuticos de que hoje (...) já se dispõe para o ataque à lepra [12].*

Controlar e tratar a lepra emergia como elemento da "missão civilizadora" do Estado colonial. Importava debelar a lepra que alastrava na Guiné, onde não existiam medidas de controlo do avanço da doença, como referem as médicas, detentoras do curso de medicina tropical, Julieta Gandra e Cecília Patuleia, na comunicação apresentada no Congresso Comemorativo do Quinto Centenário do Descobrimento da Guiné:

*(...) os leprosos vivem em inteira liberdade passeando à vontade (...) nas ruas de Bissau. Os hábitos sociais, o desconhecimento total dos preceitos de higiene e a promiscuidade, somam-se como elementos de difusão da doença, à falta de controle das autoridades locais. Tal controle só se torna possível se à máquina sanitária se derem os instrumentos devidamente articulados (...) [3].*

Com a ida do colonizador também foi um sistema de saúde, apoiado em teorias e práticas ocidentais que passaram a desempenhar um papel importante na cartografia das doenças na Guiné, contribuindo para um redefinir das relações do "nativo" com o novo sistema de saúde. Era necessário criar leprosarias onde obrigatoriamente fossem internados os doentes que apresentando lesões originassem contágiosidade, tratando-os cientificamente. As leprosarias deviam-se constituir como colónias agrícolas isoladas, "(...) evitando-se assim a ociosidade que, afetando o moral dos doentes, não permitirá tirar do tratamento tão bons resultados (...)" [13].

Noutra tese apresentada no CCVCDG, o antigo clínico na Guiné, Francisco Nunes Blanco, propôs a adaptação de uma das ilhas do arquipélago dos Bijagós, para ilha-leprosaria, onde os leprosos seriam reunidos e isolados e, onde apesar da sua doença, poderiam exercer nos campos, trabalho aproveitável "(...) diminuindo com ele o custo da sua vida" [14]. Mais uma vez, subjacente ao valor do doente, está o valor do seu trabalho, o valor da sua mão-de-obra.

Como a Guiné era um território pequeno, bastou a criação de um único ponto para a concentração de doentes e de um dispensário (na zona do Alto Crim). O local eleito pelo governador Sarmiento Rodrigues (em 1945) para a futura leprosaria seria a zona de Cumura (a 14km de Bissau), vindo o governo da Metrópole a incluir a sua construção nos Planos de Fomento da Guiné. O governo

interessou-se por esta obra e as missões religiosas ofereceram a sua colaboração [15].

Os protestantes evangélicos mostraram-se interessados na erradicação da lepra na Guiné. Leslie Brierley em nome da *Worldwide Evangelisation Crusade*, escreveu ao Governo da Guiné em 17 de julho de 1947 a pedir autorização para colaborar no combate à lepra. Dois anos depois, a missionária inglesa, Edith Moules,<sup>1</sup> deslocou-se a Lisboa para abordar com o Governo a assistência aos leprosos da Guiné: Este autorizou, a 13 de agosto de 1949, a entrada de Herbert Raymond Billman, na colónia. Este elaborou um vasto plano de realizações [16], das quais se destaca a implantação duma leprosaria em Cumura.

Pelo lado da igreja católica, o Prefeito Apostólico da Guiné, Monsenhor Martinho da Silva Carvalhosa, ofereceu o apoio, interesse e empenho das missões católicas, para trabalhar na leprosaria. Em 1951, a Aldeia dos Leprosos de Cumura foi entregue à responsabilidade dos Serviços de Saúde da Guiné e determinada a "sequestração" dos doentes da colónia, devendo-se proceder ao esquadrihar da lepra e do seus portadores:

*Verificando-se ser elevado o número de leprosos existentes em toda a colónia, torna-se urgente e inadiável proceder à sua sequestração em estabelecimento adequado a esse fim. Tendo sido escolhido há muito o local designado por "Cumura" na ilha de Bissau, para a instalação de uma leprosaria central. Considerando que não é possível, por enquanto, a construção de um estabelecimento de tão grande projeção, resolveu o governo, no intento de se iniciar imediatamente uma campanha de combate a esta terrível doença, fazer executar naquele local instalações onde se possam receber alguns doentes e que se denominará Aldeia dos Leprosos [17].*

Após um período de pesquisa de doentes (iniciada em maio de 1951), a Leprosaria de Cumura, abriu oficialmente com 261 doentes, em 22 de abril de 1952 (o Dispensário no Alto Crim seria inaugurado em 1954). Por este tempo, a colónia da Guiné debatia-se com falta de pessoal missionário português para suprir as carências. Era preciso evitar que a leprosaria caísse nas mãos dos protestantes que conquistavam espaço na colónia. O Prefeito Apostólico tinha conhecimento que alguns franciscanos da Província de Santo António de Veneza, tinham sido expulsos da leprosaria de Mosimien (Tibete) podendo ser aproveitados para a nova Missão. Nesse sentido, enviou uma carta convidando a Província para enviar os

1 - Missionária, que trabalhou com leprosos. Edith Moules – "Ma Moli" - iniciou o seu trabalho em 1927 no Congo Belga, enviada pela *Worldwide Evangelisation Crusade* e abrindo uma clínica para leprosos em Naga. Durante 12 anos tratou cerca de 200 doentes de lepra, diariamente. O seu marido morre em 1947 e passado algum tempo decide ir à Guiné. Consegue visto, para ela e mais quatro missionários, estabelecendo a Missão Evangélica no Tratamento da Lepra. Foram abertos vários dispensários para ajudar os leprosos da Guiné. Por semana eram atendidas cerca de 700 pessoas.



**Fig. 1:** Os três primeiros missionários franciscanos que chegaram à Guiné com destino a Cumura: Fr. Cardin, Fr. Andreatta e Pe. Ferrazzetta [21]

missionários para Cumura, trabalharem na leprosaria e aí abrir uma missão católica [18]. O convite foi acolhido e chegaram a Bissau os três primeiros missionários franciscanos italianos a 6 de maio de 1955, indo trabalhar de imediato na Aldeia dos Leprosos. Esta primeira caravana de missionários (fig. 1) integrou o Pe. Artur Ferrazzetta (em religião: Pe. Settimio) que foi o superior da Missão e dois missionários-enfermeiros com experiência em cuidar doentes com lepra – Fr. José Andreatta (em religião: Fr. Sebastião) e Fr. João Cardin (em religião: Fr. Epifânio), o primeiro com 22 anos e o segundo com 4 anos de trabalho em leprosas do Tibete, ambos expulsos em 1951 pelo partido comunista chinês de Mao-Tsé-Tung [19, 20].

Mais tarde chegaram novos reforços de missionários franciscanos tornando possível lançar uma assistência sanitária sob a forma de brigadas móveis, a tabancas mais afastadas, vigiando, tratando e encaminhando doentes com lepra, a partir da leprosaria.

A leprosaria era uma aldeia de 18 pobres palhotas (fig. 2), com paredes de adobe, sem pavimento, isolada no meio do mato e chegando-se até ela por uma estrada de terra, desde Cumura Pepel, conhecida por muitos, pela estrada da morte. Cubambono, antigo doente, descreve a leprosaria quando chegou na década de 1950, "quando cheguei, existia só uma casa pequena, onde é hoje a administração. Era a única casa de construção definitiva, coberta com telhas e era onde fazíamos os curativos das feridas. As casas à volta eram cobertas de palha, havia nove casas de cada lado de uma estrada" (E.1).

A cozinha era desprovida de mesas e talheres. As panelas eram feitas de *bidons* de gasóleo cortados ao meio. O fogão? Três pe-



**Fig. 2:** Panorâmica da aldeia de leprosos de Cumura, em 1954 [21]

dras no meio da cozinha, sobre as quais se apoiava o *bidon* de arroz para cozer. A fonte mais próxima estava a um quilómetro da leprosaria e a água era transportada para o hospital em carros de bois. Os doentes que podiam cuidavam da terra produzindo alimentos e tratavam de gado, assegurando o alimento.

Era uma aldeia com 205 leprosos, desfigurados no rosto, mutilados nos membros, sem mãos, sem dedos, com os pés totalmente deformados e o corpo carregado de feridas nauseabundas. Viviam cerca de 12 doentes por palhota, de 4 quartos e corredor central. Os doentes caminhavam sem sandálias, com os pés almofadados com algodão e enfaixados em ligaduras de gaze, para impedir que o pó ou a lama entrassem nas chagas. Todas as manhãs os leprosos iam tomar a medicação, fazer a lavagem e os curativos das suas feridas (fig. 3), "a única coisa que Fr. Epifânio exigia, era que na hora da medicação estivesse toda a gente presente. Todos tomavam os medicamentos na sua presença... Fr. Epifânio fazia a chamada com uma lista e chamava um por um" (E.1). O diretor do hospital, Dr. Mário Ludgero Veiga, restringiu os movimentos dos internados, ninguém podia andar livremente fora do hospital, contaminando a sociedade com a sua deformidade, "não permitia que nenhum doente saísse aqui da zona do hospital, nem que fosse para ir lá acima a casa dos padres. Não aceitava!" (E.2). Fr. Ernesto, missionário franciscano chegado à Guiné em 1967, relembra os tempos de controlo apertado dos doentes da lepra:

*Naquela altura havia muitos leprosos. A leprosaria não era um hospital, era uma aldeia onde isolavam os doentes que traziam e viviam como em qualquer aldeia, mas não podiam sair da zona de Cumura. Ficavam sempre internados, porque a doença deles era muito avançada. Era aqui em Cumura, no espaço da leprosaria, da aldeia, que eram "arrumados" todos os leprosos graves da Guiné, que vinham de todas as regiões. Eram arrumados lá ao fundo, eram isolados e eram impedidos de sair, de ir a Bissau... só podiam andar por aqui! (E.3).*

Além da assistência sanitária diária dos doentes na leprosa-



Fig. 3: Fr. Epifâneo a cuidar de um doente [21]

ria, os missionários desenvolveram também assistência social e espiritual, ministrando catequese [20] e construindo uma igreja junto ao hospital. A difusão da fé católica, constituía-se como um motor no trabalho com os leprosos, levando à criação da missão católica de Cumura.

Na leprosaria trabalhavam dois enfermeiros africanos, que com medo de serem infectados pediram transferência, tal era o volume de trabalho e a prestação de cuidados de

saúde. Todos os dias, na sala de medicação passavam mais de duas centenas de doentes para serem tratados. Mais tarde, chegaram novos missionários franciscanos tornando possível, a partir da leprosaria, desenvolver assistência sanitária sob a forma de brigadas móveis, a tabancas (aldeias) mais afastadas, vigiando, tratando e encaminhando doentes com lepra:

*Na altura o governo da Guiné preparou muitos enfermeiros, muito bons enfermeiros na leprologia. Eram enfermeiros africanos que iam fazer a pesquisa em todas as aldeias do território e procuravam os doentes da lepra. Se ainda estavam normais, davam os medicamentos lá na aldeia. Se tivessem problemas mais graves, traziam-nos para Cumura (E.3).*

Por portaria do governo da colónia, e na sequência das resoluções dos Congressos Internacionais de Lepra realizados em Havana (1948) e Buenos Aires (1951), foi abolida a palavra "lepra" sendo substituída por "mal de Hansen" assim como a designação de leprosaria, passando a designar-se a até então, Aldeia de Leprosos de Cumura, por Hospital-Colónia de Cumura [22].

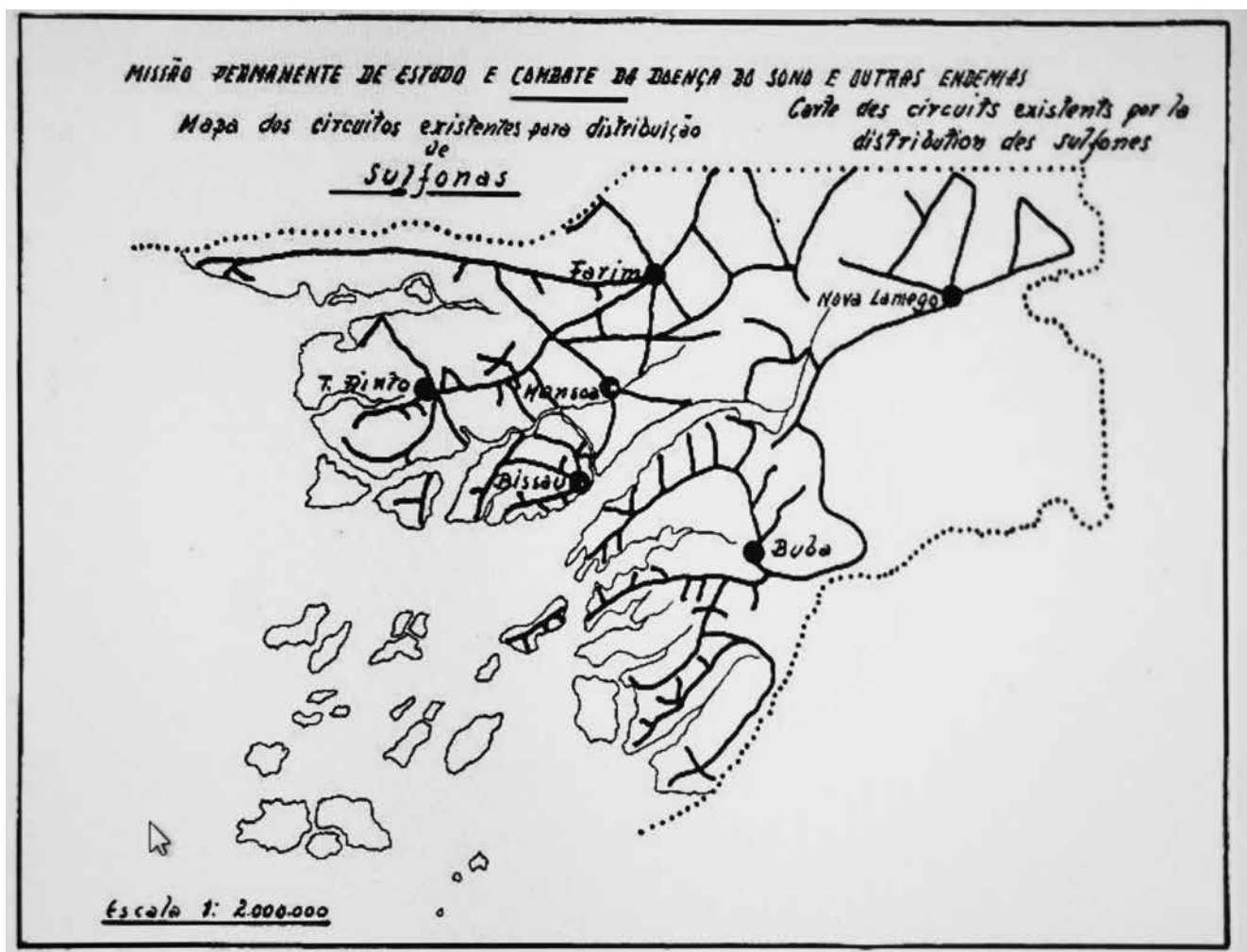


Fig. 4: Circuitos para distribuição das Sulfonas [24]

Eram isolados todos os doentes encontrados com lepra, infecciosos ou não. Bastava que tivessem chagas ou deformidades nas mãos ou pés. A partir de 1 de julho de 1958, passou a estar dependente da Missão para a Luta contra a Doença do Sono, impondo um novo regime de internamento: só seriam internados doentes considerados contagiosos, mediante exame microscópico do sangue e do muco nasal; todos os outros doentes, negativos, mesmo que tivessem chagas ou tivessem mutilações, seriam identificados e tratados no seu meio familiar e semanalmente visitados por enfermeiros das brigadas móveis (que se deslocavam em motas), para administrarem a medicação (a Sulfona). O combate da doença era feito de modo a "tornar o tratamento o menos incómodo possível para os doentes, levando-se-lhes o medicamento até próximo das suas residências, em vinte e seis tabancas-enfermaria (fig. 4), constatando-se boa assiduidade ao tratamento em todos os sectores" [23].

Com esta decisão tiveram alta do hospital 121 leprosos, com baciloscopia negativos, embora muitos com graves deformidades. Permaneceram no hospital 62 doentes positivos e o número de palhotas passou a nove. Em catorze anos, a administração colonial pouco fez para melhorar as condições do hospital, propondo os missionários a sua cedência e eles se encarregariam de reconstruir e melhorar todo o hospital. Em 9 de maio de 1969, o hospital foi entregue à Missão Católica de Cumura:

*Considerando que os Missionários Franciscanos de Venezuela, que vieram para esta Província para se ocuparem do tratamento da lepra no Hospital-Colónia de Cumura, se adaptaram às exigências do tratamento dos leprosos, revelando muita dedicação, espírito humanitário e de sacrifi-*

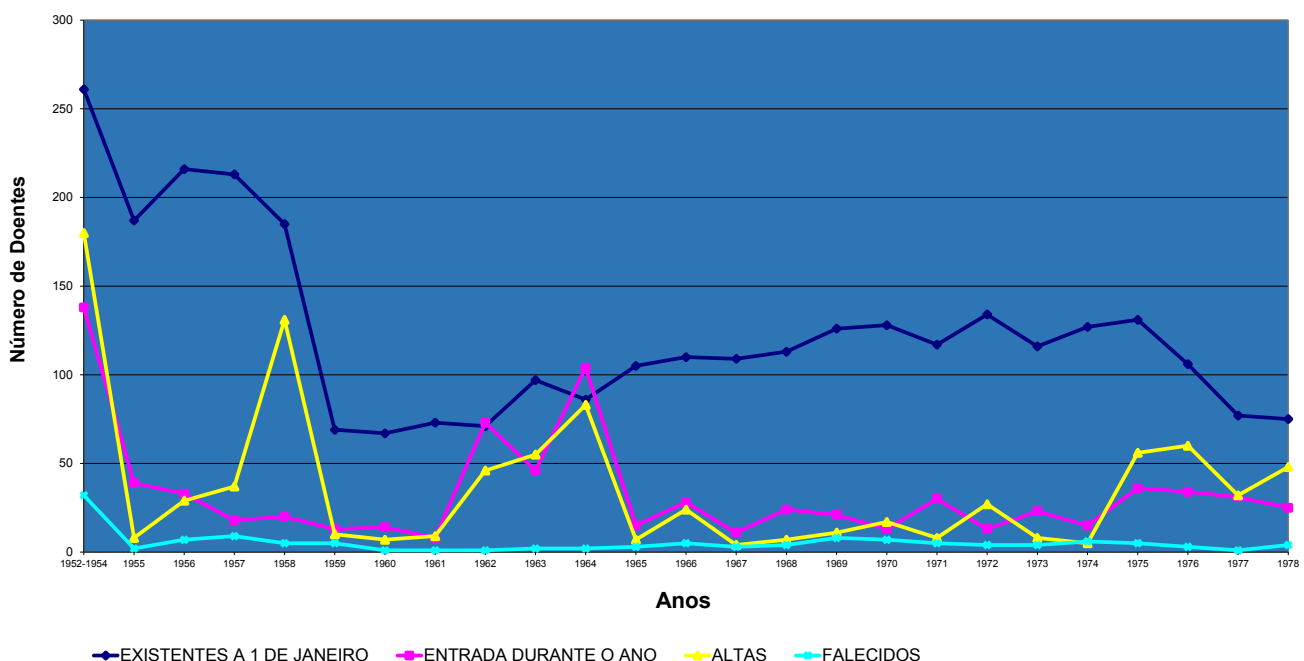
*cio, realizando trabalho a todos os títulos notável, sendo de salientar as obras de carácter religioso e social durante a curta permanência naquele Hospital-Colónia (...) Os terrenos que faziam parte da Reserva do Estado a cargo da Missão de Combate às Tripanossomíases (...) situados na região de Cumura, área do Posto Administrativo de Prábis, concelho de Bissau, confrontando pelo Norte, Este e Oeste com o rio Pefiné e pelo Sul com baldios e Missão Católica de Cumura, passem a constituir uma reserva parcial para o tratamento da lepra, a cargo da Missão católica de Cumura [25].*

Com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, as obras do hospital avançaram [26], permitindo a passagem do internamento em palhotas para pavilhões de construção definitiva com capacidade para acolher 140 doentes [27].

O medo do contágio levou a que fosse construído, nas proximidades, um preventório (Lar João XXIII) para acolher os filhos dos internados com doença. Segundo diretrizes internacionais, não era aconselhável as crianças permanecerem no hospital-colónia. Em dezembro de 1970 foram retirados os filhos dos doentes, "cerca de 25 crianças, de um, dois, três anos" (E.3) e colocados ao cuidado de freiras que viviam perto do local. As crianças voltaram para junto dos pais em 1973, altura em que "já se falava" da reduzida possibilidade de transmissão da doença, graças à eficácia da medicação. Caro, enfermeiro, confirma essa perspetiva ao afirmar que "até hoje não há filhos de Cumura, doentes!" (E.4).

Outro projeto idealizado pelo Padre Settimio foi a construção duma aldeia, destinada a acolher antigos doentes mutilados pela lepra, "(...) com perda total ou quase total

Gráfico 1: Movimento de doentes na leprosaria de Cumura no período entre 1952 e 1978 [29]





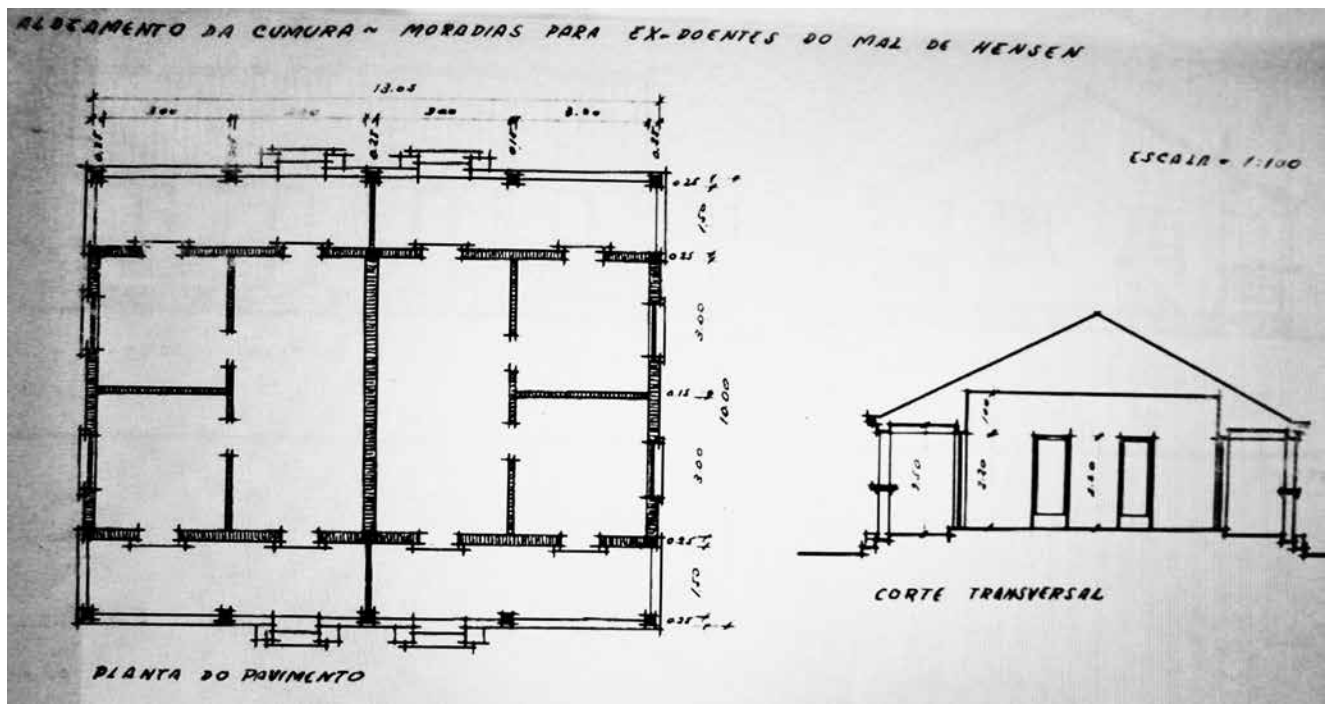


Fig. 5: Projeto das habitações para a aldeia de ex-leprosos [21]

das falanges das mãos. Perda do metacarpo e/ou do metatarso. Perda total do pé até ao calcanhar" [28]. A ideia surgiu em 1958, quando tiveram alta os 121 doentes considerados clinicamente curados. Verifica-se que o número de doentes internados reduz-se após 1958, graças à possibilidade de terapêutica em ambulatório, contudo vai-se manter aproximadamente constante, pois os doentes não tinham possibilidade de alta por falta de acolhimento das suas famílias e comunidades, e ainda porque tinham graves limitações físicas (graf. 1

Num relatório, o Superior da Missão apresentava o problema do elevado número de doentes com internamento permanente, "os doentes internados (...) são doentes 'fixos', destinados ao internamento até à morte por causa das mutilações e deformações nas mãos e nos pés, e outros por se encontrarem 'positivos', isto é perigosos. A quase totalidade dos leprosos internados não tem esperança de recuperação física ou para utilidade da sociedade." [30] Decerto seriam alvo de medo, maus-tratos, abandono, estigma e negligência das famílias e comunidades. Depois de desmatar e aplanar o terreno, foram erguidas as oito casas e um armazém. Construiu-se aí uma aldeia para acolher trinta e duas pessoas (E.3). O projeto foi concretizado em 1978, a quinhentos metros do hospital (fig. 5). Evitava-se a repetição da história de Samba, noutras vidas na lepra, "(...) Samba, veio do sul. Construíram uma palhota para ele ficar sozinho, longe da sua tabanca, onde ninguém podia chegar próximo. Ficava completamente só e abandonado. O Dr. (...) trouxe-o, tratou-se no hospital e agora está aqui a morar... não volta mais para a sua tabanca" (E.4).

## Nota Final: Hoje

"A importância de Cumura? Só Cumura é que tem lepra, só em Cumura é que se trata a lepra, é o único hospital que descobre a lepra. A importância de Cumura é descobrir se o doente tem lepra ou não tem lepra. Se o doente tem lepra, diz-se que o doente tem lepra. Se o doente não tem lepra, diz-se que o doente não tem lepra. Se é lepra paucibacilar, é hospital de Cumura. Se é lepra multibacilar, é hospital de Cumura." (E.5).

Hoje Cumura é um hospital de referência no tratamento da lepra e na assistência médica em geral, na Guiné-Bissau. É uma referência para muitos doentes da África Ocidental (Guiné-Conakry, Gâmbia, Mauritània, Senegal, Mali, Gana), que ao manifestarem-se os sinais de doença, se deslocam para Cumura. Cumura é ponto de confluência e de encontro de múltiplas histórias de vida traçadas na lepra (fig. 6). Já saíram do hospital mais de três mil doentes curados desde a sua abertura. Doentes que estão ancorados a distintas cosmovisões, como referencial interpretativo da lepra enquanto um mal social que se inscreve nos corpos [31]. Enquanto os 'costumes' da biomedicina estão solidamente ancorados na higiene; os deles são simbólicos: nós matamos os germes, eles afastam os espíritos." [32]. Depois de percorridos diversos itinerários terapêuticos, Cumura afigura-se como etapa decisiva. Cumura é a alegoria de uma meta na caminhada no sofrimento, ponto de cura física, ponto de combinação dos poderes do universo dos altares sagrados com os poderes da biomedicina.

Em Bissau poucas pessoas compravam vinho ou alimentos que fossem levados da zona de Cumura com medo do contágio, com medo que os alimentos tivessem sido preparados por algum doente e dessa forma transmitisse a doença (E.6). Graças ao avanço da terapêutica (dapsona depois a poliquimioterapia), a lepra tornou-se, das doenças infecciosas, a menos contagiosa e perfeitamente tratável. Retiraram-lhe ao mesmo tempo grande parte da carga

estigmatizante o que garantiu a mudança de atitudes em relação aos doentes. Um ponto de viragem no modo de olhar e entender o lugar de Cumura foi o conflito iniciado em junho 1998. Nesse tempo Bissau estava sob fogo cerrado, entre as forças de Nino Vieira e de Ansumané Mané, sendo a população obrigada a fugir em todas as direções, encontrando refúgio nas tabancas do interior ou, mais próximo de Bissau, nas missões católicas que abriram as suas portas. Foi o caso da missão e hospital de Cumura [20].

A Cumura chegam doentes encaminhados por curandeiros tradicionais, fruto do reconhecimento e investimento, do programa de combate da lepra junto deles. Procura-se envolver os curandeiros na vigilância e despistagem da doença, em especial nas regiões com maior incidência da doença. Outros doentes chegam ao Hospital do Mal de Hansen, por orientação de antigos doentes aí internados (E.6).

Cumura emerge como ponto de confluência de múltiplas biografias na diversidade do *puzzle* social e cultural da Guiné-Bissau e países vizinhos. É um espaço aberto aos diversos grupos etno-linguísticos, como os felupes, fulas, mandingas, balantas, mancanhas, beafadas, pepéis, manjacos entre outros. Olhando os doentes, vislumbram-se amarrados ao pescoço ou à cintura, amuletos protetores da sua religião e decerto que alguns, entre uma toma e outra do antibiótico, fazem uma cerimónia tradicional perto do hospital ou tomam o mézinho que algum curandeiro da sua tabanca mandou, para ajudar a potenciar o efeito da poliquimioterapia. Os doentes internados, mais velhos, com notórias e graves deformações, são doentes do tempo colonial, quando a medicação não era tão eficaz quanto a poliquimioterapia de hoje. Hoje, o internamento em Cumura é pelas lesões resultantes da lepra.

Muitos partiram há muito das tabancas de origem fixando-se, depois da alta, nas proximidades do hospital. Pessoas que a doença fez alterar a própria identidade levando-os a recusar o retorno a casa, à sua comunidade. Aqui estão perto dos cuidados, da vigilância e proteção hospitalar e da missão. Para muitos foi a forma de fugir ao abandono e exclusão que



Fig. 6: Pormenor da entrada do Hospital, em Cumura (foto do autor, 2010)

seriam alvo se regressassem a casa com as deformidades e limitações. Moram na tabanca de Cumura<sup>2</sup> e “todos os dias de manhã, o mercado é animado com muitos vendedores que são ex-leproso e que aí vivem. Alguns fazem uma banca e vendem as suas mercadorias porque não têm possibilidade de ir para trabalhar na bolanha, plantando ou colhendo o arroz” (E.6). Hoje, o amplo espaço onde outrora dominava a lepra, está ocupado pelas “novas lepras”, a SIDA

e a tuberculose. Dum tempo colonial com uma doença a confinar, vive-se hoje num tempo global, com outras várias a combater e controlar. Perguntamos no local: lepra ou mal de Hansen? Qual o nome mais “justo”?

*Hansen. Não vale a pena ir mais longe. Dizer a palavra lepra, bate no coração, é um choque. Lepra é um nome que toda a gente conhece e que toda a gente tem medo. Dizer frontalmente ‘você tem lepra’, é uma dor, é um terror, é uma ferida que se abre... mesmo sem responder, a pessoa sente-se muito mal. Ouvir dizer Hansen, é um nome mais leve (E.4).*

Outros vivem na aldeia dos ex-doentes que, de certo modo, representa um lugar mais “desenvolvido” e é um sítio melhor para viver que as tabancas, ou mesmo Bissau. Tem eletricidade, apoio médico, água potável, alimentos.

Aqui vivem doentes com deformidades bem visíveis que cada um tenta contornar só ou com o auxílio do vizinho, mais capaz. No microcosmos da aldeia, está patente um sentimento de entreajuda e complementaridade na deformidade. Há uma descontinuidade nas deformações. Quem não pode caminhar, orienta quem não vê. Quem não vê empurra a cadeira de rodas de quem vê e orienta. Quem não anda pode cozinhar para quem não tem mãos. Podemos dizer que a aldeia é o espaço no qual cada corpo encaixa numa normalidade. Este é o espaço da normalidade, do regular, da constância na deformidade. Aqui, o normal é estar disforme, limitado, incapacitado, dando expressão que “a anomalia e a mutação não são em si mesmas patológicas. Elas exprimem outras formas de vida possíveis” [33].

A aldeia vive com o apoio do hospital e da missão católica, “o óleo, o arroz, o sabão, calçado e vestuário (...) A missão apoia a aldeia e mais de cem ex-doentes que vivem integrados na tabanca de Cumura” (E.3). A lepra é o facto que une todas estas pessoas. Quando têm os seus desentendimentos, recordam que não podem escapar uns aos outros. Enquanto há vida, tentam torná-la tão boa quanto podem, é o propósito de cada um neste universo. Estar confinado na aldeia, representa para muitos

habitantes, uma morte civil. Sentem-se apartados do meio e do convívio dos outros (dos da cidade, dos da sua aldeia), embora quem pode, possa entrar e sair com liberdade. As deformidades e limitações físicas são o obstáculo, são o “carcereiro” incorporado nos seus corpos.

A aldeia é a anatomia de um destino na lepra, revestindo-se do poder simbólico de um porto seguro, de um terminal de ancoragem, do corpo mas também da alma. Cada vida que povoa esta aldeia, é uma biografia que se inscreve na dor, no sofrimento. Cada vida traduz uma história, um itinerário em demanda da cura, em demanda do apaziguar do sofrimento. E esta aldeia que acolhe, isola, confina, oblitera a deformidade, é todo um universo de cosmovisões padronizadas pela bitola da lepra que, à força da lesão, se inscreve nos corpos e se entranha na alma.

---

2 - A toponímia atual é a seguinte: Cumura Um ou Cumura Padres, onde nasceu a Missão Católica; Cumura Dois ou Cumura Pepel, tabanca habitada pelo grupo dos pepéis e onde residem antigos doentes.

## Lista de entrevistas:

- E.1 - Cubambono Djata, ex-doente, morador da Aldeia.
- E.2 – Domingos, ex-doente, morador da Aldeia.
- E.3 - Frei Ernesto, frade franciscano.
- E.4 – Caro, enfermeiro do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.
- E.5 – Jorge, enfermeiro do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.
- E.6 - Martinho Nhanca, médico leprologista do Hospital do Mal de Hansen de Cumura.

## Bibliografia

1. Béniac, Françoise. O medo da Lepra. In: Le Goff, J. (Org.) (1997). *As doenças têm História*. Lisboa, Terramar: 127-145.
2. Eduardo Costa *cit.* por Carvalho, Augusto da Silva (1932). História da lepra em Portugal. Porto, Oficinas Gráficas da Sociedade de Papelaria; 146-147.
3. Gandra, Maria Julieta; Patuleia, Maria Cecília Souto (1946). O problema social da lepra na Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II: 453.
4. Marques da Silva, António. Combate à lepra em Portugal. Tese (de Doutoramento) (1959). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: 64-65.
5. Silva, Manuel Santos (19667). A luta anti-lepra em Portugal. *Rovisco Pais: Revista Portuguesa da Doença de Hansen*. 6 (22): 8-36.
6. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 235.
7. Marques da Silva, António. Combate à lepra em Portugal. Tese (de Doutoramento) (1959). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: 69-70.
8. Crespo, Jorge (1992). *A História do Corpo*. Lisboa, Edições Difel.
9. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 219.
10. Leite, Augusto Salazar (1952). Missão de Lepra à Guiné. *Boletim Geral do Ultramar*. Abril. Vol. XXVII (322): 113.
11. Leite, Augusto Salazar; Luz, João Bastos da; Nogueira, José Pinto (1952). Relatório da Missão de Combate à Lepra na Província Ultramarina da Guiné: da 5ª cadeira do IMT. Lisboa: IMT.
12. Leite, Augusto Salazar; Luz, João Bastos da; Nogueira, José Pinto (1952). Relatório da Missão de Combate à Lepra na Província Ultramarina da Guiné: da 5ª cadeira do IMT. Lisboa: IMT: 113-114.
13. Tavares, Carlos Barral Moniz (1946). Breves Considerações sobre a Protecção aos Indígenas da Colónia da Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II; 219.
14. Blanco, Francisco Nunes (1946). A lepra na Guiné. In: Congresso comemorativo do quinto centenário do descobrimento da Guiné. Lisboa: Sociedade de Geografia. Vol. II: 456.
15. Relatórios da Prefeitura Apostólica (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). Anos de 1947; p.14 ; 1950: p.13<sup>1952</sup>; p.10.
16. Billman, Herbert Raymond (1951). Primeiro relatório anual dos trabalhos da Missão Evangélica no tratamento da lepra na Província da Guiné Portuguesa. *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. VI(23): 697-702.
17. Boletim Oficial da Guiné (1951). Portaria n.º308, 24 maio: 255.
18. Carta do Prefeito Apostólico à Província de Santo António de Veneza (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 25 de janeiro. 1954.
19. Ferrazzetta, Settimio (1970). Relatório da Missão de São Francisco de Assis de Cumura (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 27 jan.
20. Longo, Fabio (2006). Os Frades Menores de Veneza na Guiné-Bissau: 50 anos de história para recordar, 1955-2005. Pavona: Centro Missionário Franciscano.
21. Arquivo do Hospital de Mal de Hansen, Cumura/ Guiné-Bissau.
22. Boletim Oficial da Guiné (1953). Portaria de 21 fev.: 108.
23. Centro de Informação e Turismo. Guiné – Anuário Turístico 1963-1964. Lisboa, Negravura Lda.: 19.
24. Pinto, Augusto Reimão; Costa, Fernando Coutinho da. La Lutte Contre la lèpre en Guinée Portugaise (1959). *Boletim Cultural da Guiné Portuguesa*. Vol. XIV(56): 631.
25. Boletim Oficial da Guiné (1969). Portaria n.º20, 20 maio: 263.
26. Postos Sanitários e Escolares e grandes realizações sociais abrangidas nos novos subsídios (1973). *Voz da Guiné*. 20 jan.:11.
27. A Missão de São Francisco de Cumura. *Missões Franciscanas*. Jun. 1973: 8.
28. Afonso Lopes *cit.* por Rema, Henrique Pinto. História das Missões Católicas da Guiné (1982). Braga: Editorial Franciscana: 958.
29. Fonte dos Dados: Relatório da *Missão de São Francisco de Assis de Cumura* (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 31 dez. 1978.
30. Ferrazzetta, Settimio (1970). Relatório da Missão de São Francisco de Assis de Cumura (Arquivo da Missão Católica de Cumura/Guiné-Bissau). 27 jan.: 9.
31. Auge, Marc. Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement. In: Augè, M.; Herzlich, C. (Eds.) (1984) *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris, Éditions des Archives Contemporaines - Ordres Sociaux : 35-91.
32. Douglas, Mary (1991). *Pureza e Perigo*. Lisboa, Edições 70: 47.
33. Canguilhem, George (2002). *O normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária: 113.



# The Rockefeller Foundation's anti-typhus project in Spain: a lesson in failure

## *O projeto anti-tifo da Fundação Rockefeller em Espanha: uma lição de insucesso*

**Darwin H. Stapleton**

Executive Director Emeritus, Rockefeller Archive Center;  
Principal, History & Archives Consulting  
stapled@rockefeller.edu

### Abstract

Among the major diseases of interest to the Rockefeller Foundation in the 1920s and 1930s was typhus. The Foundation's anti-typhus focus was sharpened at the end of the 1930s by the expectation of another European war: its public health staff anticipated that enormous numbers of refugees and the repetition of World War I's trench warfare would lead to typhus epidemics. The Foundation increased its investment in *Rickettsia* research, decided to test existing anti-typhus vaccines, and studied the insect transmission of typhus.

An outbreak of typhus in Spain right after the Spanish Civil War caught the interest of the Foundation as an opportunity to both study the vaccines and to study the transmission of the disease. The Foundation sent a young researcher there to study the disease and also shipped several guinea pigs to Spain to be infected with the typhus-carrying lice. American newspapers covered the story of the transport of the Guinea pigs via Pan-American's flights to Lisbon (and delivery to Spain), and their return to the United States to study the strain of typhus that was rampant in Spain.

The work in Spain gave the foundation clear evidence that the existing anti-typhus vaccines were not very effective and provided impetus for the Foundation's future focus on insecticidal approaches to typhus control. It was an important step toward the Foundation's collaboration with the United States' military's plans for the invasion of North Africa and led directly into the Foundation's later acceptance of DDT as an effective anti-typhus strategy. Ultimately the Foundation turned its experience with DDT into a global attack on malaria – one of the most important stories in 20th century tropical medicine.

### Key Words:

Rockefeller Foundation, typhus epidemics, Spain, vaccines and DDT, World War II.

### Resumo

O tifo situava-se entre as principais doenças de interesse para a Fundação Rockefeller entre 1920 e 1930, aguçado no final da década de 1930 pela expectativa de uma outra guerra na Europa: o seu *staff* previa que a difusão de epidemias de tifo como resultado de um número elevado de refugiados e da repetição da guerra de trincheiras da Iª Guerra Mundial. A Fundação aumentou o seu investimento na investigação em *Rickettsia*, decidiu testar vacinas anti-tifo existentes e estudou a transmissão da doença pelo piolho.

Logo após a Guerra Civil Espanhola, um surto de tifo em Espanha, despertou o interesse da Fundação como uma oportunidade para estudar as vacinas e a transmissão da doença. A Fundação enviou para Espanha um jovem investigador e várias cobaias para serem infetadas com os piolhos, transportadores de tifo. Os jornais americanos cobriram a história do transporte das cobaias através de voos Pan-americanos para Lisboa (para entrega em Espanha), e o seu retorno aos Estados Unidos, para estudar a epidemia de tifo, que era galopante na Espanha.

Os resultados obtidos em Espanha deram à Fundação clara evidência de que as vacinas anti-tifo existentes não eram muito eficazes e impulsionou o uso de inseticidas para o controlo do tifo. Foi um passo importante para a colaboração da Fundação com os planos militares dos Estados Unidos para a invasão do Norte da África e conduziu diretamente à aceitação do DDT (pela Fundação), como estratégia anti-tifo. Em última análise, a Fundação utilizou a sua experiência com o DDT num ataque global à malária - uma das histórias mais importantes da medicina tropical do século XX.

### Palavras Chave:

Fundação Rockefeller, epidemia de tifo, Espanha, vacinas anti-tifo e DDT, Iª Guerra Mundial.

## Introduction

Failure is not the usual focus of historical inquiry. As U.S. President John F. Kennedy remarked in a military context, “Victory has a hundred fathers and defeat is an orphan” [1]. To paraphrase that: histories of success generate a hundred historical inquiries, but histories of failure, such as is presented here, are rare. However, histories of failure clarify choices and opportunities, and demonstrate how the inadequacies of routine and accepted ways of doing things move us toward creativity and innovation. The history of failure in this case involves the ancient disease of typhus, the Rockefeller Foundation and Spain in 1940 and 1941.

Typhus was at the time a disease that had been studied extensively in both its cause and effect. A recent article has noted that the “two milestone discoveries” regarding typhus occurred in 1909, when Stanislaus von Prowazek discovered “the causative agent of epidemic typhus fever,” later named *Rickettsia prowazekii* by S. Burt Wolbach; and when Charles Nicolle identified of the human body louse as the means of transmitting typhus from person to person. [2] It also was known by that time that the human body louse had adapted not only to human bodies as environments, but also to the comforts of human clothing.

As a matter of history, typhus was understood to flourish in dense urban environments, during warfare, and in prison and refugee situations – any time that people were in prolonged close contact and especially when their normal defenses were reduced by other diseases and poor nutrition. World War I had produced those situations, and typhus had been rampant. At the onset of World War II public health officials and military planners anticipated major typhus outbreaks, yet in the ensuing twenty years there had been little progress in understanding how to control typhus. The fundamental anti-typhus strategy by the outbreak of World War II remained sanitation: making the human body louse’s human environment less hospitable by encouraging physical cleanliness with soap and hot water; by fumigating infested clothing and bedding with steam or hot air; and by using insecticides not toxic to humans, such as rotenone. Although strategies based on sanitation were effective if consistently enforced, they were primarily responses to epidemics, and did not prevent them.

This was the background for the Rockefeller Foundation’s interest in typhus as it geared up to work in concert with the United States government to prepare for a global explosion of typhus after the beginning of World War II. The Foundation was in many respects better prepared to engage the disease than the U.S. government or any other international organization, such as the Red Cross. Only the Institutes Pasteur had a similar global reach. Created in 1913, the Foundation had from the beginning focused on public health and epidemic disease. It had established or funded public health research institutes in North America, Europe, South Ameri-

ca and East Asia, and had conducted disease-control demonstrations throughout the world. [3] While most of its control work had focused on hookworm (ankylostomiasis), yellow fever, malaria, and tuberculosis, the Foundation recognized typhus as a major problem. At the beginning of World War II it established the Rockefeller Foundation Health Commission as an agency “to render services in the public health field to regions afflicted with public health problems related to the war... A study of nutritional problems and control of possible epidemics are among its chief concerns” [4: 116] At that time the Foundation revealed that it had “an active interest in typhus,” and that it was testing “seven different types of typhus vaccine” [4: 116]. The Foundation also stated that:

*In spite of the fact that it is an age-old problem, our basic knowledge regarding [typhus] is far from adequate. We know in a general way that it is spread from person to person by means of the body louse and that it develops rapidly with devastating results when people are crowded together under unsanitary conditions and when there is a heavy louse infestation... But we do not know how best to control or eradicate louse breeding under war conditions [5:21].*

## The typhus program of the Rockefeller Foundation

It is useful to begin the story of the Rockefeller Foundation’s typhus program with observations and recommendations made by John H. Janney in December 1941, just after the United States entered the war. Janney brought to his observations the perspective of a Rockefeller public health officer for more than two decades. After remarking that “it is important that typhus is increasing rapidly in Europe,” Janney summarized the situation facing the Allies: “the control of typhus is a responsibility which Great Britain and The United States will have to face in winning the war. Neither of these countries has, at the moment, personnel trained in anti-typhus work with experience more recent than 1921. Little has been added to the knowledge of the part played by lice in transmitting the disease and delousing methods are not improved over those used twenty years ago”. Faced with this situation, Janney called for an “immediate and serious improvement in our epidemiological, entomological, and technical control knowledge of typhus.” [6]<sup>1</sup>

The Rockefeller Foundation had established a modest anti-typhus program in 1940 by connecting with the Harvard University laboratory of Hans Zinsser, who had for many years been investigating the family of *Rickettsia* microbes and had already published his classic historical work, *Rats, Lice and History* [7]. In that book Zinsser argued that much of human history has been shaped by epidemic disease, and that typhus in warfare had killed more soldiers than were killed by enemy action [5:20-21]. Zinsser had worked out a meth-

od of cultivating the main European strain of typhus causation, *Rickettsia prowazekii*, with a view toward developing an anti-typhus vaccine. Before his untimely death in September 1940 he was developing a consortium of typhus researchers in France, Poland, Romania and the United States, including Charles Nicolle of the Institut Pasteur, and at one point had the intention of testing a vaccination in Spain [8]. After Zinsser's death one of the Foundation's officers, Wilbur Sawyer, spent some time assessing the state of typhus research and public health work in Europe. He found that the British were concerned about typhus epidemics, but had little anti-typhus vaccine on hand. [9]<sup>2</sup> He also found that the London School of Tropical Medicine and Hygiene had developed an insecticide that appeared promising, but found the British had done little toward an anti-typhus strategy [10]. The Rockefeller Foundation believed it had the field of anti-typhus work virtually to itself, and took on the challenge of developing an anti-typhus strategy.

At this point, early in 1941, the Rockefeller Foundation had twenty-five years of experience investigating serious diseases, yet its officers still found nothing more interesting than new epidemics where new strategies and techniques could be tested. But the Foundation did not engage in a full-fledged campaigns against disease, preferring demonstration projects and trials where innovations could be tried and brought into practice. Among the countries where the Foundation had conducted such demonstrations and trials was Spain, where it also had made some contributions to the development of modern science [11]. It had malaria control projects at Campo Lugar beginning in 1930 and later in Madrigaleho, and three other municipalities; then it opened a health demonstration project at Vallecas, outside of Madrid, in 1936 [12,13,14]. In conformity with Rockefeller practices in public health, both initiatives were intended to have Rockefeller support for several years in order to convince the Spanish government to copy their methodologies and extend them throughout the nation [15].

Prior to the demonstration projects the Foundation had made more than thirty grants to public health officials and laboratory scientists with the aim of modernizing what the Foundation perceived to be a backward public health system in Spain [16]. The influence of the Foundation in public health was so pervasive that in 1933, Oo-keh Khaw, a parasitologist from the Peking Union Medical College in China who visited Spain on a Rockefeller grant stated that he was everywhere encountering Rockefeller-trained workers [17,18]. A section of his report describes his experience:

*The first two weeks in May were spent in Spain... It was a great opportunity to see anti-malaria work alone in a country which has achieved some success. The Programme was drawn up by the Malaria Division of the Public Health Department of the Ministry of the Interior. One of the Divisional Inspectors – a Rockefeller Foundation Fellow of*

*Johns Hopkins – came with me, so that besides being received with kindness – hospitality everywhere – I saw not only anti-malaria work but other public health activities as well. The latter are receiving feverish attention and are carried out in approved American style as most of the heads [of public health units] are Rockefeller Foundation fellows [19].*

It was this heritage of pervasive influence in the Spanish public health establishment that the Foundation drew on to set up a trial of several existing typhus vaccines produced in the United States, Canada, Mexico, and Tunisia, in order to establish which one was most effective. In February 1941 the Foundation was told that José Alberto Palanca, director of the public health administration in Spain, would welcome experimental anti-typhus work by the Foundation [20]. With the typhus situation in Spain becoming increasingly serious, John Snyder went to Spain early in 1941 and established a laboratory at the Instituto de Sanidad [21]. *The Times* of London reported in April 1941 from Madrid that “typhus fever has become epidemic,” and that:

*Of the various epidemics from which Madrid has suffered since the opening of the century this is the most important, not because of the number of cases or the mortality which has resulted but because of the circumstances in which it has arisen. The Civil War and its aftermath, which have brought restrictions and malnutrition, and a scarcity of certain articles, including washing soap. So far some 300 cases have been registered, with 27 deaths, including those of two doctors. It is said that about 20 to 30 new cases are coming in daily... The disease is also reported from Murcia, Granada, Seville and Almeria (...) [22].*

Snyder worked under the general authority of John H. Janney, mentioned earlier, to test several anti-typhus vaccines. Spanish public health officials had been manufacturing and administering the Laigret vaccine, developed at the Institut Pasteur in Tunis, which had demonstrated efficacy against murine typhus (*Rickettsia typhi*). Apparently the vaccine had come to the attention of the Spanish authorities when Jean Liagret, its developer, had come to Spain in 1936 under the auspices of the League of Nations to examine infectious diseases emerging during the Civil War [23]. Reportedly the Liagret vaccine was “used with apparent success in terminating ... prison epidemics” in Spain [21]. However, the Rockefeller Foundation quickly assessed the Laigret vaccine as difficult to produce in large quantity, because it was based on *Rickettsia* cultivated in live rat brains, and not useful in

1 - Although J.H. Janney is the author of this document, recommendations in the latter part of it were made jointly with Dr. John C. Snyder.

2 - Researchers should note that Rockefeller Foundation officers' diaries are available digitally in: [www.rockfound.org](http://www.rockfound.org).

suppressing the strain of typhus then active in Spain.

The Foundation then turned to its widespread network of sources, and the vaccines subsequently tested by the Foundation in Spain are an illustration of its international connectivity. One vaccine had been developed by Herald Cox of the Rocky Mountain Laboratory of the United States Public Health Service. Cox had spent four years in the Olitsky laboratory at the Rockefeller Institute for Medical Research in New York City learning about viruses, and was well-known to the Rockefeller network. Apparently the Cox vaccine, which was manufactured by the Lederle pharmaceutical company, was the only commercially-available vaccine in the United States. After obtaining a supply of that vaccine, Snyder and his support staff in Spain inoculated themselves with it. Each got a mild case of typhus but recovered. They then inoculated 20,000 Spanish citizens with the Cox vaccine [4: 80].

Other vaccines tested by Snyder in Spain included one developed by Ruiz Casteñeda at the Departamento de Investigaciones Médicas, of the Hospital General in Mexico City: Casteñeda had been in Zinsser's Harvard laboratory on a Rockefeller fellowship before he returned to Mexico to develop a vaccine based on the strains of murine typhus endemic to coastal regions of Mexico. The Foundation also drew on a typhus vaccine developed by James Craigie of the Connaught Laboratories in Toronto, Canada.

The project in Spain had all the attributes of what should have been a successful field test. The host nation's public health authorities were cooperative. There was a significant outbreak of epidemic typhus. The Foundation's field officer had up-to-date training, and had several vaccines to test. However, after several months in Spain, Snyder returned to the United States convinced that the project was a failure. He found no convincing evidence that any of the vaccines could be effective in preventing a typhus epidemic. Among those tested none had conferred immunity, and the Cox vaccine appeared only likely to reduce fatalities. The Rockefeller Foundation stated publicly that the tests in Spain were "inconclusive" [5:75].

Perhaps the most important result of the Spanish project was Snyder's success in responding to requests from the United States to bring back strains of the typhus infections he had encountered so that vaccines might be developed to cope with those specifically European varieties. In an episode reported in American newspapers, Snyder was able to infect several guinea pigs with the Spanish strains and ship the guinea pigs to the United States via the Pan American Clipper flight out of Lisbon.

In spite of the inconclusiveness of the work in Spain, the continuing warfare in Europe, and the increased likelihood of United States's entry into the war, made typhus research an on-going element of the Rockefeller Foundation's public health program. The Foundation searched for other outlets for its program, and developed promising connections in Chile, Mexico, and China. Through the Lederle laboratories it also learned about continu-

ing typhus studies in Hungary and Romania.

It is appropriate to examine the Lederle studies to better understand the range and significance of the Rockefeller Foundation's network of researchers and administrators. The head of the Lederle Laboratories, Ralph Wykoff, was well-known to the Rockefeller public health officers because he had collaborated with foundation staff on the construction and operation of centrifuges, among other projects, while he was a member of the Rockefeller Institute staff. Wykoff shared with the Foundation a report by a Lederle operative who recently had been to Hungary and Romania – even though those nations were becoming increasingly aligned with Germany and increasingly hostile to the United States. The report focused on anti-typhus projects undertaken at the institutes of public health in Hungary and Romania – institutes that had been created with Rockefeller funding, and with staff trained through Rockefeller fellowships. Moreover, the report identified former Rockefeller fellows as the leaders of typhus work in Hungary [24].<sup>3</sup>

This episode demonstrates that the Foundation's extensive connections allowed it to survey, study, and otherwise learn about typhus virtually throughout the world. Moreover, it could test typhus vaccines in the field with collaboration from local authorities who already knew and trusted the motives of the Foundation. Thus, the field tests of typhus vaccines in Spain permitted Snyder and Janney to assert with confidence that the Foundation's attempt to find an effective typhus vaccination was unlikely to succeed. Certainly, given the historically-demonstrated long development periods required to create a new vaccine, and the pressing needs created when the United States entered the war, the tests in Spain indicated that the Foundation's anti-typhus work had to go in a different direction. Janney and Snyder therefore recommended a turn toward a vector-control strategy – a focus on methods of killing the human body louse with insecticides [25]. Based on Snyder's experience in Spain, the Foundation shifted toward insecticides as an anti-typhus strategy.

In his report to the Rockefeller home office in New York City after the trials in Spain Janney summed up his disappointing experience and the need for a new direction:

*Until some better method is developed for typhus control, our efforts will be directed toward reducing the louse index. It appears that the usual methods for delousing by means of steam and hot air may be impractical in Spain. Chemical methods must be studied (...) [26].*

Snyder and Janney's recommendation soon was reinforced by a request from the United States' National Research Council Subcommittee on Tropical Diseases that the Rockefeller Foundation investigate "the advisability of undertaking a study of various delousing methods in N[ew] Y[ork]." [27]. The next month the Foundation created a laboratory for the study of louse-borne typhus as a unit of the Foundation's



virus laboratory located on the campus of the Rockefeller Institute for Medical Research in New York City [28].<sup>4</sup>

The Foundation's experience in Spain also gave it the ability to act with authority when in November 1942 the American government created the United States Anti-Typhus Commission, and called on the Foundation for advice. At the first meetings various public health officials focused on further research on the epidemiology of typhus, preventing typhus epidemics by sanitation, and the possibilities of making effective vaccines. But the Rockefeller representatives argued strongly for an insecticidal approach. With the approval of the National Research Council and lukewarm approval from the United States Anti-Typhus Commission, the Foundation established a facility in New York City to test various insecticides.<sup>5</sup>

The Foundation's anti-typhus laboratory, which soon became known as the "Louse Lab," quickly established a collaborative agreement with the United States' Bureau of Entomology and Quarantine in the Department of Agriculture whereby the Bureau would evaluate insecticides, and the Foundation would test them and other louse-control methods on human subjects in field conditions. It quickly became apparent that the Foundation's thirty years of fieldwork in public health and its global network of contacts were advantages that a government agricultural laboratory did not possess. After successfully establishing a colony of lice in New York City, the Foundation was able carry out tests of insecticides at a conscientious objector camp in the United States, and at villages in Mexico, Egypt, and in Algeria – the latter after the successful Allied invasion of North Africa.

Some of the tested insecticides were good at killing lice, but none of them were consistently effective. It was only after a new insecticidal chemical, DDT, became available to the

Foundation in the summer of 1943 that the Foundation's insecticidal strategy was proven to be the right one. Dusting DDT directly onto human skin became the standard method of typhus control, and was used against typhus outbreaks in Naples early in 1944, and in refugee and concentration camps in the concluding months of the war. It also began to be used as a method of killing mosquito larvae for malaria control. DDT quickly became the insecticide of choice throughout the world, in large part because of the global network of public health specialists fostered by the Rockefeller Foundation [28,29,30].

## Some concluding remarks

Thus, understanding the failure of the anti-typhus project in Spain provides us with an important preliminary history for the much better-known global history of the World Health Organization's and the Pan-American Health Organization's DDT-based anti-malaria campaigns of the 1950s. Less appreciated is that the failure of the Rockefeller Foundation's typhus project in Spain turned the Foundation and, ultimately, global public health in a direction that no one in 1941-1942 could have anticipated.

---

3 - A valuable study of anti-typhus operations in Eastern Europe in 1941, contemporary with the events in this paper, was published by J. Lindemann in 2002.

4 - Much of the remainder of this paper is derived from the publication of the author in 2005.

5 - Hechemy KE et al. *A Century of Rickettsiology*, p. 2, notes: "Until the discovery and availability of chloramphenicol and the tetracyclines in the early 1950s, Nicolle's discovery of the vector formed the only basis for measures taken [against typhus]."

## Bibliography

- Kennedy JF (1961). Remark at a news conference, 21 April 1961. Accessed 18 September 2015. In: [www.goodreads.com/quotes](http://www.goodreads.com/quotes).
- Hechemy KE et al. (2006). *A Century of Rickettsiology: Emerging, Reemerging Rickettsioses, Clinical, Epidemiologic, and Molecular Diagnostic Aspects and Emerging Verinary Rickettsioses: An Overview*. *Ann New York Acad Sci*, 1078: 2.
- Fosdick R (1952). *The Story of the Rockefeller Foundation*. Harper & Brothers, New York, USA.
- Rockefeller Foundation (1941). *Annual Report for 1940*. Rockefeller Foundation, New York, USA.
- Rockefeller Foundation (1942). *Annual Report for 1941*. Rockefeller Foundation, New York, USA.
- Janney JH. Memorandum, Typhus. Rockefeller Foundation Archives (hereafter RFA), Record Group (hereafter RG) 1.1, series 100, box 32, folder 260, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York, USA (hereafter RAC). 19 Dec. 1941.
- Zinsser H (1935). *Rats, Lice, and History: Being a Study in Biography*. Little, Brown, Boston, USA.
- Weindling, P. (2000) *La Fundación Rockefeller y el Organismo de Salud de la Sociedad de Naciones: Algunas Conexiones Españolas*. *Rev Esp Salud Publica* 74: 21.
- Sawyer WA. Diary, RAC, RG 12. 2 January 1941.
- Sawyer WA. Diary. 15 January 1941.
- Kohler RE. (1991). *Partners in Science: Foundations and Natural Sciences, 1900-1945*, pp. 188-190. University of Chicago Press, Chicago, USA.
- Hill RB. Memorandum. "Spain – Malaria Field Investigations. 1937," RAC, RG 6.1, series 1.1, box 34, folder 421, c. June 1938.
- Hill RB. Memorandum. "A Proposal for Aid to Vallegas Health Center, Madrid, Spain," attached to Strode GK to Sawyer WA, RAC, RG 6.1, series 1.1, box 35, folder 417, 3 January 1936.
- González ID-C and Huerta R (2000). *Public Health and Nutrition after the Spanish Civil War: An Intervention by the Rockefeller Foundation*. *Amer Jour Pub Health* 99: 1772-1779.
- Stapleton DH (2009). *Malaria Eradication and the Technological Model: The Rockefeller Foundation and Public Health in East Asia*. In: Yip K, ed. *Disease, Colonialism and the State: Malaria in Modern East Asian History*. Hong Kong University Press, Hong Kong, PRC.
- Ocaña ER. (2000) *La Intervención de la Fundación Rockefeller en la Creación de la Sandiadi Contemporánea en España*. *Rev Española de Salud Publica* 74.
- Khaw O. Personnel record. Peking Union Medical College Archives (hereafter PUMCA), Beijing, PRC; volume 494.
- Khaw O. to Greene R. PUMCA; volume 1312, 1 April 1932.
- Khaw O. to Greene R. PUMCA; volume 1312, 6 June 1933.

20. Sawyer WA. Diary. 5 February 1941.
21. Sawyer WA. Diary. 7 February 1941.
22. Typhus Epidemic in Madrid. *The Times* (London). 4 April 1941, clipping in: Rockefeller Archive Center, RG 1.1, series 700, box 14, folder 101.
23. Jean Laigret (1893-1966), accessed 7 July 2015 in: [www.pasteur.fr/infosci/archives/lai0.html](http://www.pasteur.fr/infosci/archives/lai0.html).
24. Lindemann J. (2002) Hermann Mooser, Typhus, Warsaw 1941. *Gesnerus: Swiss Jour Hist Med and Sci* 59: 99-113.
25. Finocchiaro RE. (1976). French North Africa (1942-1944). In: Lada J, ed. *Preventive Medicine in World War II: vol. 8., Civil Affairs/Military Government Public Health Activities*. Department of Defense, Washington, p. 281-84, accessed 2 January 2008 in: <http://history.amedd.army.mil/booksdocs/wwii/civilaffairs/chapter8.htm>,
26. Janney JH. Memorandum. RAC, RF RG 1.1., series 700, box 14, folder 102, 29 November 1941.
27. Bauer JH. Diary. Rockefeller Foundation Archives, RF RG 12.1, 22 January 1942.
28. Stapleton DH. (2005) A Lost Chapter in the Early History of DDT: The Development of Anti-Typhus Technologies by the Rockefeller Foundation's Louse Laboratory, 1942-1944. *Tech and Cult* 46: 513-540.
29. Stapleton DH. (2000) The Short-Lived Miracle of DDT. *Amer Herit Invent and Tech* 15: 34-41.
30. Stapleton DH. (2004) Lessons of History? Anti-Malaria Strategies of the International Health Board and the Rockefeller Foundation from the 1920s to the Era of DDT. *Pub Health Repts* 119: 206-215.

# A Leishmaniose Tegumentar Americana e a construção do conhecimento científico entre a América do Sul e a Europa

*The American Tegumentary Leishmaniasis and the building of scientific knowledge of South America and Europe*

---

**Denis G. Jogas Junior**

Doutorando do PPGHCS/Fiocruz

Rio de Janeiro, Brasil

denis.jogas@hotmail.com

## Resumo

Este artigo tem como objetivo principal retratar, de maneira sucinta, o debate médico-científico ocorrido nas primeiras décadas do século XX sobre as proposições de individualização dos quadros clínicos e dos agentes patogênicos das manifestações de leishmanioses encontradas na região sul-americana. Em consonância com os novos estudos e conceitos europeus sobre as doenças prevalentes em seus respectivos territórios coloniais, feitos a partir das últimas décadas do século XIX, médicos de diferentes países da América do Sul buscavam entender e combater as doenças que representavam problemas de saúde pública em suas realidades locais. Correlacionando quadros clínicos e supostos protozoários patogênicos diferenciados do gênero *Leishmania*, pesquisadores atuantes, sobretudo, no Brasil e no Peru passaram a advogar a necessidade da particularização das manifestações americanas quando comparadas aos conhecidos quadros do botão do Oriente e do calazar, gerando um longo e ávido debate médico entre especialistas situados nessas duas regiões em um circuito de construção de conhecimento interativo, embora assimétrico.

### Palavras Chave:

Leishmanioses, história da medicina tropical, circulação de saberes, América do Sul, Europa.

## Abstract

This work aims to analyze scientific debate occurred in the first decades of the twentieth century, about the different pathogenic manifestations that would be classified in 1906 under the name of leishmaniasis and in particular, those considered “American”. The process of building scientific knowledge about this group of diseases mobilized doctors and researchers of different nationalities who were dedicated to the institutionalization of tropical medicine. Involved in a controversy about the characterization of clinical manifestations and pathogenic agents of the South American continent, the researchers sought to understand the reasons for which the pathogenic manifestations observed in these territories had different characteristics from cutaneous leishmaniasis known in Europe, Asia and Africa.

### Key Words:

History of tropical medicine, leishmaniasis, circulation of knowledge, South America, Europe.

## Introdução

*Depois de um longo tempo dos médicos americanos relatarem a existência, em certas regiões da América do Sul, de doenças caracterizadas por ulcerações de pele e de mucosas, mais uma grande confusão reinou no capítulo das doenças ulcerosas, tanto que o diagnóstico não pode se basear solidamente sobre o conhecimento do agente patogénico [1].*

A epígrafe transcrita acima é o parágrafo inicial do capítulo sobre a “*leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses*”, do livro escrito pelo pesquisador francês Alphonse Laveran (1845 – 1922) intitulado *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d’Orient, Leishmaniose Americaine*” de 1917. De acordo com o autor, esse livro, com mais de 500 páginas, teve por objetivo reunir o conhecimento produzido nos últimos 14 anos sobre esse grupo de doenças. Nesta ocasião, ao dissertar sobre essas manifestações encontradas na América do Sul, Laveran fez menção, logo de início, aos relatos de pesquisadores atuantes neste continente demonstrando a participação desses atores no processo de construção do conhecimento sobre as leishmanioses americanas.

Entretanto, deslocada de sua obra e do restante do contexto no qual foi produzida, esta citação pode induzir a pensarmos um mundo científico pacífico e inteiramente conectado, onde diferentes personagens e instituições trabalham e colaboram uns com os outros com puro objetivo de produzir um conhecimento real, objetivo e científico sobre determinado fenômeno da natureza, no caso em questão, doenças produzidas por protozoários do gênero *Leishmania*. Contudo, ao analisarmos manuais médicos e periódicos científicos produzidos à época podemos perceber uma série de disputas, divergências, conflitos e diferentes conclusões que, após a estabilização do conhecimento são suprimidas para dar lugar a proposições vencedoras, e seus proponentes passam a ser exaltados como sábios do passado, geralmente “homens à frente dos seus tempos”, que mesmo com um *estado da arte* mais rudimentar tiveram êxito em produzir algo necessário para dar continuidade a um campo de estudo mais estruturado [2].

Neste artigo tenho como objetivo analisar a argumentação sobre a existência de leishmanias e leishmanioses próprias da América do Sul, demonstrando não só as proposições favoráveis à ideia como também os conflitos internos no campo da medicina tropical, num momento em que os protocolos de pesquisa dessa então jovem especialidade médica estavam sendo feitos, testados e validados simultaneamente.

## Do botão do Oriente e calazar às leishmanioses: protozoários, colonialismo e medicina tropical

O início do processo de construção de conhecimento médico sobre as manifestações clínicas das leishmanioses esteve intrinsecamente associado à intensificação das atividades comerciais e/ou colonialistas europeias durante os séculos XVIII e XIX [3]. Segundo o Robert Killick-Kendrick, um dos mais comuns *souvenirs* para aqueles que visitassem as regiões da Ásia e do norte da África, naquele momento, era o seu retorno à Europa com úlceras cutâneas que, geralmente, eram designadas conforme o lugar em que foram adquiridas, ou por outros nomes com referências a aspectos de sua natureza clínica, como seu tempo de cura espontânea e/ou a época do ano da sua maior incidência em determinadas regiões endêmicas do globo terrestre [4].

De acordo com Alphonse Laveran, a despeito de úlceras cutâneas terem sido descritas, pela primeira vez e de “forma sumária”, como *mal of Aleppo*, em 1756, por Alexander Russell (1714 – 1768) na Síria, foi somente a partir de 1844, em função de epidemias ocorridas durante as batalhas de conquista do exército francês no sul da Argélia, que essas manifestações mórbidas passaram a ser vistas como um problema real do ponto de vista da ocupação do território colonial e começaram a ser estudadas por médicos e pesquisadores associados ao projeto colonialista francês. Gerava-se assim, a primeira produção sistemática de conhecimento clínico europeu sobre essas manifestações cutâneas [1].

A denominação de *Oriental sore – bouton d’Orient*, em francês – foi sugerida, em 1876, pelos pesquisadores britânicos William Tilbury Fox (1836 – 1879) e T. Farquar por ocasião de uma expedição à Índia, território colonial inglês [6]. Nesse período, sob o paradigma miasmático, essas úlceras eram, geralmente, entendidas como “uma forma de ectima característico”, atribuída “às condições meteorológicas ou à má qualidade da água potável” [1] e consideradas um grave empecilho para vida europeia em determinadas regiões coloniais. De acordo com Patrick Manson (1844- 1922), na cidade de Bagdá, mesmo em uma estadia de poucos dias, era praticamente impossível escapar do ataque do botão do Oriente, enquanto que, na cidade de Deli, de 40 a 70% da população europeia residente nessa localidade já a havia contraído [7].

Em outro pólo, pensada como uma moléstia completamente distinta, sem nenhuma relação de unidade com as úlceras cutâneas conhecidas como botão do Oriente, descritas acima, o calazar também conhecido como *black fever* ou febre Dum-Dum preocupava as autoridades coloniais inglesas devido aos seus altos índices de letalidade em decorrência de suas manifestações viscerais, e era caracterizado como “uma doença mal definida e muito mortal prevalente nos últimos anos em Assam” [7], localidade endêmica na qual foi descrita pela primeira vez em 1882, na Índia. Neste momento, essa manifestação patogénica era entendida como uma grave “for-

ma de paludismo [malária]”, que, por muito tempo, havia ficado restrita às regiões montanhosas deste país [1].

Devido a seus distintos quadros e cursos clínicos, Patrick Manson nas três primeiras edições do seu manual *Tropical Diseases – A manual of diseases of Warm Climate* (1898; 1900; 1906) alocou essas duas moléstias em grupos de doenças separados. Enquanto o calazar era apresentado na sessão destinada às “febres”, o botão do Oriente foi enquadrado no tópico destinado às “doenças granulomatosas infecciosas”, demonstrando a total ausência de identidade entre essas doenças, mesmo nos anos iniciais do século XX [8].

No ano de 1903, em processos completamente distintos, foram identificados tanto o protozoário responsável pelo botão do Oriente quanto o do calazar. Primeiro, o pesquisador norte-americano James Homer Wright (1869 – 1928) encontrou parasitas em tecidos de úlceras de uma criança armênia diagnosticada com botão de Aleppo e propôs denominá-lo *Helcosoma tropicum*. Na Inglaterra, o médico escocês Willian Boog Leishman (1865 – 1926) identificou durante uma autópsia de tecidos do fígado de um soldado inglês que havia morrido de calazar, corpúsculos ovais que acreditava representar o seu agente patogênico. Contudo, mesmo após seus estudos, ainda pairava uma dúvida sobre a natureza desse agente etiológico, não se sabia ao certo se esses organismos eram esporozoários ou protozoários. Dois meses mais tarde, o pesquisador inglês Charles Donovan (1863 – 1951) descreveu parasitas semelhantes aos encontrados por Leishman e comprovou que esses eram protozoários patogênicos responsáveis pelo calazar. O pesquisador inglês Ronald Ross (1857 – 1932), que já havia estudado essa doença e acreditava se tratar de uma infecção secundária associada à malária propôs que fosse criado um novo gênero de protozoários, chamando *Leishmania*, para enquadrar o protozoário encontrado por Willian Leishman e Charles Donovan [9].

Dessa forma, ficou estabelecido, em 1903, que o botão do Oriente era causado por um protozoário denominado *Helcosoma tropicum* enquanto que o calazar, antes considerado uma manifestação patogênica associada à malária, passou a ser entendido como uma doença particularizada que tinha como seu agente causal um protozoário denominado *Leishmania-Donovani*.

Foi somente no ano seguinte, em 1904, que começou a ser desenhada a aproximação entre essas duas moléstias. De início, o próprio William Leishman publicou um novo artigo no qual afirmava que o micro-organismo visto por ele e Donovan era similar ao identificado por James Wright no botão do Oriente, mas que a exata relação entre essas duas doenças ainda permanecia incerta [9].

Dentre as muitas propostas advindas nos anos seguintes para a denominação e a classificação desses micro-organismos, ganhou a do pesquisador alemão Max Lühe (1870 – 1916) que, em 1906, propôs renomear o agente etiológico do botão do Oriente para *Leishmania tropica* e assim criar o grupo de doenças denominado leishmanioses [10].

Foi nesse processo relatado acima que duas doenças já conhecidas e consideradas absolutamente distintas tiveram sua relação de identidade construída no início do século XX, através da similaridade observada entre seus agentes patogênicos, caso exemplificador da maneira pela qual o conhecimento médico era construído e concebido no protocolo pasteuriano. A partir de então as leishmanioses se tornaram uma grande questão para os praticantes da medicina tropical. Como protozoários morfologicamente idênticos poderiam causar doenças absolutamente distintas? Essas diferenças estariam relacionadas a diferentes ciclos biológicos no interior de seu hospedeiro intermediário? Aliás, existiria um hospedeiro intermediário? Se sim, seriam mosquitos, moscas, lagartixas ou percevejos? E os diferentes climas e ambientes em que essas doenças se encontravam? Teriam alguma relação com as distintas manifestações? Essas eram algumas das principais questões que norteavam as pesquisas sobre as leishmanioses neste momento.

### **Uma doença americana? Os debates sobre a individualização do patógeno e da doença no continente americano**

Como se ainda não houvesse bastantes contradições e dissensos nos estudos sobre esse novo grupo de moléstias, a partir da década de 1910 um grupo de pesquisadores sul-americanos e europeus atuantes, sobretudo, no Brasil e no Peru, começou a advogar a necessidade da individualização das manifestações e dos protozoários patogênicos das leishmanioses encontradas na América do Sul. O pesquisador italiano Antonio Carini (1872 – 1950), diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, foi o primeiro a relatar no periódico francês *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* a existência de úlceras mucosas, sobre o nariz e a boca, com aparências e cursos clínicos radicalmente diferenciados das tradicionais manifestações do botão do Oriente. Em seu artigo de 1911, Carini afirmou ter observado diversos casos de manifestações mucosas de leishmanioses no estado de São Paulo e que apesar de não ter encontrado, mantinha a suspeita da existência de um protozoário específico responsável por esse tipo de leishmaniose [11].

Ainda de acordo com esse pesquisador, as manifestações de mucosas apareciam, quase sempre, em indivíduos que já haviam sido acometidos por úlceras cutâneas, com características clássicas do botão do Oriente, em outras partes do corpo. Porém, em outras ocasiões, essas manifestações se iniciavam na parte de trás da boca, não permitindo interpretá-las como uma propagação por continuidade e nem parecendo ser fruto de processos de autoinoculações por transporte de materiais virulentos das úlceras cutâneas originais [11].

O diretor do Instituto Pasteur de São Paulo ainda acreditava que a localização de *Leishmania* nas cavidades mucosas

também se apresentava em outros países nos quais a forma cutânea era endêmica. E, que, se até então, não haviam sido relatadas, isso se devia aos frequentes erros de diagnóstico clínico, que levavam à confusão entre essas manifestações mucosas de *Leishmania* e doenças como a sífilis, a tuberculose, a blastomicose e a boubá [11].

No Peru, dois meses após a publicação de Carini, Edmundo Escomel (1880 – 1959), cientista desse país andino publicou um artigo intitulado “*La espundia*” no periódico científico francês. Relatando ter observado diversos casos de uma moléstia crônica, caracterizada por ulcerações granulosas, com diversos anos de duração, encontradas, sobretudo, próximas às florestas de “vegetação exuberante, temperatura quente e grande umidade” da zona central do Peru, esse pesquisador descreveu, de forma sumária, alguns casos observados dessas úlceras popularmente conhecidas pelo nome do título de seu artigo [12].

Apesar de ter tentado identificá-las às doenças já conhecidas em seu país de origem, Escomel chegou à conclusão de que as diferenças entre essas moléstias e a manifestação mórbida denominada *espundia* eram muito grandes. Descreveu-a, então, afirmando que “a *espundia* é uma doença crônica, granulosa, que existe dentro de algumas florestas do Peru e da Bolívia e, provavelmente, em outros países da América do Sul”. Concluiu seu artigo dizendo que o seu agente patogênico e o seu tratamento ainda eram desconhecidos e deixou em aberto as questões etiológicas dessa moléstia para definição em trabalhos posteriores [12].

Em outubro desse mesmo ano, o jovem pesquisador paraense Gaspar Vianna (1885 – 1914), recém-contratado pelo Instituto Oswaldo Cruz, publicou no periódico científico *Brazil-Médico* uma nota preliminar relatando que, ao analisar amostras de tecidos de um paciente de São João do Além Paraíba, Minas Gerais, internado na 3ª enfermagem do Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro e que não apresentava os sinais clássicos de leishmaniose, identificou protozoários “com a forma d’um ovoide”, “núcleo localizado um pouco acima da parte mediana” que julgava pertencer ao gênero *Leishmania*. Mas, devido à presença de um filamento “talvez rudimento de flagelo, não observado até hoje”, julgava que esse parasita poderia “ser considerado como uma nova espécie” desse gênero [13].

De acordo com Gaspar Vianna, esse filamento encontrado caracterizaria “de um modo nítido” o novo protozoário que seria o responsável pela existência de modalidades anômalas de leishmaniose no Brasil. O pesquisador de Manguinhos batizou esse protozoário de *Leishmania brazilienses* e concluiu sua breve nota preliminar afirmando estar “aguardando estudos posteriores para sua minuciosa descrição morfológica e biológica” [13].

Portanto, em finais de 1911, existiam três diferentes relatos de úlceras de mucosas e de pele advindos da América do Sul. Em São Paulo, Carini suspeitava da existência de um patógeno diferenciado, que não havia encontrado, no Peru, Escomel narrava ter observado casos de uma moléstia de

pele ulcerosa, que apesar de suas indefinições, tinha relações com regiões de floresta e no Rio de Janeiro Vianna defendia a hipótese de ter encontrado um protozoário diferenciado do gênero *Leishmania*, num caso “anômalo” dessa doença.

Essa nova espécie de *Leishmania* proposta por Gaspar Vianna, no entanto, foi recebida com bastante precaução nos principais fóruns médicos nacionais e estrangeiros nesse momento. No início da década de 1910, uma grande parte dos pesquisadores interessados na problemática das leishmanioses suspeitava sim da existência de um ou mais protozoários diferenciados e próprios de determinadas regiões da América do Sul. Contudo a distinção proposta por Gaspar Vianna não conseguiria, de imediato, uma total adesão para servir como justificativa para essa diferenciação. O principal da proposta de distinção das manifestações de leishmanioses na América se encontrava na doença – ou melhor, nos seus diferentes cursos clínicos – e não nos patógenos – morfológicamente considerados idênticos.

No ano seguinte, Alphonse Laveran e Louis Nattan-Larrier publicaram dois artigos no *BSPE* sugerindo “contribuições” ao estudo da *espundia*. Na primeira oportunidade, em março de 1912, relatando terem recebido de Edmundo Escomel materiais como um pedaço de mucosa do palato duro de um paciente que convivía com a *espundia* há 15 anos e esfregaços feitos sobre ulcerações de doentes peruanos, esses pesquisadores franceses afirmaram ter localizado protozoários do gênero *Leishmania* “com uma grande analogia com a *L. tropica*, mas apresentando uma particularidade que nos pareceu interessante.” [14].

De acordo com esses cientistas, apesar da semelhança morfológica entre esses protozoários, àqueles que foram localizados nos materiais enviados por Escomel apresentavam comportamento e dimensões ligeiramente diferenciados. Entretanto, na conclusão desse artigo, modestamente, afirmaram que “as observações relatadas nesta nota, tendem a demonstrar que a *espundia*, como bem descrita por nosso colega Dr. Escomel, tem por um agente uma *Leishmania* como a boubá estudada por Bueno de Miranda, Splendore e Carini.” [14].

Quatro meses mais tarde, esses dois pesquisadores franceses publicaram sua segunda “contribuição” aos estudos da *espundia*. Nesta nova oportunidade, analisando novos materiais enviados por Escomel, esses pesquisadores anunciavam ainda em seu primeiro parágrafo que os protozoários do gênero *Leishmania* encontradas nesses tecidos se diferenciavam um pouco da *L. tropica* e da *L. donovani*, pois tanto as suas dimensões como o seu comportamento em cultura variavam quando comparados às leishmanias já conhecidas. Contudo, na parte final do seu artigo, relatavam que Charles Wenyon, pesquisador inglês e professor da Escola de Medicina Tropical de Londres, havia encontrado os mesmos supostos sinais diferenciais das leishmanias sul-americanas em protozoários do botão do Oriente em Bagdá, derrubando, desta forma, as supostas particularidades do patógeno americano.

Assim, Laveran e Nattan-Larrier ponderaram:

*O estudo da Leishmania americana é muito recente para que possamos concluir sobre as diferenças morfológicas existentes entre essa Leishmania e a L. tropica, mas as diferenças que existem do ponto de vista clínico, entre essa leishmaniose (boubas ou espúndia) e o botão do Oriente são inegavelmente evidentes; então mesmo que não possamos observar nenhuma diferença morfológica apreciável entre a Leishmania americana e a L. tropica, é necessário distinguir estes parasitas assim como se distingue a L. Donovanii da L. tropica, mesmo que essas duas leishmanias apresentem do ponto de vista morfológico grande semelhança [15].*

Mesmo com as pesquisas em curso invalidando os sinais diferenciais do protozoário americano, conforme proposto por Laveran e Nattan-Larrier, foi continuada a defesa da distinção entre essas leishmanias em razão dos diferentes quadros clínicos. É interessante observar que o mesmo argumento utilizado para diferenciar a *L. donovani* da *L. tropica* foi extrapolado para a *Leishmania americana*, ou seja, a defesa da individualização do patógeno devido a seus distintos quadros e cursos clínicos. Por fim, os pesquisadores da *Société de Pathologie Exotique* propuseram abandonar de vez as antigas denominações e designar como leishmaniose americana e *Leishmania tropica var. americana*, respectivamente, a doença e o protozoário encontrados na região sul-americana [15].

A partir desse ano, Alphonse Laveran entraria de vez para os debates relacionados à existência de modalidades de leishmanioses específicas da América do sul. Nos seus artigos, o presidente da *Société de Pathologie Exotique* passou a defender a dupla ideia de identidade entre as diferentes manifestações de leishmaniose encontradas na região sul-americana e de sua individualização quando comparadas aos quadros do botão do Oriente e calazar, ao mesmo tempo em que reclamava para si e para Nattan-Larrier o mérito de terem identificado um protozoário, muito próximo a *L. tropica*, que seria o responsável pela existência da leishmaniose na região americana.

A ampla visibilidade do BSPE nos principais fóruns médicos europeus e americanos garantiu a presença da *Leishmania tropica var. americana* nos artigos publicados *a posteriori* sobre essa temática no periódico francês. Contudo, como observado acima, os estudos realizados sobre essa moléstia por Laveran e Nattan-Larrier partiam exclusivamente das amostras e materiais enviados por Escobel, do Peru à França e, de toda forma, esses pesquisadores ainda não haviam encontrado nenhum sinal de distinção morfológica que servisse de parâmetro para a particularização desse protozoário. Nesse momento, os trabalhos executados por Gaspar Vianna no Brasil não entraram no debate internacional sobre o agente etiológico dessa moléstia. Isso só viria a ocorrer a partir de 1915, em outro artigo de Laveran, como demonstrarei adiante.

No Rio de Janeiro, em 1914, Gaspar Vianna publicou um novo

artigo sobre a *Leishmania braziliensis*, dessa vez, no periódico científico *Memórias do IOC*. Nesta oportunidade, o cientista de Manguinhos dissertou sobre novas observações que havia realizado durante sua estadia em São Paulo, nas quais teve “a oportunidade de ver animais [cachorros] infetados espontaneamente por *Leishmania braziliensis*”, estudar o seu comportamento e estabelecer comparações com o *T. Cruzi* destacando, sobretudo, a mobilidade dessa espécie de *Leishmania* no organismo do hospedeiro final, o que o levou a acreditar “na evolução do parasita a distância do ponto ulcerado e mais, em lesões vasculares por ele produzidas” [16].

Esse foi, porém, o último artigo escrito sobre a *L. braziliensis* por esse cientista. Nesse mesmo ano, Gaspar Vianna morreu aos 29 anos, tragicamente, vítima de tuberculose que, acidentalmente, havia contraído durante a realização de uma autópsia. Nessa ocasião, o líquido presente, sob pressão, na caixa torácica do corpo examinado jorrou sobre seu rosto e sua boca que estavam sem proteções apropriadas. Poucos dias após esse acidente, apareceram os primeiros sinais de uma tuberculose aguda e, em menos de dois meses, Gaspar Vianna foi a óbito, dando fim às suas pesquisas sobre as leishmanioses e a *L. braziliensis*.

No ano seguinte, Alphonse Laveran escreveu um extenso artigo no BSPE intitulado “*Leishmaniose américaine de peul et muqueuses*”. Nessa oportunidade, ao realizar um longo levantamento bibliográfico sobre o que estava sendo produzido acerca destas modalidades americanas de leishmaniose, esse pesquisador buscou dialogar não só com os trabalhos realizados pelos centros de pesquisa europeus, mas também com aqueles produzidos por autores sul-americanos, o que o levou a abordar, pela primeira vez, as conclusões de Gaspar Vianna sobre a *Leishmania braziliensis* nos seus trabalhos.

Defendendo, novamente, a dupla ideia de identidade entre as diferentes manifestações de leishmaniose encontradas na região sul-americana e de sua individualização quando comparadas aos quadros clínicos do botão do Oriente, Alphonse Laveran iniciou seu artigo mapeando as suas áreas endêmicas e dissertando sobre suas relações de identidade nesse continente:

*Não há dúvidas que a leishmaniose americana seja frequentemente englobada como outras doenças sob os nomes de buba ou boubas, de botão da Bahia e úlcera de Bauru no Brasil; sob o nome de uta e espúndia no Peru; de pian-bois na Guiana Francesa; de forest yaws na Guiana Inglesa e de boschyaws na Guiana Holandesa [17].*

Quanto à questão do seu agente patológico, ainda através de exames realizados nos parasitas encontrados em lesões de doentes de *espúndia*, Laveran assinalou que, diferente do *L. tropica*, cujo núcleo apresentava-se ordinariamente arredondado ou ovular, esses parasitas da região americana tinham núcleos “*alongados e achatados ao longo da parede [celular]*”. Contudo, mesmo assim, afirmou que as pesquisas que estavam sendo realizadas nesse sentido demonstravam que essa característica não era nem constante nem exclusiva desse

parasita americano, não servindo, portanto, como um sinal diferencial de uma nova espécie de *Leishmania* [17]. Dessa forma, do ponto de vista morfológico, Alphonse Laveran continuava a afirmar que não via diferenças notáveis entre essas espécies de patógenos. Mas argumentava que isso não significava afirmar que eram idênticas, pois:

*A Leishmania donovani tem os mesmos caracteres morfológicos que a L. tropical e, entretanto, há um acordo em reconhecer que trata-se de duas espécies diferentes, porque as características biológicas das duas espécies são bem diferentes, a primeira dá origem ao calazar e a segunda ao botão do Oriente. É também com base na ação patogênica do parasita, sobre os sintomas e as lesões anatómicas que ele determina frequentemente em particular ao lado das mucosas nasais, bucais e de faringe, que propomos sr. Nattan-Larrier e eu, em fazer, não uma espécie distinta, mais uma variedade da leishmania do botão do Oriente, sob o nome de L. tropica var. americana [17].*

Como podemos observar na citação acima, mais uma vez, Alphonse Laveran se utilizou dos mesmos argumentos postos para diferenciar a *L. donovani* da *L. tropica*, para defender também a especificidade do protozoário encontrado na América do Sul, e, mesmo não defendendo enfaticamente a criação de uma nova espécie de *Leishmania* para abrigar a *Leishmania tropica* var. *americana*, o presidente da *Société de Pathologie Exotique* defendia a particularização desse agente etiológico por considerar se tratar, ao menos, de uma variação do agente causal do botão do Oriente. Além disso, continuava a reclamar para si e para Nattan-Larrier o mérito de tê-la identificado.

Em seguida, nesse trabalho, Alphonse Laveran estabeleceu um rápido debate com os trabalhos que foram produzidos por Gaspar Vianna no Brasil. Ao citar as conclusões do cientista brasileiro no sentido de demonstrar as diferenças encontradas entre a *L. tropica* e a *L. braziliensis*, Laveran atém-se ao filamento, qualificado por Vianna como sinal diferencial desses parasitas, para desqualificar seus argumentos, afirmando que “o filamento assinalado por Vianna parece corresponder ao rizoplasto já observado por diferentes autores”. E, por isso, a *L. braziliensis* não poderia ser considerada como uma nova espécie de *Leishmania* como bem queria Gaspar Vianna [17].

Entretanto, apesar de desqualificadas, as conclusões de Vianna não são simplesmente abandonadas para dar lugar àquelas pretendidas pelo pesquisador francês. No ano seguinte à publicação de Laveran, dois pesquisadores sul-americanos escreveram novos artigos no *BSPE*, temporalmente próximos, que tinham por objetivo propor classificações para as diferentes modalidades de leishmanioses conhecidas e, em especial, as americanas. E, em um deles, proposto por um pesquisador brasileiro, a *Leishmania braziliensis* estava presente e ocupava um considerável espaço.

No primeiro artigo de 1916, “*Contribution à l'étude de la Leishmaniose américaine (Laveran et Nattan-Larrier). Formes et variétés*

*cliniques*”, Edmundo Escobel deu continuidade ao seu interesse pela *espundia* e, dialogando com o estudo realizado por Laveran, realizou uma classificação clínica das diferentes modalidades de leishmanioses encontradas na região sul-americana, subdividindo-as em manifestações cutâneas, mucosas e suas respectivas variações. Nesse artigo, o autor peruano descreveu cada uma de suas formas clínicas, demarcando suas áreas de prevalência e, assim como Laveran já havia feito, militou no sentido de afirmar que, mesmo não sendo encontrados patógenos diferenciados, a leishmaniose americana deveria ser considerada, ao menos, uma variação do botão do Oriente, por suas diferentes manifestações mórbidas [18].

Os outros dois artigos publicados em 1916, no *BSPE* sobre classificações de leishmanioses são de autoria de Alfredo Da Matta (1870 – 1954), cientista baiano, residente em Manaus, no Amazonas, e também sócio corresponde da *Société de Pathologie Exotique*. Na primeira ocasião, em “*Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses*”, Da Matta afirmou que as leishmanioses despertavam um grande interesse científico devido ao polimorfismo de suas manifestações patógenas. Por isso nesse trabalho se propôs a realizar uma abrangente classificação, dividindo as manifestações de leishmanioses conhecidas em cinco agentes etiológicos com quatro quadros clínicos diferentes [19].

Destinando um importante espaço a *L. braziliensis*, denominando o grupo de leishmanioses presentes na América do Sul como tegumentares e ilustrando seu trabalho com fotos das diferentes manifestações mórbidas dessas doenças, esse pesquisador descreveu detalhadamente a evolução de suas formas clínicas, atribuindo, a cada uma dessas, determinado agente etiológico. De acordo com a classificação proposta por Da Matta, além da *L. braziliensis*, que poderia causar tanto as modalidades cutâneas ulcerosas e não ulcerosas, quanto as mucocutâneas, as outras formas de manifestações clínicas dessa moléstia encontradas na América do Sul também poderiam ser ocasionadas pela *L. nilótica* e pela *L. furunculosa*. Ainda de acordo com Da Matta, a *L. tropica* var. *americana*, proposta por Laveran & Nattan-Larrier (1912) era identificada apenas a *L. braziliensis* em suas manifestações cutâneas ulcerosas, popularmente conhecidos como *espunja* [19].

Devido às divergências das conclusões de Alfredo Da Matta com os trabalhos por Alphonse Laveran, o editor deste periódico, e a proximidade temporal com que os artigos do pesquisador brasileiro e o do peruano foram publicados com objetivos semelhantes e diferentes conclusões, acredito que seja interessante reproduzir, na íntegra, o parecer dado pelo presidente dessa sociedade no final deste artigo:

*Eu acredito que deveria lembrar, em ocasião do interessante trabalho do Sr. Dr. A. Da Matta, que nos recebemos este ano um trabalho do nosso colega Sr. Dr. Escobel sobre a leishmaniose americana, suas formas e variedade, que foi publicado no Bulletin do 12 de abril de 1916. Este número do nosso Bulletin provável ainda não tinha chegado a Manaus (Amazonas) quando*



Sr. Dr. A. Da Matta redigiu seu trabalho sobre o mesmo tema, isso explica porque ele não citou.

Sr. Dr. A. Da Matta designou a *Leishmania* do botão do Oriente sob o nome de *Leishmania furunculosa* Firth no lugar de *L. tropica* Wright. É verdade, que em 1891, Frith descreveu sob o nome de *Sporozoa furunculosa* um parasita do botão do Oriente, mas a descrição desta *Leishmania* em questão nos pareceu muito mal informada. Ao contrário, com o trabalho de Wright, toda a hesitação desapareceu, é impossível ignorar o parasita da excelente descrição e das fotografias que é apresentado sob o nome de *Helcosoma tropicum*. Eu acredito, então, que esta é a razão para que a maioria dos observadores denomine o parasita do botão do Oriente com o nome de *L. tropica* [19].

Este artigo de Alfredo Da Matta é bastante significativo do ponto de vista da trajetória de pesquisa sobre as modalidades americanas de leishmanioses e nos permite uma multiplicidade de análises que, devido aos limites deste trabalho não serão exploradas à exaustão. Entretanto é preciso destacar que se até então a discussão se pautava pela existência ou não de um patógeno americano, Da Matta propôs a existência não de um, mas de três agentes patogênicos próprios da região sul-americana e expôs fotografias para designar cada um destes quadros clínicos. Ainda neste mesmo ano, Da Matta publicou um novo e sucinto artigo, fazendo referências ao trabalho de Escomel e, talvez para não criar novos atritos com Laveran, suspendeu as correlações entre quadro clínicos e agentes patogênicos em sua segunda tabela classificatória [20].

No ano seguinte, em 1917, Alphonse Laveran lançou um livro intitulado “*Leishmaniose. Kala-azar, Bouton d’Orient, Leishmania Americana*”, do qual a epígrafe deste artigo foi retirada. Nesta nova oportunidade, Laveran reproduziu, praticamente, parágrafo por parágrafo o texto do seu artigo de 1915. Contudo, realizou algumas alterações significativas que chamaram a atenção devido às suas relações com os trabalhos e conclusões de Alfredo Da Matta no ano anterior.

Além de utilizar as fotografias do trabalho de Da Matta para ilustrar os diferentes quadros clínicos das leishmanioses americanas, Alphonse Laveran também adotou as nomenclaturas propostas pelo pesquisador sul-americano para designá-las. Ainda assim, a alteração mais significativa na maneira pela qual esse pesquisador francês compreendia as leishmanioses estava relacionada, neste livro, aos agentes patogênicos. Diferente do artigo de 1915, ao propor a denominação *L. tropica* var. *americana* para designar o protozoário da América do Sul, Laveran acrescentou o seguinte parágrafo:

Essa opinião não é unânime; alguns autores consideram a *Leishmania americana* como idêntica a *L. tropica*; outros demarcam uma espécie bem distinta, sob o nome de *L. braziliensis*; outros ainda admitem que as leishmanioses da América podem ser causadas tanto pela *L. tropica* quanto pela *L. braziliensis* [1].

Diferente do seu artigo, cujo Laveran postulava que as leish-

manioses encontradas no continente sul-americano eram ocasionadas por um protozoário semelhante ou vizinho da *L. tropica*, que denominou *L. tropica* var. *americana*, o presidente da SPE, pela primeira vez, assumiu a possibilidade de que essas manifestações americanas fossem ocasionadas tanto pela *L. tropica* quanto pela *L. braziliensis*. É interessante notar, que foi somente a partir de 1916, com os trabalhos desenvolvidos por Da Matta na região amazônica que a proposta do pesquisador Gaspar Vianna (já falecido neste momento) ganhou nova força e reconhecimento no debate internacional sobre a construção de conhecimento sobre esse grupo de moléstia.

Ainda assim, apesar de ter entrado com nova força, após os trabalhos de Da Matta, no debate internacional sobre as leishmanioses a proposição da existência da *L. braziliensis*, ainda não havia sido validado pelos principais centros produtores de conhecimento científico neste momento. Estes processos aceitação e validação da *L. braziliensis*, como uma espécie de *Leishmania* americana, se deram ao longo das décadas de 1920 e 1930 em circunstâncias que ainda não me parecem muito claras. Entretanto, como abordei no início deste artigo, Gaspar Vianna é, atualmente, visto e cultuado por grande parte dos pesquisadores interessados nas leishmanioses como um grande sábio do passado, que, mesmo em condições adversas, conseguiu distinguir completamente e sem dúvidas a *L. braziliensis* da *L. tropica*, em um processo no qual, sem a devida contextualização, suprimisse os erros e os caminhos tortuosos para dar lugar à exaltação deste homem à frente de seu tempo.

## Considerações finais

Conforme observado acima, a construção de conhecimento sobre as leishmanioses no início do século XX desempenhou um significativo papel no processo de institucionalização da medicina tropical, enquanto um campo de pesquisa autônomo à microbiologia. Mobilizando médicos de diferentes regiões geográficas e criando interseções de pesquisa, esse grupo de doenças, envolto em uma longa controvérsia científica, possibilitou uma ampla circulação de conhecimentos entre pesquisadores da América do Sul e da Europa que se empenhavam na tarefa de entender os motivos pelos quais protozoários morfologicamente idênticos poderiam ocasionar manifestações clínicas tão díspares entre si, nos termos, práticas e protocolos da medicina tropical.

A referida controvérsia não se limitou apenas ao momento e nem aos temas de pesquisa retratados neste artigo. Pelo contrário, na década de 1920, e nas subseqüentes, as investigações sobre as leishmanioses continuaram a discutir assuntos caros à sua compreensão, como os seus modos de transmissão, que ocupariam grande parte da agenda dos pesquisadores interessados no campo da medicina tropical.

Entretanto, ao destacar os temas e momentos de pesquisa aqui

abordados, ficou claro, tal como sugerido por Shapin e Schaffer [21], que as controvérsias científicas se constituem como momentos especialmente fecundos para analisarmos sócio-cognitivamente a produção dos enunciados científicos, tornando visíveis as diferentes proposições, seus propositores e os processos de construção e circulação do conhecimento científico existentes neste momento, que após a sua padronização, são suprimidos para dar lugar, nos manuais médicos, a um conhecimento pretensiosamente natural, objetivo, neutro e universal, que teria sido construído através dos avanços científicos retilíneos e extraordinários (e sem espaços para erros), protagonizados por homens à frente do seu tempo que conseguiram enxergar a verdade por trás dos factos e da ignorância reinante.

Em 1922, com a identificação de diferentes espécies de flebotomíneos responsáveis pela transmissão das leishmanioses na América do Sul pelo pesquisador Henrique Aragão (1879 – 1956) do Instituto Oswaldo Cruz ganhou mais

força a ideia de modalidades americanas de leishmanioses [22]. No entanto, seria somente na década de 1960 que pesquisadores – ainda interessados em encontrar algum sinal diferencial entre esses protozoários – conseguiriam uma maneira de distinguir leishmanias através de complexas técnicas de separação molecular, inaugurando uma nova agenda de pesquisa que foi responsável por identificar, até aos dias atuais, 22 espécies de leishmanias patogénicas ao homem.

## Agradecimentos

Esse artigo está vinculado ao projeto de pesquisa *História das Leishmanioses (1903-2015): significados, enfrentamento e desafios de uma doença tropical que se tornou risco global* que conta com financiamento do CNPq, através da chamada CNPq/Fiocruz/COC/Nº 04/2015 – PROEP COC.

## Bibliografia

- Laveran A (1917). Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Americaine. Manson et Cie. Editora, Paris, França.
- Gavroglu K (2007). O passado das ciências como história. Porto editora, Porto, Portugal.
- Arnold, D. Diseases, medicine and Empire, In: Arnold, D. (org.) (1996). Imperial medicine and indigenous societies. Manchester University Press, Manchester, New York, Estados Unidos.
- Killick-Kendrick, R (2010). Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. Wellcome History. Vol. 43, Londres, Inglaterra.
- Russell, A (1756). The Natural History of Aleppo and parts. Capítulo IV. Mal of Aleppo. Londres, Inglaterra.
- Fox, W, Farquar, T. (1876) On certain endemic skin and other diseases of India. Londres, Inglaterra.
- Manson, P. (1898.) Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climate. 1. Ed. Londres, Inglaterra
- Manson, P. (1906) Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climate. 3. Ed. Londres, Inglaterra
- Grove, D. (2014) Tapeworms, Lice, and Prions: A Compendium of Unpleasant Infections. Oxford, Londres, Inglaterra
- Jacobson, R. (2003) Leishmania tropica (Kinetoplastida: Trypanosomatidae) – a perplexing parasite. Folia parasitológica. N. 50, Republica Checa
- Carini, A. (1911) Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 4, n.5 Paris, França
- Escomel E. (1911) La espundia. Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 4, n.7, Paris, França
- Vianna G. (1911) Sobre uma nova espécie da Leishmania. Brazil Médico, Ano 25, Rio de Janeiro, Brasil
- Laveran A, Nattan-LARRIER. L. (1912) Contribution à l'étude de la espundia. Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 5, n.6, Paris, França
- LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER. L. (1912) Contribution à l'étude de la espundia (Deuxième note). Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 5, n.3, Paris, França
- VIANNA, G. (1912) Parasitismo da célula muscular lisa pela <Leishmania Braziliensis>. Memórias do IOC, vol.3, n, 2, Rio de Janeiro, Brasil
- LAVERAN, A. (1915) Leishmaniose américaine de la peau et des muqueuses. Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 8, n. 6, Paris, França
- ESCOMEL, E. (1916) Contribution à l'étude de la leishmaniose américaine (Laveran et Nattan-LARRIER). Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 9, n.4, Paris, França
- DA MATTA, A. (1916) Sur les leishmanioses tégumentaires. Classification générale des leishmanioses. Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 9, n.7, Paris, França
- DA MATTA, A. (1916b) Tableau synoptique de la classification des leishmanioses. Bulletin de la Société Pathologie Exotique. vol. 9, n.10 Paris, França
- Shapin S, Schaffer S. El leviathan y la bomba de vacío. (2005) Hobbes, Boyle y la vida experimental. Universidad Nacional de Quilmes Ed, Buenos Aires, Argentina.
- Aragão H. de. (1922) Transmissão da leishmaniose no Brasil pelo *phlebotomus intermedius*. Memórias do IOC. Ano 36, vol. 1, Rio de Janeiro, Brasil.

# A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo. Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969)

*The Rockefeller Foundation and tropical medicine in São Paulo. Circuits, networks and characters of medical parasitology, microbiology and pathological anatomy (1918-1969)*

---

**Maria Gabriela S.M.C. Marinho**

Professora da Universidade Federal do ABC (UFABC); vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Sociais (PCHS-UFABC)  
gabriela.marinho@ufabc.edu.br

## Resumo

Os acordos assinados entre a *Fundação Rockefeller* e a Faculdade de Medicina de São Paulo para criação da Cadeira de Higiene, transformada sucessivamente em Departamento de Higiene, em 1918, e Instituto de Higiene, em 1925, asseguraram a constituição de um circuito de produção científica em torno da Parasitologia Médica, Microbiologia e Anatomia Patológica, distinto das práticas anteriores desenvolvidas em São Paulo em relação à disponibilidade de financiamentos vinculação aos centros de pesquisa no exterior. Nessa perspectiva, o artigo pretende identificar e analisar aspectos do ambiente de pesquisa e das redes de intercâmbio que se constituíram a partir de tais acordos, assinalando tensões e cisões decorrentes das novas alianças instituídas.

### Palavras Chave:

Fundação Rockefeller, medicina colonial em São Paulo, história das práticas médicas, história da parasitologia, história da medicina tropical.

## Abstract

The agreements signed between the Rockefeller Foundation and the Faculty of Medicine of São Paulo for the creation of Hygiene Chair, transformed successively in the Department of Health in 1918 and Hygiene Institute in 1925 ensured the establishment of a scientific production circuit around the Medical Parasitology, Microbiology and Pathology, distinct from previous practices developed in São Paulo in relation to the availability of funds linking to research centers abroad. In this perspective, the article aims to identify and analyze aspects of the research environment and exchange networks that formed from such agreements, indicating tensions and divisions resulting from new established alliances.

### Key Words:

Rockefeller Foundation, colonial medicine in São Paulo, history of medical practice, history of parasitology, history of tropical medicine.

## De “medicina colonial” para “medicina tropical”: o “caso” de São Paulo

A presença da Fundação Rockefeller no Brasil tem sido estudada sob vários aspectos, entre os quais, o financiamento para implantação de atividades científicas associadas à pesquisa biomédica, às práticas médicas de assistência à saúde, além do apoio à institucionalização de outros saberes especializados em universidades e centros de pesquisa [1 a 17]. Nesse artigo, procuro argumentar que sua atuação em São Paulo, entre meados da década de 1920 até o final dos anos 1960, e a partir da Faculdade de Medicina, incidiu sobre o campo de atuação médica que no início do século XX era genericamente denominado “medicina colonial” e abrigava em seu interior um conjunto de práticas e saberes em torno principalmente da parasitologia. Por meio dessa linha de argumentação, considero que a presença da Fundação Rockefeller em São Paulo foi um dos fatores decisivos para alterar a configuração de tais práticas e saberes na direção do que se tornaria cada vez mais difundido nos círculos científicos internacionais como “medicina tropical” [18].

Nessa perspectiva, ganha relevo a criação, em 1959, do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo (IMTSP), inicialmente vinculado à própria Faculdade de Medicina (FMUSP) e, mais tarde, transformado em unidade de pesquisada Universidade de São Paulo. Alguns indicadores são relevantes dessa presença intensiva e chama a atenção o facto de que as principais lideranças que conduziram o processo de institucionalização desse campo de saber, na “chave” medicina tropical, estabeleceram vínculos com a *Fundação Rockefeller* na condição de bolsistas (*fellows*) que completaram sua formação nos Estados Unidos, ou na Europa, com recursos da agência. Alguns, além dos estágios no exterior, mantiveram-se vinculados, por meio de financiamentos regulares para laboratórios e programas de pesquisa.

O processo de intensa institucionalização da área, permeado pelos vínculos com a Fundação Rockefeller, pode ser acompanhado inicialmente pela formação do IMTSP, cuja composição do primeiro Conselho Deliberativo, principal instância decisória do novo instituto, foi integralmente formada por docentes que eram também bolsistas da *Fundação Rockefeller*, no caso, Carlos da Silva Lacaz, João Alves Meira e Dácio Franco do Amaral. Outro indicador elucidativo da intensidade desses vínculos pode ser assinalado pela criação, já em 1959, da *Revista do Instituto de Medicina Tropical*, publicação ainda em circulação.

Editada até 1964 por Luis Rey, seu idealizador, e a partir daí por Carlos da Silva Lacaz, que manteve essa posição até 1985, a revista começou a veicular artigos em inglês no começo dos anos 1960. Pouco depois de sua criação, as edições passaram a ser apoiadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a exemplo de três outras publicações relevantes da América Latina. Foram elas: *Acta Physiologica Latinoamericana*,

editada em Buenos Aires por Bernard A. Houssay, *Archivos Venezolanos de Nutrición*, sob a responsabilidade Werner G. Jaffe, de Caracas, e *Boletín Chileno de Parasitología*, publicado em Santiago do Chile, sob a coordenação de Amador Neghme. Note-se que todos os editores das revistas apoiadas pela OPAS foram bolsistas da *Fundação Rockefeller*. Bernard Houssay, prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia foi amplamente apoiado em suas pesquisas, assim como Werner G. Jaff e Amador Neghme.

Nesse mesmo contexto, e ainda em 1959, o IMT instituiu os cursos de especialização em Medicina Tropical, com oferta anual, e que se tornaram ao longo da década um polo de atração para médicos e sanitaristas da América do Sul. Em sua oferta inicial recebeu um venezuelano e a presença de peruanos, argentinos e chilenos cresceria nos anos subsequentes. Outro aspecto relevante desse processo de reconfiguração da área pode ser verificado pela criação, em 1962, da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, que passou a promover a realização dos Congressos Brasileiros de Medicina Tropical.

Concebida e instituída no ambiente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto (FMUSP-RP), a iniciativa teve entre seus idealizadores bolsistas da Fundação Rockefeller, como Mauro Pereira Barreto. Por outro lado, sob a condução de Zeferino Vaz, entre 1947 e 1952 a própria Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto havia sido concebida e implantada como o segundo grande investimento da Fundação no ensino médico em São Paulo. Parasitologista formado em 1931 na Faculdade de Medicina de São Paulo, onde ingressou como aluno em 1926 e começou no mesmo ano a atuar no laboratório dirigido por Lauro Travassos, a quem reconhece como o principal inspirador de sua carreira científica (VAZ, 1986), Zeferino foi uma das figuras mais relevantes na institucionalização do campo biomédico no estado.

Em São Paulo, atuou por cerca de quarenta anos, como diretor da Faculdade de Medicina Veterinária, depois idealizador e diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, ambas na Universidade de São Paulo, entre meados da década de 1930 e final dos anos 1950. Em 1965, assumiu a reitoria da Universidade de Campinas (Unicamp) que ajudou a conceber e implantar e onde ficou até 1978. Ao longo das quatro décadas de sua atuação institucional foi um dos mais atuantes parceiros da *Fundação Rockefeller* em São Paulo e a partir de 1964 um interlocutor permanente do regime militar instituído pelo golpe de 31 de março.

Desse modo, a análise aqui desenvolvida soma-se a estudos anteriores que apontam a presença da *Fundação Rockefeller* como parte de processos que se inscreveram em transformações profundas da sociedade brasileira e conduziram a construção de novas racionalidades, como apontado por Sérgio Buarque de Holanda e Gilberto Freyre [19, 20]. Considero, portanto, a atuação dessa agência como inserida no processo que em escala mundial disputava não só modelos de novas racionalidades médicas e científicas, mas tratava de afirmar a prevalência, preservação e reprodução de uma ordem social constituída por fundamentos ultraliberais associados ao *establishment* inter-

nacional em sua dimensão não apenas científica, mas também econômica, social e política.

A partir dessa perspectiva, o artigo recupera práticas e personagens anteriores aos acordos assinados entre a Fundação Rockefeller com a então Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSF) para criação do Laboratório de Higiene, depois Cadeira de Higiene, em seguida Departamento de Higiene e em 1925 Instituto de Higiene. Argumenta também que a atuação da Fundação Rockefeller na Faculdade de Medicina assegurou a constituição de um circuito de produção científica sistemática em torno da Parasitologia Médica, Microbiologia, Micologia Médica e Anatomia Patológica, cuja visibilidade passou a antagonizar com as práticas anteriores que eram desenvolvidas em São Paulo nos institutos públicos de pesquisa criados entre o final do século XIX e início do século XX, como o Bacteriológico, o Soroterápico, transformados depois, respectivamente, em Instituto Adolpho Lutz e Instituto Butantan. Entre os espaços de produção de conhecimento biomédico em São Paulo, no período, figurava ainda o Instituto Pasteur, instituído por particulares em 1903. A criação e trajetória inicial desse instituto em São Paulo colocam em evidência a força que localmente assumia as tradições de pesquisa oriundas da França, que se manifestavam pela ênfase na produção de conhecimentos em microbiologia e adesão aos princípios da chamada “revolução pastoriana”. De resto, a presença francesa em São Paulo não se restringia apenas aos círculos científicos, mas estendia-se a praticamente todas as esferas de circulação das elites locais.

A figura de Celestino Bourroul emerge como uma das personagens relevantes para a análise desse circuito de trocas científicas. Formado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1904, ali defendeu a tese Mosquitos do Brasil, que contou com a orientação de Adolpho Lutz. Em razão de seu desempenho, foi premiado com viagem de estudos para a Europa, onde permaneceu por cerca de dois anos, realizando estágios na Faculdade de Medicina e no Instituto Pasteur de Montpellier, no Instituto de Medicina Colonial na Faculdade de Medicina de Paris, em Berlim e Viena. De volta a São Paulo, alternou suas práticas entre o consultório e o laboratório que criou, tornando-se mais tarde professor e membro do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia. Ingressou como catedrático na Faculdade de Medicina de São Paulo em 1914, onde permaneceu até sua aposentadoria em 1950.

Assim como Bourroul, a própria Faculdade de Medicina moveu-se inicialmente por fronteiras plurais, abrigando em seu interior um conjunto diversificado de professores com saberes, formações e procedências distintas. Nos primeiros anos de sua implantação, a partir de 1913, conviveram na então Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSF) professores estrangeiros provenientes da França, Áustria, Itália e mais tarde, em decorrência dos acordos firmados com a Fundação Rockefeller, pesquisadores canadenses e norte-americanos. Lecionaram também médicos brasileiros formados na Bahia, no Rio de Janeiro, em Montpellier, na Pensilvânia, assim

como assumiram funções docentes professores que haviam começado sua carreira nas escolas médicas brasileiras então existentes, como foi o caso de Óscar Freire, e Pedro Dias da Silva, ambos procedentes da Bahia, e de Lauro Travassos, oriundo do Rio de Janeiro. Entre os nomes mais citados de professores com ligações externas estão Antônio Carini, italiano, Emile Brumpt, da Universidade de Paris, Lambert Mayer, da Faculdade de Medicina de Nancy, Alfonso Bovero e Alexandre Donati, ambos da Universidade de Turim, Walter Habermeld, da Áustria e Lauro Travassos, oriundo do Rio de Janeiro, com amplo círculo de relações acadêmicas internacionais. Outros professores brasileiros, igualmente citados com frequência são Óscar Freire, médico baiano, professor da Faculdade de Medicina da Bahia, Alexandrino Pedrosa e Benedicto Montenegro, que estudaram na Universidade da Pensilvânia.

A morte em 1920 de Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da Faculdade de Medicina desde sua criação em 1912, abriu uma grave crise institucional, com sucessivas nomeações para o cargo ao longo dos anos subsequentes, inclusive de Celestino Bourroul que permaneceu na função por poucos meses, entre março e dezembro de 1922. Na década de 1940, quando as condições institucionais estavam mais estabilizadas, assumiram a direção da Faculdade de Medicina as primeiras gerações de ex-alunos titulados sob o modelo da Fundação Rockefeller. Concebido como espaço de formação das elites médicas, o modelo foi implantado a partir de 1926 e estava assentado no tripé da limitação do número de vagas em cinquenta ingressantes por ano, ênfase na produção científica com a instituição da dedicação exclusiva e do tempo integral para docentes das disciplinas pré-clínicas e instalação do hospital escola, que se tornaria mais tarde o Hospital das Clínicas, principal instituição do gênero em São Paulo, estado e capital.

Ernesto de Souza Campos foi o primeiro ex-aluno e também bolsista da Rockefeller a assumir a direção da Faculdade depois da reforma promovida em 1925 com o objetivo de ajustar a estrutura didático-pedagógica da escola aos preceitos da Fundação. Souza Campos assumiu por um período muito curto, permanecendo na direção entre final de outubro e meados de dezembro de 1930. No final da década de 1930, quando as relações institucionais se tornaram mais estáveis, assumiu a direção Ludgero da Cunha Motta, outro bolsista. Nos anos seguintes, as três gestões subsequentes foram igualmente assumidas por professores que haviam sido *fellows* da Fundação, no caso, Benedicto Montenegro, Renato Locchi e Jayme Arcoverde. Assim, entre 1938 e 1956, ou seja, por dezoito anos, a direção da Faculdade de Medicina de São Paulo esteve a cargo de personagens vinculados à Rockefeller.

Desse modo, pode-se argumentar que em tal contexto, quando as principais posições de direção e liderança começaram a ser ocupadas por ex-bolsistas, as relações de troca e intercâmbio científico tornaram-se mais homogêneas. Nas décadas de 1940, 1950 e subsequentes, países como França, Inglaterra, Alemanha, e também Portugal, continuaram fornecendo referências acadêmicas e científicas relevantes. Porém, quando

se cotejam os acordos, trocas e intercâmbios com os Estados Unidos, constata-se que os fluxos com esse país, que já vinham ocorrendo de modo crescente, ganharam maior escala e abrangência. Contudo, nas décadas iniciais da Faculdade de Medicina, as tradições da pesquisa realizada na França ainda se manifestavam de modo bastante evidente, como se encontra analisado a seguir. Para tal análise, optou-se por acompanhar a trajetória de Celestino Bourroul, como pode ser conferido abaixo.

## Celestino Bourroul e a “medicina colonial” em São Paulo

Descendente de franceses procedentes de Antibes que se estabeleceram em São Paulo em meados do século XIX, Celestino Bourroul nasceu nessa cidade em 1880, filho do médico Paulo Bourroul e de sua prima Sebastiana Bourroul. Em 1899, matriculou-se na Faculdade de Medicina de Salvador e retornou a São Paulo em 1904. Em seguida foi para França, onde manteve contacto com o Instituto Pasteur, de Montpellier, com Grasset, Rolart e também com Blanchard, no Instituto de Medicina Colonial de Paris. Depois da França, estagiou com Orth, no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade de Berlim e, em seguida, em Viena, onde buscou especialização Clínica Médica, Radiologia e Anatomia Patológica. A viagem de estudos para a Europa foi uma decorrência de sua premiação como melhor estudante de no ano de sua formatura na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1904.

Em 1910, já plenamente estabelecido na capital paulista, o anúncio de seu Laboratório de pesquisas clínicas figurava na secção de classificados do jornal O Estado de São Paulo, ao lado de outros renomados médicos e estabelecimentos da cidade, assinalando a experiência no exterior, e particular no Instituto de Medicina Colonial de Paris, nos seguintes termos:

*LABORATORIO DE PESQUIZAS CLINICAS do Dr. CELESTINO BOURROUL, do Instituto de Medicina Colonial de Paris, Ex-Preparador do Instituto Pasteur de Montpellier, com pratica no Instituto Pathologico de Berlim e Vienna Exames anathomo-pathologicos, bacteriologia e analyses clinicas, sôro-diagnosticos e reacção de Wassermann. Rua da Glória, 75-A. (OESP, 10 de Outubro de 1910, p.7)*

A experiência de Bourroul com o Instituto de Medicina Colonial em Paris, e com Rafael Blanchard, já havia sido assinalada anteriormente pelo mesmo jornal. Diretor do Laboratório de Parasitologia da Faculdade de Medicina, criador do Instituto do Medicina Colonial, em funcionamento desde 1902 no quarto pavimento da própria Faculdade de Medicina de Paris, Blanchard havia-se firmado como um dos expoentes da parasitologia francesa no início do século XX. Em 1908, O Estado de São Paulo reproduziu longos trechos de matéria publicada pelo Petit Journal, apresentado como a “popular folha parisiense”, que indicava a presença de dois cientistas estrangeiros no Laboratório

de Blanchard no Instituto de Medicina Colonial. Um deles era o professor da Universidade do México, Zuniga y Aracates, e o segundo o próprio Bourroul [21].

Entre os trechos selecionados pelo jornal estava o relato de Blanchard sobre as atividades mais recentes do Laboratório, no qual assinalava a condição daquele centro como referência e ponto de atração de pesquisadores, conforme reproduzido a seguir:

*As mais recentes descobertas feitas pelos nossos laboratórios são relativas à doença do somno. Todos os jornaes falaram sobre isso. (...) O laboratório sob minha direcção estudou todos os estragos feitos pela doença do somno em seguida a uma missão ao Congo, dirigida pelo dr. Brumpt, chefe dos trabalhos práticos do laboratorio de parasitologia. As nossas pesquisas não são simples curiosidades e acham se na vanguarda do movimento scientifico: lançam a medicina em novos caminhos que modificarão por completo as condições da vida. (...) Recebemos incessantemente a visita de muitos médicos estrangeiros e principalmente de latino-americanos, o que é fácil de explicar, desde que esse ramo da sciencia domina toda a medicina dos paizes quente [21].*

Apesar de se colocar como referência internacional, ainda assim, Blanchard apontava para dificuldades na condução das pesquisas, como relatado no trecho abaixo:

*O campo de investigação é immenso. Temos realizado estudos sobre a febre amarella, a peste, a febre dos argas, a doença do somno, a elephancia dos árabes e outras que tanto prejudicam as nossas colônias. Estamos de posse da colleção mais importante que existe, de todas as culturas vivas dos parasitas que produzem taes doenças e do grande numero de outras que não me é possível numerar agora. Todos esses seres imperceptíveis multiplicam-se, criam-se em estufas especiaes (...). Como animaes de experiências, usamos macacos, doninhas, ratos, coelhos, cobraias ou porcos da India, peixes, batrachios, etc. Ao lado do laboratório propriamente dito, existe o Instituto de Medicina Colonial por mim creado do alto a baixo ha seis annos prestando aos médicos de nossas possessões ultramarinas os mais assignalados serviços. Infelizmente, não podemos contar com as ricas dotações dos laboratorios allemães e americanos e a falta de dinheiro para as nossas experiências é frequentemente sentida [21].*

O contacto de Celestino Bourroul com o ambiente do Instituto de Medicina Colonial seria um dos elos a ligar instituições médicas de São Paulo e da França. Anos mais tarde, por exemplo, quando a Faculdade de Medicina e Cirurgia de foi criada em 1912, e instalada em 1913, Emile Brumpt, da Universidade de Paris, se tornaria um dos professores contratados no exterior para assumir a cadeira de História Natural Médica e implantar um laboratório de pesquisa em Parasitologia na escola recém-fundada. No mesmo período, viria também da França para a cadeira de Fisiologia da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Lambert Mayer, de Nancy. Provavelmente, os contactos iniciais entre Blanchard e Bourroul tenham sido intermedia-

dos por Adolpho Lutz que havia orientado a tese elaborada por Bourroul, na Bahia, *Mosquitos do Brasil*, publicada em 1904.

Em São Paulo, Brumpt permaneceu por curto período, cerca de um ano, mas manteve contacto frequente com o Brasil, desenvolvendo trabalhos com Alexandrino de Moraes Pedroso, médico que havia se formado em 1904 na Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, e também com o médico baiano Pirajá da Silva. Pedroso, então membro do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia, onde também atuava no Laboratório Anátomo-  
-Patológico, que havia sido criado em 1909, teria um importante papel nos contactos iniciais entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo, primeiro como tradutor, depois como intermediário nas negociações. Ingressou na Faculdade de Medicina no primeiro concurso realizado em 1919, para lecionar na 4ª Secção correspondente às disciplinas de histologia, microbiologia, anatomia e histologia patológicas.

Ao lado de uma carreira científica que resultou em parcerias com Brumpt na pesquisa da leishmaniose tegumentar, Pedroso manteve o contacto com os Estados Unidos, onde retornou, depois de formado, para estagiar no Hospital da Pensilvânia. Caso não tivesse falecido em 1922, provavelmente teria assumido maior relevância nos apoios destinados pela Fundação Rockefeller a São Paulo. Embora hesitasse em assumir o tempo integral, como relatado por Richard Pearce, diretor da Divisão de Educação Médica da *Rockefeller*, chama atenção o modo como Pedroso e Bourroul foram retratados pelo próprio Pearce, em sua segunda visita ao Brasil, em 1922:

*In the morning visited three buildings in which the Medical School is housed at present and the Department of Legal Medicine on the new school site, and also three other possible sites for the new school. In the existing departments there has not been change since my visit in 1919, excepted in the Department of Pathology. In the latter Department Klotz has done a magnificent work in the year he has been here. In the other departments, Anatomy, Bacteriology and Parasitology, respectively under Professors Bovero (Italian contract professor), Pedroso (American-trained Brazilian part-time professor), and Bourroul (French-Brazilian part-time professor), work is of a high order and shows progressive development. Aside from the departments above named there has been little change since 1916. This statement, of course, excludes the Department of Hygiene and its development. In the Institute of Hygiene the first floor has been given over to new Department of General Pathology which is essentially a combination of clinical pathology and experimental pathology, and is not very active. [22]*

A morte Alexandrino Pedroso em 1922 abriria espaço para a ascensão de dois jovens assistentes, Benedicto Montenegro e Ernesto de Souza Campos, que iriam se dedicar à Micologia Médica e manteriam contacto estreito com Manguinhos, especialmente com Olympio Fonseca Filho. Souza Campos recebeu vários apoios da *Fundação Rockefeller* ao longo de sua trajetória profissional que, além da carreira científica, incluiu posições de

destaque político, como oposto de Ministro da Educação e Saúde no governo de Eurico Gaspar Dutra, em 1946.

Ao mesmo tempo, apesar das qualificações de Bourroul, ele jamais seria contemplado pelas dotações da *Rockefeller*, embora tenha exercido sucessivamente as cátedras de História Natural Médica, depois denominada Parasitologia em 1914 e Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas em 1925. A preferência da *Rockefeller* pelos quadros formados em sua “tradição” pode ser avaliada pelo relato de Pearce acerca dos planos para alterar a estrutura curricular da Faculdade de Medicina de São Paulo, conforme reproduzido a seguir:

*It is interesting to analyze the factors responsible for the present favorable attitude towards the proposed reorganization, an attitude that has developed since my first visit in 1916, and which apparently has gained so much force that it cannot be ignored: 1) The influence of a few men as Pedroso, Montenegro and H. Lindenberg with American training 2) The influence of Paula Souza and Borges who had fellowships in the States 3) Darling and Smillie developing the Institute of Hygiene, which the faculty admits is the only perfect department in the school 4) Klotz, who has shown how pathology should be taught and is greatly respected by all members of the faculty 5) Alves Lima and his visit to the States. Before that visit he was said to be pro-French and anti-American in his attitude. Now he is ready to fight anyone for the reorganization and is continually referring to the schools and hospitals in the States as models. Incidentally it may be added that as a brother-in-law of the President of the State, his attitude is of great influence. 6) The attitude of the local progressives who see that with the aid of the RF there is an opportunity of developing in Sao Paulo a better school than in Rio. This factor can perhaps be appreciated only by those who know the extent of the jealousy existing between the two cities. After the Committee meeting I took Paula Souza and Pedroso aside and advised them as to methods of procedure in the faculty meeting tomorrow night, outlining arguments for them and urging avoidance of personal criticism. I did this because they are so partisan in their attitude and so inclined to take opposition as a personal insult that I feared they might prevent a favorable action if they aroused animosity. [22]*

Em 1925, a Faculdade de Medicina de São Paulo aprovou a chamada *Reforma Pedro Dias da Silva*, fundamentada nas alterações propostas por Richard Pearce e implantada a partir de 1926. Com a nova estrutura didática e pedagógica, foi introduzido o tempo integral nas disciplinas pré-clínicas, o que permitiu ampliar o número de laboratórios e bolsistas da *Fundação Rockefeller*, condições que asseguraram a conformação de um *modus operandi* voltado para a formação de novas especialidades. Ainda assim, merece registro o facto de que a antiga cadeira de História Natural Médica, assumida por Brumpt e Bourroul, jamais adquiriu a denominação de Medicina Tropical, tendo sido transformada, em 1925, na disciplina de Moléstias Infecciosas e Parasitárias, origem do atual Departamento, que manteve o mesmo nome.

## Considerações finais

A história da Medicina Tropical em São Paulo ainda é um campo de estudos razoavelmente inexplorado. Embora algumas análises já tenham sido realizadas, os diferentes meandros de sua trajetória em espaços como o Instituto Biológico, Instituto de Higiene, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMUSP-RP) e mesmo no Instituto de Medicina Tropical, assim como em instituições criadas ao longo ou após a década de 1960, como o Instituto de Ciências Biológicas (ICB-USP), a Universidade de Campinas (UNICAMP) ou a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita (UNESP), entre outras, ainda restam por serem recuperados.

Nesses espaços, muito provavelmente, serão encontrados pesquisadores que foram de algum modo beneficiados pela intro-

dução do tempo integral nas disciplinas pré-clínicas na Faculdade de Medicina de São Paulo, modelo que permitiu a ênfase na investigação centrada no laboratório. A análise das carreiras científicas do grupo de ex-bolsistas da *Fundação Rockefeller* ainda é um tema igualmente negligenciado. Embora alguns tenham sido estudados tangencialmente, falta uma visão de conjunto do impacto que produziram figuras como Ernesto de Souza Campos, Zeferino Vaz, Samuel Barnsley Pessoa, Luiz Hildebrando, entre outros, sendo que alguns deles trabalharam diretamente com os quatro pesquisadores enviados pela *Fundação Rockefeller* a São Paulo para cumprir os acordos iniciais. Um elemento relevante desse circuito de trocas científicas na década de 1920, igualmente pouco analisado, foi a circulação de professores e alunos da Faculdade de Medicina de São Paulo junto ao Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro.

## Bibliografia

1. Benchimol, JL. e Sá, MR (orgs.) (2006). Adolpho Lutz e a Entomologia Médica no Brasil/Adolpho Lutz Medical Entomology in Brazil. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Campos, C (2002). São Paulo pela Lente da Higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade: 1925-1945. Rima, São Carlos, Brasil.
3. Faria, LR (1994). A Fase Pioneira da Reforma Sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930). Inst. Med. Social/UERJ, Rio de Janeiro.
4. Faria, LR (2007). Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
5. Korndörf, AP (2013). "Na International Problem of Serious Proportions": a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o estado do Rio Grande do Sul no combate à anclostomíase e seus desdobramentos (1919-1929). PUC/RS, Porto Alegre, Brasil. [http://tede.pucrs.br/tde\_arquivos/15/TDE-2013-05-14T053823Z-4453/Publico/449009.pdf]
6. Korndörfer, AP (2015). A Fundação Rockefeller Chega ao Brasil: cooperação no combate ao "mal da terra" (1916-1923). in Marinho, MGSMC, Mota, A e Campos, C (orgs.). obra cit.
7. Labra, ME (1985). Movimento Sanitarista nos anos 20: da Conexão Sanitária Internacional à especialização em Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil.
8. Löwy, I (2006). Vírus, Mosquito e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.
9. Marinho, MGSMC (1993). O Papel da Fundação Rockefeller na Organização do Ensino e da Pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). DPCT/Inst. Geoc./UNICAMP, Campinas, Brasil. Conferir o texto integral e outras referências no endereço abaixo: <http://www2.fm.usp.br/museu/mostrahp.php?origem=museu&xcod=C01e%20E7%20Medicina,%20Sa%20Fad%20e%20Hist%20F3ria&dequem=Downloads%20de%20Livros>
10. Marinho, MGSMC (1999). A Filantropia Científica e a Implantação da Ciência Profissional em São Paulo: a articulação entre a Fundação Rockefeller e a Universidade de São Paulo; análise do papel de Ernesto de Souza Campos e Zeferino Vaz como "parceiros" da filantropia norte-americana na institucionalização da pesquisa de excelência: 1934-1952. FFLCH/USP, São Paulo, Brasil.
11. Marinho, MGSMC (2001). Norte-Americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). Autores Associados/USF/ FAPESP, Campinas/Bragança Paulista, Brasil.
12. Marinho, MGSMC (2003). Elites em Negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo: 1916-1931. CDAPH/EdUSF, Bragança Paulista, Brasil.
13. Marinho, MGSMC (2004). A Fundação Rockefeller e Instituições de Ensino e Pesquisa em São Paulo: procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). Horizontes. 22 (2), Bragança Paulista, Brasil.
14. Marinho, MGSMC e Mota, A (orgs.) (2013). Caminhos e Trajetos da Filantropia Científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952). FMUSP/UFABC/Casa de Soluções, São Paulo, Brasil.
15. Marinho, MGSMC, Mota, A e CAMPOS, C (orgs.) (2015). Racionalidades em Disputa: intervenções da Fundação Rockefeller na ciência, medicina e prática médicas do Brasil e América Latina. FMUSP/UFABC/Casa de Soluções, São Paulo, Brasil.
16. Rocha, HHP (2003). A Higiene dos Costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo: 1918-1925. Mercado de Letras/Fapesp, Campinas/São Paulo, Brasil.
17. Santos, LAC e Faria, LR (2003). A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República. CDAPH/EdUSF, Bragança Paulista, Brasil.
18. Caponi, S (2002). Coordenadas Epistemológicas de la Medicina Tropical. Hist. Ciênc. Saúde: Manguinhos. 10 (1): 113-149
19. Holanda, SB (1988). Raízes do Brasil. 20ª ed. José Olympio, Rio de Janeiro, Brasil.
20. Freyre, GM (1974). Ordem e Progresso: processo de desintegração das sociedades patriarcal e semipatriarcal no Brasil sob o regime de trabalho livre: aspectos de um quase meio século de transição do trabalho escravo para o trabalho livre; e da monarquia para a república. [tomo 1]. 3ª ed. José Olympio/ INL, Rio de Janeiro/ Brasília, Brasil.
21. O Estado de São Paulo, de 10 de Fevereiro de 1908.
22. Pearce R (1922). RAC Relatório Pearce Brazil. USA.

Este artigo é uma versão original e expandida da comunicação apresentada no IIº Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical realizado na Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, de 14 a 16 de Outubro de 2015. Nenhuma versão, parcial ou integral, foi submetida a qualquer outra publicação.



# O impacto da II Guerra Mundial na obra de Aldo Castellani: a sua influência na escola portuguesa de medicina tropical (1946-1971)

*The impact of WW2 in the career of Aldo Castellani: his influence in the portuguese school of tropical medicine (1946-1971)*

**Isabel Amaral**

Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais Aplicadas,  
Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa  
CIUHCT, Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia,  
Universidade Nova de Lisboa  
ima@fct.unl.pt

## Resumo

O término da IIª Guerra Mundial constitui um marco crucial na narrativa da medicina tropical. Com ela se reorganiza não só o mapa geopolítico como também o mapa científico e médico de uma área disciplinar já consolidada definindo redes de conhecimento, de interesses e de estratégias de desenvolvimento global. A posição singular portuguesa neste cenário internacional apontava dinâmicas particulares no que concerne à medicina tropical, nomeadamente no que diz respeito à circulação de investigadores estrangeiros, no país, por razões políticas. É neste contexto que surge a figura de Aldo Castellani (1877-1971), que chegou a Lisboa, em 1946, acompanhando o Rei Humberto II (1904-1983), da casa de Savoia (Itália), no seu exílio político.

Sendo à época, um médico tropicalista de renome internacional, Castellani foi admitido no Instituto de Medicina Tropical (IMT), como professor e investigador, não obstante ter sido elemento de discórdia na descoberta do agente etiológico da doença do sono, numa controvérsia que envolveu a missão portuguesa liderada por Aníbal Bettencourt, em 1901, em Angola. Em Lisboa permaneceu durante 25 anos deixando o seu legado documental ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, que utilizaremos como recurso bibliográfico neste trabalho.

Para refletir sobre os efeitos do exílio de Castellani em Portugal, na sua carreira e na medicina tropical europeia, fortemente marcada pela agenda política, procuraremos reposta às seguintes questões: de que forma Aldo Castellani terá sido influenciado e influenciou a escola portuguesa de medicina tropical? Como equacionar o caso de Aldo Castellani numa agenda mais alargada de interpretação dos efeitos da IIª Guerra Mundial na definição das políticas de saúde no contexto português na segunda metade do século XX?

## Palavras Chave:

Aldo Castellani, medicina tropical e saúde global, IIª Guerra Mundial, escola portuguesa de medicina tropical, Instituto de Medicina Tropical.

## Abstract

The end of the WW2 is a crucial milestone in the narrative of tropical medicine. It reorganizes not only the geopolitical map as well as the scientific and medical map of a consolidated medical area setting networks of knowledge, interests and global development strategies.

The portuguese singular position in the international scene pointed particular dynamics in relation to tropical medicine, in particular as concerns the circulation of foreign researchers in the country for political reasons. It is in this context that Aldo Castellani (1877-1971) arrived in Lisbon in 1946, following the King Umberto II (1904-1983), of the House of Savoy (Italy), in his political exile.

At the time, an expert in tropical medicine, internationally renowned, Castellani was admitted to the Institute of Tropical Medicine (IMT), as a teacher and researcher, despite being contentious element in the discovery of the causative agent of sleeping sickness, a controversy which involved portuguese mission led by Aníbal Bettencourt in 1901, in Angola. In Lisbon he remained for 25 years leaving his documentary legacy to the Institute of Hygiene and Tropical Medicine (IHMT), which will be used as a bibliographic resource in this work.

To reflect on the path of Castellani in exile in Portugal, his career and the european tropical medicine, strongly marked by political agenda, we seek to answer the following questions: how Castellani was influenced and influenced the portuguese school of tropical medicine? How to integrate the case of Aldo Castellani in a broader agenda of interpretation of the effects of IIª World War in the definition of health policies in the portuguese context in the second half of the twentieth century?

## Key Words:

Aldo Castellani, tropical medicine and global health, WW2, portuguese school of tropical medicine, Institute of Tropical Medicine.

## Introdução

Com a derrota do nazismo, do fascismo e do império japonês, emergia da IIª Guerra Mundial um mundo bipolar, numa rede de poderes extremada em dois grandes polos, um capitalista, a Oeste, outro socialista, no Leste [1,2,3]. O país estava sob o regime de António Salazar [4], uma ditadura nacionalista armada de uma couraça protetora dos embriões da revolução, sobretudo da revolução comunista, que articulou uma política de emigração não linear, mas adequada da proteção contra “os outros”. O Estado Novo sempre se distanciou de um envolvimento no conflito mundial, desde o primeiro dia, a 1 de setembro de 1939. Recusou a aliança ao pacto *anti-komintern* proposta pelo embaixador italiano, mantendo apenas um acordo de cooperação militar com a Grã-Bretanha, para modernização das forças armadas portuguesas, sem que a liberdade de movimentação nacional, fosse atropelada pelos interesses britânicos.

Consolidada a vitória dos aliados, a emigração portuguesa voltaria a crescer em Portugal. A ausência de antissemitismo na ideologia salazarista, não obstante o regime ditatorial português nutrir simpatia com o anticomunismo e o anti-liberalismo nazi, foi responsável pela estadia temporária de trânsito em Portugal de inúmeros judeus alemães [5, 6], bem como de outros refugiados polacos, russos e heimatlos (apátridas).

A historiografia do Estado Novo aponta para uma oscilação no controlo de fronteiras, que nem sempre era seguido pelas autoridades *in locu*, da mesma forma que a lei previa [7, 8]. Não obstante o controlo efetivo pela Polícia de Vigilância e Defesa do Estado (PVDE), entre 1939 e 1950, entraram em Portugal muitos milhares de estrangeiros. Entre estes estavam também famílias inteiras de ex-governantes da Europa ocupada, que escolhiam Cascais e o Estoril para residirem, ao lado de espões, diplomatas, cientistas e intelectuais. Foi o caso do Rei Humberto II, da Casa de Saboia, que, com apenas 33 dias de reinado em Itália, escolheu Cascais para se exilar durante 36 anos, na Villa Italia, uma vivenda que hoje é propriedade do Hotel Grand Villa Italia.

Adaptando a teoria da reorganização geográfica pós IIª Guerra Mundial de Gottmann, que assenta na dialética entre a partição territorial e a circulação entre fronteiras, ao quadro de referenciais da medicina global definida no contexto da Organização Mundial de Saúde, facilmente se depreende uma analogia de conceitos. A teoria da emergência das entidades políticas [3] é também notória nas agências internacionais com representatividade no domínio da saúde global, como sejam as Nações Unidas, a Organização Mundial de Saúde, as organizações filantrópicas e os países com influência nestas agências. Embora a historiografia valorize na agenda da globalização os projetos de combate efetivo às doenças endémicas ou epidémicas sem fronteiras geográficas, é importante recuperar algumas tendências mais recentes, que englobam nestas histórias de “sucesso”, um intrínseco mosaico de atores e agentes locais, cuja expressão aparece muitas vezes diluída na narrativa daquelas agências e países [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Importa por isso dar a conhecer alguns elementos

menos conhecidos da história da medicina tropical portuguesa, nos quais este estudo também se insere. Após o desfecho do conflito mundial, duas dinâmicas se definiram para Portugal, no cenário internacional: por um lado, a participação nacional na Organização Mundial de Saúde, que abriu novos horizontes de visibilidade para a medicina tropical portuguesa, na interface com o processo de descolonização em África; por outro, o impacto da circulação de investigadores médicos pelo Instituto de Medicina Tropical e instituições sucedâneas, como é disso exemplo, o médico italiano, Aldo Castellani, objeto de análise neste estudo.

## Aldo Castellani – breves elementos biográficos

Aldo Luigi Mario Castellani nasceu em Florença, a 8 de setembro de 1877, e faleceu com 94 anos, em Lisboa, a 3 de outubro de 1971. Concluiu o curso de medicina na Universidade de Florença em 1899 e, dois anos depois, fez um estágio no laboratório de Walter Kruse, na Alemanha, onde se notabilizou pela proposta de um teste bioquímico de aglutinação proteica, que ficou conhecido pelo teste de absorção de Castellani.<sup>1</sup> Estes resultados terão estado na origem do convite que Patrick Manson lhe endereçou em 1901, para integrar o quadro de investigadores da *London School of Tropical Medicine* e, no ano seguinte, ser nomeado para fazer parte da primeira missão britânica de estudo da doença do sono em 1902, no Entebe [15]. Desentendimentos com a equipa conduziram-no ao Ceilão, onde foi professor de Medicina Tropical e Dermatologia, no *Ceylon Medical College*, entre 1903 e 1915. Aqui realizou os primeiros estudos que lhe permitiram descobrir o agente etiológico da framboesia, uma doença típica desta região tropical [16].

Em 1906 casou-se com Josephine Ambler Stead (de nacionalidade inglesa) [15], da qual teve uma filha, Jacqueline Aldine Leslie Castellani (que faleceu em outubro 2015 com 105 anos).

Em 1915 foi convidado para regressar ao seu país, onde assumiu o cargo de professor de Medicina Tropical na Universidade de Nápoles. Pouco tempo aqui esteve, pois foi mobilizado para o teatro de guerra. Foi médico de campanha na Iª Guerra Mundial na Sérvia e nos Balcãs entre 1915 e 1919. Ao terminar a guerra regressou a Londres e ocupou vários cargos em diferentes institutos e clínicas médicas: foi professor de micologia na *London School of Tropical Medicine*, de Medicina Tropical e Dermatologia no *Ross Institute* (Londres), de Medicina Tropical na *Tulane University* e na *Louisiana State University* (New Orleans, USA), ao mesmo tempo que fazia clínica no *Ross Hospital for Tropical Diseases* (Londres), no *Charity Hospital* (New Orleans, USA), tendo também assumido cargos de direção na *School of Tropical Medicine* (New Orleans, USA), na *Clintca delle Malattie e Subtropical* (Universidade de Roma) [17].

De convicções monárquicas assumidas viveu momentos, nem sempre fáceis, na defesa dos seus ideais políticos. Veja-se por exemplo a sua relação com o Reino Unido. Pelo reconhecimento

to científico das suas contribuições na medicina tropical, ao serviço do imperialismo britânico, recebeu o título de *Knights Commander of the Most Honorable Order of St. Michael and St. George* (KCMG), em 1927, de George V, mas nem sempre dele foi detentor. Foi-lhe retirado durante a IIª Guerra e só lhe foi reatribuído um mês antes da sua morte, por Isabel II. Em 1934 foi nomeado Conselheiro Sanitário e Inspetor Geral das Forças Armadas e mobilizado para a guerra Itália-Etiópia, entre 1935 e 1939. Ficou responsável pela organização dos serviços médicos italianos em África e os resultados que obteve, nomeadamente no âmbito da taxa de mortes por malária, conferiram-lhe um título nobiliárquico concedido pelo rei Victor Emanuel, o título de *Conte Ereditario de Chisimaio* [17].

Na IIª Guerra Mundial foi nomeado como Alto Conselheiro das Forças Armadas, com responsabilidade inicial da região da África Setentrional, da Grécia, Albânia e Líbia, e terminou assumindo o comando total de África, em 1942. O seu desempenho foi reconhecido com a atribuição do título de Cavaleiro da Ordem Militar de Savoia, a que se seguiram outras condecorações em vários países. Recebeu a *Grande Cruz da Coroa Italiana* e a *Grande Cruz da Ordem de Malta* (Itália), a *Grande Cruz de Mérito Civil* (Espanha), a *Grande Cruz da Ordem de S. Sava* (Jugoslávia), a *Grande Cruz do Nilo* (Egito), e a de *Officier de la Légion d'Honneur* (França), de *Grande Ufficiale Stela Coloniale* e a de *Commendator SS. Maurizio e SS Lazzaro* (Itália), entre outras distinções e condecorações militares [18]. Recebeu em Portugal as *Palmas Académicas de 1ª Classe* (Palmas de Ouro) da Academia das Ciências de Lisboa e as insígnias da Ordem de Santiago, em 1968. Foram realizadas várias outras homenagens, entre as quais se contam a dos alunos do curso de medicina tropical de 1958-1959, as da Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical, em 1968 [18].

Com a ascensão da República abandonou a carreira militar e dedicou-se à atividade clínica. Em 1946, o rei Humberto II foi expulso e Castellani, médico pessoal da família Savoia, acompanhou-o ao exílio, em Portugal.

A escolha do Rei Humberto II (1904-1983) por Portugal, seria natural, pois a relação dinástica Portugal/Itália remonta ao casamento de D. Afonso Henriques com Mafalda (ou Matilde) de Mouriana e Savoia (1130/1133-1158), em 1145. Não seria, contudo, o desfecho mais desejado para o último rei de Itália, Humberto II, após a morte de Carlos Alberto da Sardenha, no Porto, em 1849 [19]. Ainda assim, Humberto II tornou-se o último protagonista de uma história de relações de territórios e soberanos com duração multissecular. Viveu durante quase 40 anos com a rainha Maria José e os seus filhos, nos arredores de Lisboa, em Cascais, como vários outros monarcas depositos do seu tempo.

Castellani era um médico com créditos internacionalmente firmados e foi acompanhando ao longo da vida, não só os soberanos



Fig. 1: Fotografia de Aldo Castellani s.d.  
Fonte: Espólio Aldo Castellani IHMT.

nos e os monarcas do seu tempo, como também aqueles que nele procuravam um saber de experiência feito no universo tropical, pelas diversas instituições pelas quais passou no Ceilão, na Grã-Bretanha, em Itália, nos Estados Unidos e em Portugal.

Foi membro de várias academias e sociedades científicas, das quais se destacam, a *Nazionale Accademia dei Lincei*, a *Accademia dei Quaranta* (da qual foi presidente entre 1930 e 1940), da *Accademia Pontificia delle Scienze*, da *New York Academy of Sciences*, da *American Academy of Sciences*, da *Société Française de Dermatologie et Syphilographie*. Foi ainda membro do *Royal College of Physicians* e do *American College of Phy-*

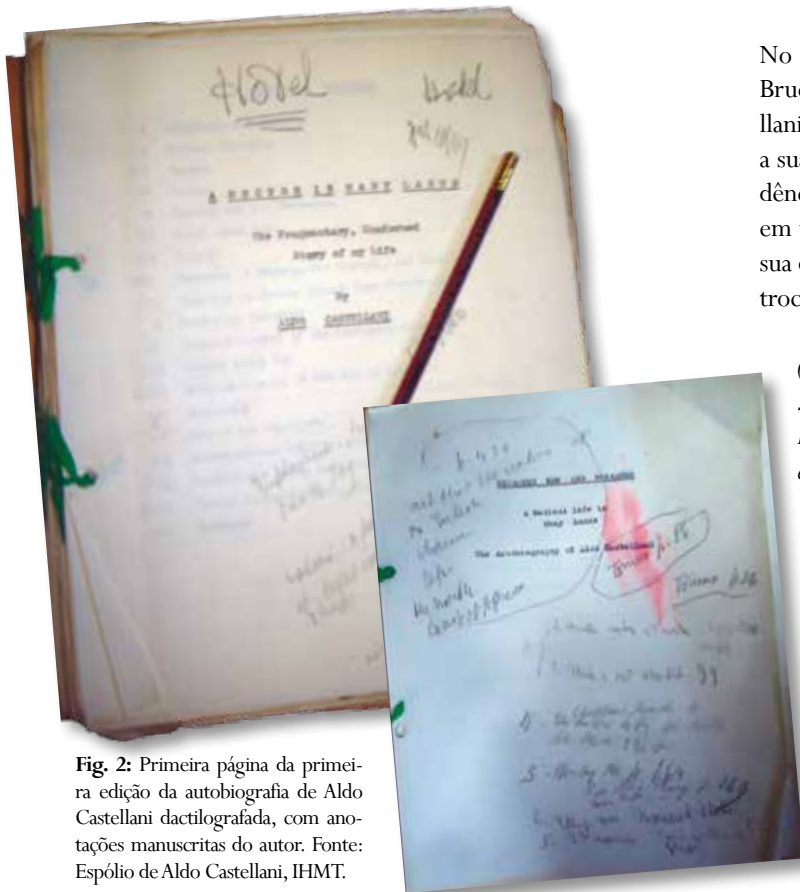
*sician* e fundador da Sociedade Internacional de Dermatologia Tropical [17].

A sua carreira científica foi particularmente profícua. Publicou mais de cinco centenas<sup>2</sup> de artigos científicos, em várias revistas científicas em Itália, Inglaterra, Estados Unidos, França, Alemanha, Portugal, Espanha, Ceilão e Índia, maioritariamente escritos em italiano e em inglês. Foi editor do *Journal of Tropical Medicine & Hygiene*, de Londres, entre 1925 e 1940. Publicou ainda vários manuais de ensino e monografias sobre a medicina e a clínica tropical: o *Manual of Tropical Medicine* [20], o *Manuale di Clinica Tropicale* [21], *Fungi and Fungal Diseases* [22], e ainda, *Tropical Malattie dell'Africa* [23], *Little Know Tropical Diseases* [24], *Tropical and Subtropical Dermatology* [25], e ainda a sua autobiografia, com o título *A Doctor in Many Lands*, publicada nos Estados Unidos, e *Microbes, Men and Monarchs- a doctor's life in many lands*, em Inglaterra. A edição inglesa teve várias edições entre 1960 e 1968, e foi traduzida em italiano e em japonês, em 1970.

Embora em Portugal, o país escolhido pela família real italiana, Castellani sempre se manteve em rede com a comunidade científica internacional, com a qual estabeleceu um contacto muito estreito, e acima de tudo, primava pelo acompanhamento próximo da família real italiana, espalhada pela Europa [26: 231-258]. O Estado Novo não lhe era hostil, aliás em várias passagens da sua autobiografia, elogia António Salazar, com quem privou em algumas ocasiões [27], o que lhe facilitou o conforto de viver num país neutro e inerte aos seus interesses científicos, médicos e políticos. Tudo indica que o trajeto de vida de Castellani tenha permanecido encapsulado em Portugal por razões políticas e não por afinidade com a escola portuguesa de medicina tropical.

1 - Esta técnica de absorção de aglutininas tornou-se determinante para a bacteriologia, para o estudo da constituição antigénica das bactérias, particularmente as *Enterobacteriaceae*.

2 - Não foi possível aceder à lista completa das suas publicações e dado que os seus biógrafos diferem nesta contagem, preferimos indicar apenas que, no conjunto, são várias centenas.



**Fig. 2:** Primeira página da primeira edição da autobiografia de Aldo Castellani dactilografada, com anotações manuscritas do autor. Fonte: Espólio de Aldo Castellani, IHMT.

**Fig. 3:** Primeira página da autobiografia dactilografada de Aldo Castellani, na versão americana, com anotações manuscritas do autor. Fonte: Espólio de Aldo Castellani, IHMT.

## A contribuição científica e a fase portuguesa de Aldo Castellani após a IIª Guerra Mundial

Aldo Castellani nunca foi uma figura estranha à escola portuguesa de medicina tropical e aos seus investigadores. Portugal organizou em 1901 a primeira missão de estudo da doença do sono a Angola e em 1902 reportou os seus resultados na imprensa nacional, configurando a possibilidade de terem descoberto o agente responsável pela manifestação da doença no Homem [28]. À época, Aldo Castellani era um jovem médico promissor da Escola de Medicina Tropical de Londres. Por indicação de Manson, o seu nome foi sugerido ao *Foreign Office*, apesar de não ser inglês, e assim foi escolhido para a primeira missão da *Royal Society of London*, uma missão similar à missão portuguesa, no Entebe (Uganda). Em poucos meses ambas as equipas esgrimiam argumentos na imprensa internacional para serem considerados os autores da descoberta do agente etiológico responsável pela doença, e com isso, assumirem o protagonismo na medicina tropical europeia [28, 29, 30, 31].

O confronto de Aldo Castellani com a equipa liderada por Aníbal Bettencourt não teve um desfecho muito agradável para a comunidade médica portuguesa, dado que perdeu o protagonismo ao reivindicar como agente causal da doença, uma bactéria.

No entanto, também Castellani não conseguiu rivalizar com Bruce pela descoberta do tripanossoma. O espólio de Castellani evidencia bem a importância que este assunto tinha para a sua afirmação internacional, pois contém toda a correspondência trocada com as várias instâncias de poder e influência em vários países para provar o seu protagonismo e fazer jus à sua descoberta, como é disso exemplo a correspondência que trocou com J. Davies, já em Portugal:

*(...) as I told you before, when I started my investigation of S. Sickness I felt like a man groping in the dark. At very beginning I was inclined to consider Manson's filarial theory the correct one. Later, I gave aetiological importance to the streptococcus, which was constantly present at the Post mortems on S. Sickness patients. I was mistaken. But how many times in the history of medicine has a man made mistakes before discovering the truth? As I mentioned in previous letter to you Sir Donald Ross, not long before his epoch making discovery of the mosquito transmission of malaria, published in the Indian Medical Gazette a paper in which he denied the existence of malarial parasite. He often told me the story himself. And the paper was used against him in the polemic with Grassi. We all make mistakes. Fortunate are those who, in the end, find the truth: I venture to state that I had that luck (...) [32: 233].*

A controvérsia entre Castellani e Bruce nunca seria resolvida e até hoje se atribuiu a descoberta do tripanossoma aos dois autores, para grande mágoa de Castellani [33, 34, 35, 36, 37].

As contribuições de Castellani são conhecidas não só no domínio científico, como também na prática clínica, onde deixou um legado para a medicina tropical pautado por várias inovações científicas, clínicas e terapêuticas que lhe permitiram assegurar uma posição de destaque na dermatologia tropical no século XX. Desde o teste de absorção de Castellani até à última bactéria descrita em 1954, Castellani nunca deixou de associar o seu nome às grandes descobertas do seu tempo. Aliou sempre um conhecimento pericial assente na bioquímica e na microbiologia para descobrir os agentes etiológicos de várias doenças, das quais se destacam duas doenças tipicamente tropicais, a doença do sono e a framboesia (boubas ou pian); para desenvolver novos métodos de identificação de micro-organismos, particularmente bactérias e fungos; e ainda para propor novas abordagens de diagnóstico de várias doenças tropicais, das quais descreveu ao pormenor, na trilogia,



**Fig. 4:** Excerto da primeira página do *Journal of Tropical Medicine* descrevendo o processo da descoberta do tripanossoma por Castellani, no qual são referidos os autores portugueses [29].

sintomas, etiologia e tratamento. Descreveu 75 novas doenças tropicais e foi autor de um novo método para diagnóstico da amebíase latente e crónica, que ficou conhecido como “os três sinais de Castellani”. Introduziu também os derivados arsenicais no tratamento da framboesia e o tártaro emético no tratamento do Kalazar indiano, bem como o iodo na amebíase [17].

Ao chegar a Lisboa foi recebido por Fernando da Fonseca no Hospital do Rego, hoje conhecido por Hospital Curry Cabral, mas no ano seguinte foi integrado nos quadros do IMT pelo Ministro das Colónias, por indicação de João Fraga de Azevedo, diretor do Instituto. Aqui regeu a disciplina de Patologia e Clínica Tropical entre 1947 e 1959, altura a partir da qual passou a ser professor honorário [18]. Em 1966, o IMT foi integrado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSPMT) e Castellani aqui continuou a desenvolver a sua investigação.

O percurso de Castellani na escola portuguesa de medicina tropical está muito associado à figura de Francisco Cambournac. Este tinha sido seu aluno na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, ao mesmo tempo que tinha sido aluno, no seu início de carreira, de Fernando da Fonseca. A sua entrada no IMT seria inevitável, tendo em conta o curriculum de Castellani e a sua *expertise* no universo tropical, mas terá sido Cambournac a figura que mais o marcou na escola portuguesa, por se ter destacado também no contexto internacional pós IIª Guerra Mundial, sendo por isso uma referência, tal como podemos depreender das suas palavras:

*Certamente sabeis que recentemente o Instituto foi transformado em Escola nacional de saúde Pública e Medicina tropical, sob a direcção de grande higienista, o Professor Cambournac... devo porém dizer que eu não ensinava higiene pura, mas doenças produzidas por fungos, as micoses, doenças que então chamava pouco a atenção, mas à qual somente dei alguma importância pelo lado higiénico (...)* [38: 55].

Se refletirmos sobre a coautoria das suas publicações, os convites que recebia para participar em vários eventos científicos fora do país, facilmente nos apercebemos que Castellani estava no seio da comunidade médica tropicalista portuguesa mas sempre se movimentou fora deste circuito, procurando reconhecimento fora do país. O número de coautores nas suas publicações é reduzidíssimo e nunca publicou nenhum artigo com qualquer colega português. Não obstante o reconhecimento público que a instituição que o acolheu em 1947 lhe prestou em 1968, tanto na própria instituição (onde foi descerrada uma lápide com o seu nome em frente ao seu laboratório), como na Academia das Ciências de Lisboa e na Sociedade de Ciências Médicas, ou ainda pela gratidão que os alunos de 1958/1959 lhe manifestaram em 1959 [18], não parece ter sido valorizada a sua passagem pelo Instituto. Provavelmente porque Castellani se considerava na periferia científica, sem parceiros de diálogo à altura e acima de tudo porque sempre foi um homem isolado e treinado para vencer sozinho o curso do protagonismo.

Ficou assim, em Portugal, isolado, apoiando-se sobretudo na in-



**Fig. 5:** Imagem da portaria governamental que atribuiu a Castellani o título de professor honorário do Instituto de Medicina Tropical, em Lisboa. Fonte: Espólio de Castellani, IHMT.

vestigação laboratorial, no seu laboratório que intitulava o seu “jardim de micróbios”:

*My happiest hours are spent in my laboratory. I have there “mon jardin de microbes,” a collection of nearly all the bacteria and fungi I have chanced to find in my long years of work in so many different countries. I enjoy seeing the numerous tubes containing the diverse microbial cultures—white, red, black, yellow—some of them smooth, some rough and crinkled, some spiny, some covered with silky, cottony or woolly down* [39: 1023].

Aqui manteve em cultura vários micro-organismos, durante longos períodos de tempo, como resultado da otimização das variáveis de crescimento [40]. Era seu favorito, o primeiro fungo que isolou no Ceilão, em 1904 e o *Tryptocun rubrum*, responsável pelo pé de atleta. Mas muitos outros faziam o seu deleite, como o *Bacccilus Columbensis A e B* (1905), o *Treponema pertenue* (1907), o *Bacccilus madampensis* (1911) o *Micrococcus metamycesus* (1933), o



**Fig. 6:** Fotografia de Castellani no seu laboratório no Instituto de Medicina Tropical. Fonte: Espólio IHMT.

*Micrococcus mycetoides* (1942), o *Bacccilus albolisbonensis* (1950), o *Bacccilus flavolisbonensis* (1950), o *Bacccilus cascaianensis* e *Krutrella cascaianensis* (1954) [41,42], o *Micrococcus violagabriellae* (1955) e o *Cloaca cloacae marocanus* (1956).

## Em jeito de conclusão

As linhas de força de uma política global de saúde com enfoque nas doenças tropicais no período pós IIª Guerra em Portugal abriram caminho a uma internacionalização ativa no seio da Organização Mundial de Saúde para a qual contribuiu o currículo de Francisco Cambournac. A sua internacionalização e alinhamento com as políticas de saúde europeias terão sido determinantes para condicionar a transição da medicina tropical para uma medicina social de características mais abrangentes que perpassavam as bancadas do laboratório e a lente do microscópio, para ir de encontro ao pulsar do doente no tecido social. Neste ambiente viveu sempre Castellani e a sua carreira clínica no Hospital inglês denota essa postura: a transposição de um saber de experiência feito para uma visão

global da doença, do doente e da sociedade envolvente. Refletindo sobre a carreira científica e clínica de Castellani na sua fase portuguesa e olhando para a sua produção científica, facilmente somos levados a concluir que, na escola portuguesa de medicina tropical não fez escola, não deixou discípulos, não publicou muitos trabalhos em português, nem em periódicos portugueses.

Ao contrário do que a maioria dos seus biógrafos refere, tudo indica que Castellani, tal como a família real italiana, vivia em Portugal apenas por um opção política e não por uma opção de vida. E esta atitude refletiu-se necessariamente na sua passagem pela escola de Lisboa, tal como se refletiu em todos os países por onde passou. Castellani era demasiado ambicioso para deixar créditos por mãos alheias e sempre escolheu os seus parceiros, os únicos capazes de lhe facilitarem o protagonismo.

Para a medicina tropical portuguesa, este encontro com Castellani não produziu os efeitos desejados. Ao invés de se abrirem novos territórios e fronteiras de saberes e práticas, em articulação com as demandas internacionais, apenas Castellani prosseguiu a sua agenda. Uma agenda que deverá continuar a ser estudada porque o seu legado científico assim o exige.

## Bibliografia

- Costa WM (1991). Geografia Política e Geopolítica: Discursos sobre o Território e o Poder. S. Paulo, EDUSP – Editora da Universidade de S. Paulo.
- Hartshorne R (1935). Recent Developments in Political Geography I. American Political Science Review 29.5: 785–804.
- Gottmann J (1952). La Politique des Etats et leur géographie. Revue française de science politique. Année, 2 (4): 831-833.
- Meneses FR (2010). Salazar, Biografia Política. Lisboa. D. Quixote.
- Mucznik E (2012). Portugueses no Holocausto. Lisboa, A Esfera dos Livros.
- Pimentel, IF (2008). Judeus em Portugal durante a II Guerra Mundial. Lisboa, A Esfera dos Livros.
- Chalante S (2011). O discurso do Estado salazarista perante o “indesejável” (1933-1939). Análise Social, XLVI (198): 41-63.
- José Alain Fralon (1999). Aristides Sousa Mendes – um herói português. Lisboa, Editorial Presença
- Bhattacharya S (2007). Struggling to a monumental triumph: re-assessing the final phases of the smallpox eradication program in India, 1960-1980. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 14 (4): 1113-1129.
- Bhattacharya S (2006). Expunging Variola: The Control and Eradication of Smallpox in India, 1947-1977, New Dehli, Orient Longman Private limited.
- Neill D (2012). Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Specialty, 1890–1930. Stanford, Stanford University Press.
- Headrick DR (2014). Sleeping Sickness Epidemics and Colonial Responses in East and Central Africa, 1900–1940. PLoS Negl Trop Dis 8 (4): e2772. doi:10.1371/journal.pntd.0002772.
- Cueto M (2007). Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955–1975. Washington DC, Woodrow Wilson Center Press.
- Benchimol JL (2010). Bacteriologia e medicina tropical britânicas: uma incursão a partir da Amazônia (1900-1901). Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, 5 (2) :315-344.
- (1968). Aldo Castellani. Annuario Accademia Nazionale dei XL. Roma.
- Castellani A (1907). Experimental Investigations on Framboesia Tropica (Yaws). Journal of Hygiene, VII (4): 558-569.
- Castellani A (s.d). Curriculum dactilografado assinado pelo autor. Espólio IHMT.
- Cambournac FJC (1971). Professor Sir Aldo Castellani. Anais Escolas Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical, 5 (3-4): 377-383.
- Gentile P. Depois da derrota. O exílio português de Carlos Alberto, rei da Sardenha, e Humberto II, rei de Itália. In: Lopes MA, Raviola BA (coord.) (2012). Portugal e o Piemonte: a casa real portuguesa e os Sabóias: nove séculos de relações dinásticas e destinos políticos (XII-XX). Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra: 301-335. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0586-9.
- Castellani A, Chalmers AJ (1910). Manual of tropical medicine. London, Baillière, Tindall and Cox.
- Castellani A, Jacono I (1937). Manuale di clinica tropicale. Torino, Rosenberg and Sellier.
- Castellani, Aldo (1928). Fungi and Fungous Diseases. Chicago, American Medical Association.
- Castellani, Aldo (1946). Le malattie dell’Africa : manuale pratico. Roma, Ministero dell’Africa Italiana.
- Castellani, Aldo (1949). Little known tropical diseases. Anais do Instituto de Medicina Tropical, VI: 369-534.
- Ito K (1982-1983). A synopsis of the life of Aldo Castellani. Euphoric et cacaphoria (A.C.M.R), 12: 1-8.
- Castellani A (1968). Microbes, Men and Monarchs. London, Victor Gollanz Ltd.
- Binazzi M (1991). Italian Memoirs of Aldo Castellani. International Journal of Dermatology, vol 30 : 741-745.
- Amaral I (2012). Bactéria ou parasita?: a controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 19(4): 1275-1300.
- Castellani A (1903). Presence of trypanosoma in sleeping sickness. Proceedings of the Royal Society, 71: 501.
- (1913). Sleeping Sickness. The Times. September 22.
- (1917) The discoverer of the cause of sleeping sickness. To the editor of British Medical Journal. British Medical Journal, September 15.
- Castellani A (1957). Correspondência de Aldo Castellani para J. Davies. 27 Agosto. Carta datilografada. Espólio de Aldo Castellani, IHMT.
- (1927). “Microbe Hunters”. American Medical Association. April 2, 88, 1907-1008.
- Lafford MAH (1935). The mystery of sleeping sickness. Medical Record. December 35. Davies JNP (1962). The cause of sleeping sickness? Entebe 1902-03. Par I. East African Medical Journal, 39 (3), 81-99.
- Davies JNP (1962). The cause of sleeping sickness? Entebe 1902-03. Par II. East African Medical Journal, 39 (4), 145-160.
- Castellani A (1966). Correspondência de Aldo Castellani para C. Dolman. 3 Agosto. Carta datilografada. Espólio de Aldo Castellani, IHMT.
- (1968). Entrega das insígnias das palmas académicas ao Professor Aldo Castellani, em 28 de Março de 1968. Lisboa, Academia das Ciências de Lisboa, 40: 52-58.
- Ito K (1964). Aldo Castellani, 1874-1971. Bull. N. Y. Acad. Med., 60 (10): 1011-1029.
- Castellani A (1962). Long viability – over a year – of many pathogenic fungi and certain bacteria in sterile distilled water, an a simple method for the maintenance of fungi in mycological collections. Anais do Instituto de Medicina Tropical, 19 (1/4): 5-8.
- Castellani A (1954). A brief note on Bacillus cascaianensis (= Krusella cascaianensis) cast. its taxonomic position. Clinica malattie Tropicali. Roma. Tipografia E. Pinci.
- Castellani A (1956). A brief note on Bacillus cascaianensis (Cast. 1954) and its taxonomic position. Clinica malattie Tropicali. Roma. Tipografia E. Pinci.

# Rural hygiene in the early years of the World Health Organization: another casualty of the Cold War?

*A higiene rural nos primórdios da Organização Mundial de Saúde: outra vítima da Guerra Fria?*

---

**Socrates Litsios**

Retired (1997) Senior Scientist, World Health Organization

Litsioss@bluewin.ch

## Abstract

Rural hygiene was a major program in the League of Nation's Health Organization (LNHO). During WHO's early years steps were taken to develop rural hygiene programs in several countries and to incorporate it as part of WHO's priority program of environmental sanitation. Nevertheless, by the early 1950s these initiatives failed to move forward for various reasons, one of which was the growing importance of the Cold War in America's foreign policy.

**Key Words:**

Rural hygiene, public health, environmental sanitation, Cold War, World Health Organization.

## Resumo

A higiene rural constituiu um grande projeto da Organização de Saúde da Liga das Nações. Os primeiros anos da Organização Mundial de Saúde foram canalizados para o desenvolvimento de programas de higiene rural em vários países e para os incorporar como parte do programa prioritário do saneamento ambiental da OMS. Todavia, nos primeiros anos de 1950, estas iniciativas não conseguiram avançar por vários motivos, entre os quais se situa a importância crescente da Guerra Fria, na política externa dos Estados Unidos.

**Palavras Chave:**

Higiene rural, saúde pública, saneamento ambiental, Guerra Fria, Organização Mundial de Saúde.

## Introduction

Much has been written about the early years of WHO and the impact of the Cold War on its programs. John Farley's book *Brock Chisholm, the World Health Organization & the Cold War*, provides a comprehensive account of the trials and tribulations encountered in the creation of the Organization and in its early development [1]. Randall Packard, in his various works, has described how Cold War politics played an important role in forcing WHO away from its original vision. In particular, Cold War "tensions limited the ability of the postwar international organizations to carry out their early commitments to broad based integrated approaches to health and development, and encouraged instead reliance on narrow technical programs, made possible by advances in technology and science during the war" [2: 112].

Particular attention has been given to how the Cold War affected WHO's global malaria control/eradication campaign. Prior to the advent of DDT, it was believed that successful control would require attention being given to broader approaches to health and development; with the arrival of DDT, "the association of rural malaria control with rural economic (agricultural) development radically diminished" [3: 256].

Rural hygiene, as such, is not discussed in Farley's book, which in some ways is not surprising as he paid little attention to the legacy of the League of Nations Health Organization (LNHO), where rural hygiene had developed into a major program before the onset of World War II. The lack of attention to the work of the LNHO is also understandable as Farley published his book in 2008, one year before Iris Borowy's authoritative and detailed account of the work of the LNHO was published [4].

One purpose of this paper is to make more complete Farley's history, first by summarizing the LNHO program on rural hygiene before looking at how it fared during WHO's early years. What emerges does not contest the general view of the negative impact of the Cold War on WHO's work. On the contrary, by focusing on rural hygiene, we get to see in greater detail the obstacles that WHO faced at that time, ones that severely limited and narrowed its immediate development. Given the fact that the LNHO rural hygiene policy was resurrected as part of the primary health care movement that enveloped the organization some 20 years later, one can only lament what was lost.

## LNHO heritage

Rural hygiene was a major program in the League of Nations' Health Organization (LNHO). It emerged in the late 1920's following a comparison of model areas in Western Europe, "where problems of rural hygiene had been satisfactorily solved", with areas of in Southern and Eastern Europe, "where problems were still acute" [4: 200].

Subjects addressed were healthful living (nutrition, drinking water, sewage and waste disposal, milk and housing) and sanitary administration (district level organization of medical services, school health, infant welfare, anti-TB campaign, etc.). A European Conference on Rural Hygiene, held in 1931, was followed by the gathering of information on these conditions using study tours and interchanges.

Steps were taken almost immediately to organize conferences on rural hygiene in Africa and in Asia. Two Pan-African Conferences were held in South Africa in 1932 and 1935. That of Asia was held in 1937 in Bandoeng, Indonesia. Its scope was broadened to include elements of rural reconstruction, particularly agriculture, education, and cooperative movements.

The Bandoeng Conference approached the problems of rural hygiene from an "intersectoral and interagency perspective and focused not only on the need to improve access to modern medicine and public health but also on the fundamental challenges of educational uplift, economic development, and social advancement" [5: 42]. The subjects addressed were health and medical services; rural reconstruction and collaboration of the population; sanitation and sanitary engineering (housing, water supply, disposal of house refuse and other wastes, and fly control); nutrition, and measures for combatting certain diseases in rural districts (malaria as well as plague, hookworm, tuberculosis, pneumonia, yaws, leprosy and mental diseases). Each subject was dealt with by a Commission or sub-Commission. Given its scope, no attempt is made to even summarize its outcome, especially as much had been written about its importance [2,4]. Nevertheless, note is taken of some recommendations, especially those that pertain to poor rural areas of the world, least covered by any form of organized health services, i.e. the problematic faced by WHO at its creation.

Concerning health and medical services, the Conference concluded that:

- Preventive medicine is the cheapest means of improving the health conditions of the population in the rural areas, and it is along preventive lines that the effort should be principally directed.
- It is absolutely necessary to bring medical and health services as near to the population as possible, but the decentralization of activities should be guided and supervised by a central body in order to maintain efficiency and ensure a uniform policy.

Concerning the use of auxiliary staff, emphasis was placed on the necessity for ensuring that all members of the auxiliary staff receive adequate training in hygiene and preventive medicine (training to be as simple and practical as possible, care to be taken that training does not make them lose touch with the people, etc.), while concluding that the composition of the auxiliary staff relative to the kind of work they are called upon to do will vary in different areas.



Also:

- A large body of adequately trained auxiliary personnel is important to ensure that the connecting link between the rural inhabitant and the medical men may be as efficient as possible.
- It is essential to the proper functioning of a health service that the emoluments offered be fully adequate so that the right type of man with proper training may be attracted and retained, and enabled to devote his full time to the service.

The Commission dealing with rural reconstruction called for the planning and execution of Government services to be coordinated so as to be integrated, comprehensive and effective. Each village or group of villages should have an organization of its own – namely, a committee for conducting its affairs and promoting its welfare in all directions. These committees in turn should be advised by a committee of management consisting of Government experts, representatives of villages and other non-officials. The village committees may be entrusted with duties relating to water supply; sanitation, house improvement and village-planning; construction and maintenance of village roads and waterways; social and recreational activities including playgrounds; and education of adults, both men and women.

Also, in a much quoted conclusion, given its political implications, the Conference judged that “without land reform . . . rural reconstruction will not rest on a permanent basis; serious consideration of this problem and the study of methods best adapted to local conditions is urgently recommended to Governments” [6:26].

While the Conference did not identify any country as having satisfied these recommendations, even in part, several of the background papers as well as on-going programs illustrated certain positive experiences. These included the training of ‘native medical practitioners’ (NMPs), who have “undoubtedly played the largest part in arousing the confidence of the native in western methods of treating disease . . .” [7:9]. China’s rural health program in Tingsien county led by CC Chen, which is considered to be the precursor of the bare-foot doctor that gained global prominence in the 1970s, in which lay workers, selected by village leaders and drawn from the farming population, carried out essential health promotion activities [8] and the program of Dr John L Hydrick, an Rockefeller Foundation staff member stationed in nearby Bandoeng, which “aimed to communicate the usefulness of hygiene measures to the population by simple and practical demonstration, films and public lectures, home visits, etc.” [9: 67].

Hydrick’s 60-page book, from which this last quote was taken, is essentially a ‘do-it-yourself’ manual, largely dedicated to environmental sanitation: latrine building, boiling of water, making houses safe, bringing clean water into the schools, protecting food from flies, et al. Health education was a central theme in Hydrick’s program. Educational methods and materials used elsewhere were altered to make them suitable for use under local conditions. Campaigns were begun “on a small scale in order to keep the cost of work and the cost of necessary changes within

reasonable limits”; work was extended “slowly and only as results justified extension” [9:3].

The detailed activities of each of the field stations that Hydrick established were carried out by hygiene mantris, midwives, and other members of the subordinate personnel. Mantris were health workers who initially were concerned with educating the public about hookworm before moving on to other problems. They were all males (at first), were literate, spoke well and inspired confidence. Midwives entered the program at a later date. Hydrick arranged for their training to be conducted by experienced midwives

The diseases that were most widespread where Hydrick worked were “those that belong to the great group of intestinal diseases or filth borne diseases. In the ordinary living habits of the people of the rural areas, the pollution of surface soil and streams is far more common than the use of latrines. Of all the diseases which are spread by soil and water pollution, the worm diseases are not only the easiest to explain and demonstrate, but are also the most widespread over the East Indian Islands” [9: 4]. Activities carried out concerning the prevention of soil and water pollution “were so organized that they could be used as a basis for building up small health services” [9:24].

The Bandoeng Conference represented the last major initiative on the part of the LNHO concerning rural health.

## Post-war carryover

The threat of war dramatically reduced the activities of the LNHO; it did not survive World War II. Country programs were equally affected. None of the programs cited above (China, Indonesia and Suva) survived the war. What remained was in the form of written accounts and personal awareness.

Hydrick’s book was favorably reviewed in the *AJPH*: This book is much more than a delightful report of outstanding public health work; it is a philosophy of public health expressed in terms of successful experience [10:885]. Dorolle, who became WHO’s Deputy Director General in 1950, translated it into French in 1938 and also arranged for its translation into Spanish in 1944. In his extensive introductory commentary to the French version, Dorolle expressed his admiration for Hydrick’s book in multiple ways: its simplicity, the progressive manner in which Hydrick carried out his work, his experimental and realistic spirit, his meticulous care to detail, his concern for educating health workers, to name just a few. There was much to be learned in Hydrick’s school and much to be gained by following certain of his principles concluded Dorolle.

John B Grant, a Rockefeller Foundation staff member, who helped shape the pre-WWII program in China, played an important role in promoting similar ideas after the war, as discussed below. China’s experience, as well as that of Hydrick’s, was witnessed firsthand by Harry Gear, “who was largely responsible for the establishment of the health centre at Pholela [South Africa] and selecting Sidney Kark as its Director” [11]. Gear played an

important part in WHO's early history, first as South Africa's representative in WHO's Executive Board, and then as a senior staff member.

## New experiences

Grant visited Kark's program in 1947, which had been initiated several years earlier. He found it to be "one of the most forward looking and comprehensive health plans of any country" [12: 181]. Its essential features included "care of the sick and prevention of illness by the doctor and nurse, associated with a programme of health education carried out by specially trained 'health assistants' acting under the direction of the doctor". The result was "a very closely integrated curative, preventive and promotive health service in which there is an ever-increasing appreciation of the community's health needs and an understanding of the various families served" [13: 101]. Each health center served a defined area within which staff conducted home visits. Center staff helped local people with simple environmental sanitation and stimulated the establishment of school feeding schemes, nursery schools, recreation clubs, gardening clubs and discussion groups.

Another early post-WWII experience is that of Ethiopia. Ironically, it was due to Ethiopia having been attacked by Italy that led to United Nations Relief and Rehabilitation Agency (UNRRA) heavily supporting health work there. UNRRA first assisted in "a rapid training course for sanitary inspectors, dressers, and health visitors" [14: 577]. This was followed by a joint US/WHO program consisting of three successive stages, the first covering very simple training for nursing and sanitary aides, the second for nurses and medical assistants, and the third, covering university training. Attention was first on the airborne diseases, principally malaria and dysentery, followed by waterborne diseases. Clinics and health centers were set up "as fast as you could train Ethiopians to run them" [15: 66]. It very quickly developed into "one of the finest health programs in the whole of Africa" [15: 65].

## WHO's chaotic beginning

It was Brock Chisholm, WHO's first Director General, who used the term "chaotic" when referring to the first years during which the Interim Commission (IC) worked to develop the early program of WHO [16:11]. While he did not specify his reasons for describing it as such, a brief account of some of the discussions that took place concerning the selection of priority subjects is suggestive of chaos. Also, it must be taken into account that Chisholm associated himself with those visionaries who were proponents of social medicine and who believed that "any improvement in the public health would require social and economic measures as well as strictly medical ones" [1:3]. In other words, he looked to the IC and WHO's governing bodies to develop programs that promoted similar ideas; that they weakly did

so, might also have led him to judge their work as chaotic.

Rural hygiene appeared in several contexts in the 'chaotic' period of the IC, sometimes on its own, other times in the guise of rural health and/or tropical hygiene/health. In a draft list of activities that WHO was currently engaged in, written in December 1947, i.e. just before the last session of the Interim Commission that had been established in 1946 to guide the development of WHO's program, rural health was listed under the section 'social medicine' along with housing, town planning and sanitation, tropical hygiene, industrial hygiene, sanitary engineering, hospitals and clinics, nutrition, medical care, natural resources, school hygiene, and recreation [17]!

When presenting this list to the 5<sup>th</sup> session of the IC, Chisholm suggested that for the purpose of the 1<sup>st</sup> WHA, which was scheduled to take place in 1948, these items could be grouped under five headings: (a) an action program that included specific activities; (b) study and analysis of a problem with a view of developing recommendations for future years' activities; (c) central staff assigned of a minimum of one medical officer, one research assistant and one stenographer; (d) a central staff of a minimum of one medical officer and one stenographer; and (e) no action to be taken during the first year. The first category implied "the provision of field services, an expert committee, demonstration teams, central staff and any other specific activities recommended", while the second category implied the provision of "an expert committee and central staff" [18:37].

Despite the fact that the budget had not yet been discussed, the IC accepted Chisholm's challenge to place the items under discussion in one of these headings. Henry van Zile Hyde, who earlier had been Chief, Health Division, UNRRA, and later Director of the Point IV Health Program within the US State Department, and was then Chief, Division of International Health, USPHS, took the lead. He placed malaria, TB, MCH and venereal diseases in category (a), while indicating that the specific activities would include field missions, fellowships, and visiting lectureships and tours. He then indicated that public health administration "should be placed in category (a)", given that "one of the main objects of the WHO was to help to develop efficient national and local health administrations in all countries" [18:38]. To this he would attach tropical hygiene, rural hygiene, industrial hygiene, sanitary engineering, hospitals and clinics and medical care, as well as public health nursing.

While the Commission went along with almost all of his suggestions, public health administration was placed in category (c), along with most of the other items with which Hyde had grouped it, with no discussion! Tropical and rural hygiene were placed in category (b), along with nutrition, since it was indicated that joint committees with the FAO on both subjects had already been agreed to.

The only solid priorities decided upon were those of malaria, MCH, TB and venereal diseases, which had already been agreed upon earlier. In the IC's final report to the WHA, it was noted that "the fundamental importance of rural hygiene in the health of the populations of vast areas of the world is generally recog-

nized, and the environment and character of life of rural populations call for a special approach". It was also noted that such an approach had been developed by the LNHO for Europe in 1931 and for the Far Eastern countries in 1937. Sanitary engineering was cited as being of importance to "all public health activities" [18:11]. It is difficult to judge which IC members were aware of LNHO's approach as the only other reference to it is to be found in a background paper prepared by Andrija Stampar. Another person who likely knew of the LNHO's history is Hyde, who in 1975 read to a group discussing community medicine "a document and asked them how they liked that; if that seemed to cover what they had in mind. They all agreed it did, and at least one of them thought this was something I'd just written and was testing on them" [19:74]; it was an excerpt from the Bandoeng report, a policy direction that Hyde pursued when he was with the USPHS.

### **Environmental sanitation joins list of priorities**

When the 1<sup>st</sup> WHA took place, Martha Eliot, US delegate, took the occasion to suggest "adding to the four priority items the major category of environmental hygiene, to include the diseases borne by water, food and insects, such as typhoid fever, cholera and dysentery", adding that such diseases "could be effectively and promptly controlled and their elimination was fundamental to any progress in health" [20:116]. Another member of the US delegation, Dr Halverson, "pressed for the inclusion of environmental hygiene in the first priority items, as many diseases arose from unsafe water, faulty sewage-disposal, poor food-protection and failure to eliminate flies. The related subjects of rural hygiene and tropical hygiene "could be amalgamated with environmental hygiene" [20:165].

The new priority granted to environmental sanitation was generally welcomed by the delegates to the 2<sup>nd</sup> WHA. When Dr MacCormack, the delegate from Ireland, suggested that "environmental sanitation be coordinated with work for the extermination of endemic diseases and should form a necessary part of the follow-up programme in any such scheme, Hyde, who was chairing the committee, indicated that MacCormack had "expressed very clearly what was, in fact, the view of the Director-General" [21:169].

As outlined by the first WHO Expert Committee responsible for Environmental Sanitation that took place in September 1949, environmental sanitation referred to the control of a long list of items, including methods for the disposal of excreta, sewage, and community wastes to ensure they are adequate and safe; water-supplies, to ensure that they are pure and wholesome; housing, to ensure that it is of a character likely to provide as few opportunities as possible for the direct transmission of disease, especially respiratory infections, and encourage healthful habits in the occupants; arthropod, rodent, mollusk, or other alternative hosts of human disease;

and infections commonly acquired or transmitted by the alimentary route, especially the enteric group; infections commonly acquired by the respiratory route; infections commonly acquired by surface contamination, which included yaws, leprosy and hookworm disease; and infections transmitted through the agency of an alternative host, which included malaria, yellow fever, leishmaniasis, bilharziasis, plague and epidemic typhus.

The Committee thought it evident that the sanitation of the environment is "literally the foundation upon which a sound public health structure must be built". Without it the superstructure "will be costly, weak, and insubstantial." If all of its constituents are not firmly designed, the "structure will still totter" [22:5-6]. One is tempted to add 'amen'.

The committee met again in 1951, when it was asked Chisholm to "devote its attention ... to the specific problem of education, training, and utilization of personnel for environmental sanitation [23: 3]. It remained at pains to provide specific guidance for "underdeveloped or emergent countries" due to "the wide variety and complexity of the systems presently in use", and to the "many different ways" in which the systems of local and central government exercise their control of the environment [23: 5]. However, it did identify the categories of personnel involved which ranged from sanitary engineers "to serve as true professionals at the various levels of responsibility relating to the environment in public health and associated organizations", to sanitarians who were grouped under the titles health inspector, health assistant, and health aid [23:9]. Health inspectors were "the backbone of the sanitary service" and were expected to have sufficient education to matriculate at a university. Also included were voluntary leaders for the mobilization of self-help, who it was hoped would include local leaders, village school-masters and "young men with enthusiasm who work or own property in the village..." [23:12].

The 3<sup>rd</sup> session of this Committee, which met in 1953, addressed the sanitation problems of small communities in under-developed countries and methods of solving these problems. Dr Marcolino Candau, WHO's Director-General (1953-1973), in his opening comments, stressed two points: a program of rural sanitation cannot be successful without the active participation of the local community, and it is necessary for all health workers at every level to participate in well-designed programs of health education of the rural population [24: 3].

The Committee stressed the fact that "sanitation was fundamental and basic to individual and community existence" [24: 4]. Furthermore, "it should be considered axiomatic that environmental sanitation programmes in underdeveloped areas should be integrated with general community development, and particularly with agricultural progress" [24: 5].

The administrative structure should provide the "simplest possible mechanism for the local health worker to obtain technical guidance from and consultation with staff at the next

higher administrative level of government. Other technical services, such as laboratories, health education, and investigations, should be correlated with the needs of the rural sanitation program” [24: 13].

The committee emphasized “the essential value of sanitation personnel who can enter into people’s homes”. Health aids should be able to do so. Employing women at this level was judged to be of “considerable value” as “many countries” had been successful in using “trained women in both domestic and community sanitation programs” [24: 16].

Given the global importance assigned to malaria at the time, it is of note that the Committee, chaired by George Macdonald, a leading figure in the global malaria eradication campaign, recommended that “in every area in which vector control is a primary need, suitable measures should be taken, but as an integral part of the general programme of environmental sanitation. It is emphasized that this activity should not take such precedence in the programme as to exclude action in the safe disposal of excreta and in the provision of safe water-supplies” [24: 14].

Taken as a whole, this report is the closest in spirit and in content to the Bandoeng report of all WHO papers produced around that time.

## Promising initiatives

President Truman’s Point IV program, initiated in 1949, opened the door to America providing technical assistance to underdeveloped areas. Stanley Andrews was asked to take charge of this program, which he did until Eisenhower’s election in November 1952. His oral history account of his term as director provides ample evidence of how difficult it was to overcome Congressional opposition (mostly on the part of the Republicans) and bureaucratic opposition (mostly in the form of different agencies within the Administration competing with each other or simply reluctant to take technical assistance seriously). Nevertheless, he tells of how Hyde “did a marvelous job “of mapping out a world health program” and where Point IV fit into it (15, p120). What is clear from this testimony is that there were elements in the Administration that were favorable to the kinds of programs that Hyde approved of, which included rural hygiene. It was one of these elements that led to Grant being engaged in 1950 to develop “an emergency program . . . of assistance to southeast Asia” [25].

Grant undertook a tour to explore possibilities for inter-agency cooperation (America’s Economic Cooperation Administration (ECA), WHO and UNICEF). Hopes were high as the ECA had “secured the release of \$63,000,000 of China Area ECA funds for allocation to southeast Asia” for which 6 million were available for public health in the coming 15 months [26].

Grant proposed two “immediate measures” – every country becoming self-contained in the production of vaccines and sera for the common immunisable diseases, and measures directed towards the building up of the services required for nation-wide

prevention of uncontrolled major preventable diseases. Concerning the latter point, he stressed two steps: the institution and extension of environmental sanitation services, particularly rural, and the institution and extension of the personal health services, both of which were “now practically non-existent” [26].

He identified a number of elements to be covered by environmental services: insect control through residual DDT spraying, and provision of potable water supplies and adequate night soil disposal in the villages. In as much as labor is a major factor of cost in undertaking these measures “it is important that the principle of ‘village self-help’ be instituted. This would entail the establishment of village health committees who would be responsible for procuring the non-technical labor when the insect control and sanitation teams reach each village” [26].

Chisholm engaged Cora Du Bois, an American cultural anthropologist, to explore “the possible value of anthropology in public health” [27]. Grant paid careful attention to her work, using each of his visits to Geneva to find out how she was progressing. They seemed only to have met once when they both participated in a meeting held in the UNICEF office in Bangkok in August 1950 to discuss the implications of a ‘tentative budget’ by the US ECA for Thailand of an amount of nearly 3 million US\$. A few days later another meeting was organized specifically to discuss with “Dr Cora Du Bois . . . some of the basic questions regarding operational planning” that had arisen from the previous operational discussions” [28]. Mr Keeney, UNICEF officer in charge of the Bangkok office, indicated that there was no disagreement as to the principle that Du Bois was advocating, but he pointed out that UNICEF “was not a very powerful force in the situation because the ‘big money’ does not come from us”. He further pointed out that “UNICEF has to wait till it is invited to join in wider conferences, such as with ECA or else make arrangements to be invited” [28].

Milton Roemer was hired in 1950 to visit two countries, Ceylon and El Salvador, to spell out what shape a demonstration project might take in each of those countries. Before taking up this assignment, Roemer was a member of the commissioned corps of the US Public Health Service. He was also co-author of a book on rural health and a student of rural health programs in different nations. Perhaps in anticipation of his eventually working for WHO, he had already indicated in 1947 that WHO would “devote much of its efforts to the advancement of rural public health services throughout the world [29: 63-64].

Both reports prepared by Roemer concerning demonstration areas are substantial documents; that of El Salvador was 233 pages long! Roemer identified the important objectives of such an area in the following terms: 1. to demonstrate a unit of well-balanced health services (including medical and dental care) within the economic resources of a community; 2. to demonstrate the modern methods and techniques in medical science as applied to a community for the prevention of diseases and promotion of health of the people; and 3. to demonstrate that health is the determining factor in an organized effort in social and economic development of an area. By organizing the simultaneous multiple

approaches, the social and economic development of a community can be achieved more efficiently and effectively.

Recognizing that the USPHS did not have enough personnel “to do it alone”, Willard Thorp, Assistant Secretary of State for Economic Affairs, called upon US public health workers to “volunteer to go out and take their places in this unique enterprise in building a healthier world” [30: 1483]. Hyde soon added his voice to this call, specifically aiming it at America’s public health engineering staff. Since “health is one of the roots of social and economic progress, it is incumbent on us”, said Hyde, “to press forward its development throughout the world as rapidly and effectively as possible.” The “problem is in the first instance one of sanitation. The key to it is held, in almost unique fashion, by the sanitary engineers of America” [31: 1].

When Dr Daubenton took over as Regional Director of the newly established African Regional Office in the early 1950s, he expressed the opinion that “it was impossible to consider health and disease in Africa as isolated factors; the environment, sanitary engineering problems, and social and anthropological conditions had also to be taken into account” [32: 7]. Dorolle went further; he wrote of the “absolute necessity to associate ethnological studies with all health actions” [33: 315]. Dorolle managed to engage Jean-Paul Lebeuf, a very eminent French ethnologist, to work for WHO’s African regional office for several years. Dorolle was one of the very few individuals still engaged in international health work who had participated in the 1937 Bandoeng Conference.

*Public health problems in rural areas* was the subject for the technical discussions at the Seventh World Health Assembly held in May 1954, under the chairmanship of Andrija Stampar. A list of references on rural hygiene was compiled by the WHO Secretariat to assist participants in their discussions. Some 309 references were cited, including five LNHO publications, Hydrick’s book, six of Roemer’s papers, 4 on South Africa and 2 on China. Again rural sanitation was recognized as being of vital importance; “in less developed countries it is of first importance” [34: 5].

## America’s politics undermines global rural hygiene initiatives

This brief section is confined to examples related to the initiatives described above.

UNRAA was essentially an American funded and run organization. Republican members in the US Congress viewed UNRAA primarily as a solution to the problem of large agricultural surpluses; they opposed any efforts at institution building since it did nothing to advance food exports. Lacking congressional support, UNRRA was closed down just as WHO was being created.

Matters seriously deteriorated following Eisenhower taking over the presidency in January 1953. The ECA was replaced in 1951 by the Mutual Security Agency (MSA), which was replaced in 1953 by the Foreign Operations Administration. These shifts “hampered US development assistance in significant ways and

tied it ever more strongly to often uncoordinated economic, political, and social objectives and programs, while an increasing amount of aid went to military purposes” [35: 31]. Harold Stassen, who was made Director of the MSA, was “convinced that not all that had gone beforehand was acceptable to the new administration”. He “and Company” were suspicious of “far left organizations” and of anyone that had any association with such organizations [36: 39]. What had been favored earlier was now objected to, as Andrews remarked concerning the program in Ethiopia – he got “hell for it” because he was “putting some of our materials and some of our money in a United Nations deal and also our technicians” [15: 65]. It was Andrews who judged the Ethiopian program to be the best in Africa, as noted above.

Grant witnessed the collapse of promising initiatives due to the retreat of American support to broad integrated development projects whose development he was pursuing. None of the projects that he proposed were initiated.

Efforts to encourage American public health workers to get involved in international health were undermined by the right-wing elements in America, led by J Edgar Hoover, targeting progressive Americans. When Du Bois applied for a position at the WHO, “J Edgar Hoover ordered the Washington [FBI] to conduct a full time investigation on her” [37: 297]. On leaving WHO she joined the ranks of academia, where she continued to be harassed by the FBI. She was but one among many American anthropologists that were greatly affected by the political atmosphere in America; as noted by Margaret Mead: “the Joseph McCarthy era and the Korean War, when everybody inside the government who could have used material or insights that anthropologists could have produced, went home or got fired” [38: 258]. As well, hundreds of university professors were dismissed; medical schools “divested themselves of left-leaning faculty members” [39: 434].

A major loss was Milton Roemer being forced to resign from WHO in 1953, after the State Department revoked his passport for refusing to sign a loyalty oath, which the US required of all Americans working for the UN. The State Department went so far as to threaten any organization that employed ‘suspect’ Americans.

The pullback of American funding and the retreat of American expertise to assist in the development of rural hygiene programs effectively cut short all of the promising initiatives identified above and many more.

## Concluding comments

None of the above impacted negatively on WHO’s malaria control/eradication program. If anything, America’s Cold War politics greatly augmented the importance of malaria control, as it was believed that malaria control would contribute to agricultural productivity and that the rapid progress achieved would contribute to winning the “hearts and minds” of rural populations threatened by communism [40: 283]. On the other hand,

it seems clear that, given the extraordinary promise of DDT and the rapidity with which it impacted the presence of malaria, malaria control would have been a priority even if the times had been less antagonistic.

The same cannot be said concerning rural hygiene, which is why the title of this paper has been formulated in an interrogative manner. Rural hygiene, especially its environmental sanitation component, is a long-term affair. Great patience is required to alter traditional ways of life that interfere with local hygienic conditions. It was precisely for this reason that the contribution of cultural anthropologists was called for. However, there is little

in the literature to suggest that anthropologists would have accepted to play the educational role demanded of them, or even that they were capable of fulfilling this role.

Also, third-world governments had their own priorities, ones that did not necessarily include rural hygiene. Thus, it would be unrealistic to suggest that had there been no Cold War matters would have turned out differently.

Rural hygiene remains today as much of a challenge as it did then. However, had greater attention been given to it earlier on, valuable experience would have been gained that may have provided a basis for more rapid and wide-spread successes.

## Bibliography

- Farley J (2008). Brock Chisholm, the World Health Organization & the Cold War. UBC Press, Vancouver, Canada.
- Packard, RM (2016). A History of Global Health: Interventions into the Lives of Other Peoples. Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA (in press).
- Litsios S (1997). Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance. *Medical Anthropology*, Vol 17: 255-278.
- Borowy, I (2009). Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organization 1921-1946. Peter Lang, Frankfurt, Germany.
- Brown TM, Fee, E (2008). The Bandoeng Conference of 1937: a milestone in health and development. *Am J Public Health*, Vol 98, No. 1: 40-43.
- LNHO (1937). Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene. Geneva, League of Nations Health Organization, 1-119.
- McGusty, VMT (1937). Report on Health and Medical Services, Conf. Hyg. Rur. Orient/15. Geneva, LNHO.
- Guénel A (2006). The conference on rural hygiene in Bandung of 1937: towards a new vision of health care? Paper presented at First International Conference on the History of Medicine in Southeast Asia. Siem reap, Cambodia.
- Hydrick JL (1937) Intensive Rural Hygiene Work and Public Health Education of the Public Health Service of Netherlands India. Batavia, Indonesia.
- Turner CE (1938) Review of Hydrick's book, *AJPH*, Vol 28, No. 7: 885-886
- Shula Marks, personal communication.
- Quoted in Farley J (1991) *Bilharzia: A History of Imperial Tropical Medicine*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Kark S and Cassel J (1952). The Pholela Health Centre: A Progress Report. *The South African Medical Journal* Vol 26: 101-104.
- UNRRA (1946). *Epidemiological Information Bulletin*, 2, Washington DC.
- Oral History Interviews with Stanley Andrews <http://www.trumanlibrary.org/oralhist/andrewss.htm>
- World Health Organization (1949) Verbatim discussions of the 4<sup>th</sup> Executive Board, EB4/Min/11 Rev.1,
- World Health Organization (1947) Draft List of World Health Organization Activities, unpublished paper, M.976/47.
- World Health Organization (1948) Minutes and Documents of the Fifth Session of the Interim Commission, WHO Official Record No. 7.
- Hyde VZ Oral History <https://trumanlibrary.org/oralhist/hydehvz1.htm>
- World Health Organization (1948) First World Health Assembly, Geneva, 24 June-24 July 1948, Off. Rec. WHO No 13.
- World Health Organization (1949) Second World Health Assembly, Geneva, 13 June-2 July 1949, Off. Rec. WHO No 21.
- World Health Organization (1949) Expert Committee on Environmental Sanitation, First Report. Geneva, 12-17 September 1949, World Health Organization, Technical Report Series, No. 10
- World Health Organization (1951) Expert Committee on Environmental Sanitation, Second Report. Geneva, 15-20 October, 1951, World Health Organization, Technical Report Series, No.47.
- World Health Organization (1953) Expert Committee on Environmental Sanitation, Third Report, Geneva, 27-31 July 1953, World Health Organization, Technical Report Series, No, 77.
- Grant J (1950) diary entry 11 May 1950, Rockefeller Archives Center (RAC), Rockefeller Foundation (RF), 12.1 diaries.
- Grant J (1950) Public Health Policy – Backward Area Countries of South-East Asia, attached as annex to Grant J Diaries for 1950 (RAC, RF, 12.1 diaries)
- Grant J (1951) Letter from Grant to Andrew Warren, MD Director of the RF (RAC, RF, Record Group 2, Series 100, Box 513, Folder 3433).
- UNICEF (1950) Meeting with Dr Cora Du Bois at UNICEF/FEHQ, Bangkok, 1 September 1950. Cora Du Bois Papers (SPEC.COLL.ETHG.D852.C). Tozzer Library, Harvard College Library, Harvard University, Cambridge MA.
- Roemer M (1948) Rural Health Programs in Different Nations, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol 26, 1.
- Thorp WL (1950) New International Programs in Health, *AJPH*, Vol 40, No12, December 1950
- Hyde H van Zile (1951) Sanitation in the International Health Field, *AJPH*, Vol41, No1, January 1951: 1-6.
- World Health Organization (1955) Executive Board 13<sup>th</sup> session, EB13/min/18 Rev. 1.
- Dorolle P (1953) *Ethnologies et Problèmes Sanitaire*, Croix-Rouge, Revue Internationale de la Croix-Rouge et Bulletin international des Sociétés de la Croix Rouge Volume 35, Issue 412.
- World Health Organization (1954) *Rural Hygiene – A Selected Bibliography*, A7/Technical Discussions/6.
- Essex, J (2013) *Development, Security, and Aid: Geopolitics and Geoeconomics at the US Agency for International Development*, University of Georgia Press, Athens, Georgia.
- Skiles V (1995) Foreign Affairs Oral History Collection, An Interview with Victor Skiles.
- Price, DH (2004) *Threatening Anthropology: McCarthyism and the FBI's Surveillance of Activist Anthropologists*, Duke University Press, Durham and London.
- Quoted in Mandler P (2012) Deconstructing “Cold War Anthropology” in *American History and the Idea of the Cold War, Uncertain Empire* (Joel Isaac and Duncan Bell, eds) Oxford University Press, Oxford, UK.
- Schwartz TB (2001), Two Against McCarthyism: me and John P Peters, *Perspectives in Biology and Medicine*, Vol 44, No3.
- Packard RM (1997) *Malaria Dreams: Postwar Visions of Health and Development in the Third World*, *Medical Anthropology*, Vol 17.

# A trajetória de Francisco Cambournac na Organização Mundial de Saúde (1952-1964)

*Francisco Cambournac's trajectory in the World Health Organization (1952-1964)*

## Rita Lobo

CIUHCT – Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia  
Departamento de Ciências Sociais Aplicadas, Faculdade de Ciências e Tecnologia  
Universidade Nova de Lisboa  
rita.lobo@fct.unl.pt

## João Lourenço Monteiro

Bolsheiro de doutoramento CIUHCT – Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia | Departamento de Ciências Sociais Aplicadas, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa  
jfl.monteiro@fct.unl.pt

## Resumo

Francisco Cambournac foi um médico malariologista e epidemiologista português e uma figura de relevo no plano internacional, no campo da investigação em malária e em medicina tropical, no século XX. Desta internacionalização destaca-se a posição que assumiu na Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), nomeadamente no cargo de Diretor no *Bureau* Regional Africano, entre 1954 e 1964.

Cruzando a biografia de Cambournac com a documentação original existente no Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros, refletir-se-á sobre as motivações e constrangimentos científicos e políticos que mediaram a sua passagem pela O.M.S., tornando assim possível o preenchimento de uma lacuna atualmente existente na historiografia da medicina tropical portuguesa.

Este trabalho pretende assim poder contribuir para o esclarecimento de algumas questões, de grande relevância historiográfica para a Medicina Tropical, no período em estudo. Quais as motivações que conduziram Cambournac à O.M.S.? Que critérios estiveram na origem da sua escolha? Quais as entidades que estiveram envolvidas na escolha de Cambournac para a O.M.S.? Qual a intervenção da direção do Instituto de Medicina Tropical (I.M.T.) neste processo?

### Palavras Chave:

História da Medicina Tropical, Organização Mundial de Saúde, malária, Instituto de Medicina Tropical.

## Abstract

Francisco Cambournac was a Portuguese malariologist and epidemiologist and a prominent figure on the international stage in the field of malaria and Tropical Medicine research, in the 20th Century. From this internationalization, the position Cambournac assumed in the World Health Organization (W.H.O.), namely as Director of the Regional African Office between 1954 and 1964, should be highlighted. Crossing Cambournac's biography with the existing original documentation in the Historical and Diplomatic Archives of the Ministry of Foreign Affairs, a reflection will be made on the scientific and political motivations and constraints mediating his experience within the W.H.O., thus making it possible to fill in an existing gap in the historiography of the Portuguese Tropical Medicine.

This work is therefore intended to contribute to clarify some questions of great historiographical importance for Tropical Medicine during the study period. What were the motivations that led Cambournac to the W.H.O.? What criteria were at the origin of his choice? Which entities were involved in choosing Cambournac for the W.H.O.? What was the intervention of the Board of Directors of the Institute of Tropical Medicine in this process?

### Key Words:

History of Tropical Medicine, World Health Organization, malaria, Institute of Tropical Medicine.

## Introdução

Francisco José Carrasqueiro Cambournac (1903-1994) formou-se em medicina em 1929 [1], e especializou-se em Medicina Tropical, desenvolvendo o seu percurso profissional em torno da malariologia e da Saúde Pública. Frequentou o curso de Medicina Tropical entre novembro de 1930 e abril de 1931 [2], na Escola de Medicina Tropical de Lisboa (E.M.T.) [1,3]. O estudo da malária no Ultramar português a partir da E.M.T., arredado até então pelo protagonismo da doença do sono, assumia uma relevância progressiva dentro da Escola. Paralelamente, o estudo e o combate à malária no contexto metropolitano, que apesar de originarem preocupações desde o início do século XX, até agora insipientes, assumiam uma importância crescente para a Direção Geral de Saúde (D.G.S.) e para o seu Diretor, José Alberto de Faria (1888-1958), que demonstrava preocupação e interesse com esta doença no país [4].

Neste contexto, Cambournac ingressou como médico auxiliar na recém-criada Estação Experimental de Combate ao Sezonismo<sup>1</sup> de Benavente, em maio de 1931, que atuava sob a orientação do Diretor do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, Nicolau de Bettencourt (1872-1941) [1,5]. A missão desta Estação era dar início ao combate à malária em Portugal continental, através do apoio terapêutico, do combate aos mosquitos vetores, da propaganda educativa e da caracterização da doença, e formar médicos que pudessem apoiar a criação de novas Estações de combate à doença noutros pontos do país [4,6]. Logo de seguida, em 1932, e por proposta de José Alberto de Faria, Cambournac frequentou o Curso Internacional de Malariologia da Organização de Higiene da Sociedade das Nações, cujos estudos teóricos decorreram na Faculdade de Medicina de Paris, seguidos de estágios práticos em Itália e na Jugoslávia, usufruindo de uma bolsa de estudos concedida por aquela Organização. Durante este curso, conheceu conceituados especialistas em parasitologia e malária, tais como Émile Brumpt (1877-1951), Giuseppe Bastianelli (1862-1959), Ettore Marchiafava (1847-1935) e Alberto Missiroli (1883-1951) [7], e privou com Léon Bernard (1872-1934), professor da Faculdade de Medicina de Paris, fundador e representante da Organização de Higiene da Sociedade das Nações. Seria Bernard quem viria a incentivar e influenciar a sua escolha pela malariologia e pela Saúde Pública [8,9].

Ao terminar o curso de malariologia regressou a Portugal, à Estação Anti-Sezonática de Alcácer do Sal, para dar continuidade ao projeto de luta anti-sezonática da D.G.S.. Na sequência do seu trabalho, e juntamente com o médico português Fausto Landeiro (1896-1949) que integrava a Estação de Benavente desde o início da sua atividade. Cambournac iniciou a colaboração com a Fundação Rockefeller (F.R.)<sup>2</sup>, como representante da D.G.S., em maio de 1933, num inquérito epidemiológico sobre a malária em Portugal [4,8,10]<sup>3</sup>. A cooperação da F.R. com o Estado português

decorria da participação portuguesa na Organização de Higiene da Sociedade das Nações, com a qual a F.R. colaborava estreitamente, dando apoio técnico e financeiro, seguindo os princípios filantrópicos da Fundação americana nos países estrangeiros [5,11]. O resultado direto desta colaboração foi a criação da Estação para o Estudo do Sezonismo em Águas de Moura (E.E.S.A.M.) em 1934 pela F.R., destinada à investigação e ao ensino da malariologia. A direção da Estação foi assumida pelo seu representante em Portugal, Rolla B. Hill, e Cambournac foi convidado para Diretor de campo [1,8].

A partir da E.E.S.A.M. e com o apoio da F.R., amadureceu e consolidou os seus conhecimentos acerca do combate e do tratamento da malária, e continuou a sua formação no circuito internacional, que viria a ser fundamental para os cargos que ocupou mais tarde no país e no estrangeiro. Com uma bolsa da Fundação em 1935, frequentou o curso de Higiene e Medicina Tropical na Escola de Medicina Tropical de Hamburgo, intensificando os seus estudos em entomologia e estatística aplicada à hereditariedade. Passou depois pelo Instituto Pasteur de Paris, pelo Instituto Colonial de Amesterdão, pela Escola de Higiene e Medicina Tropical e pelo Instituto Ross em Londres, pela secção de Entomologia do Museu Britânico e pela secção de Malarioterapia do Horton Mental Hospital de Epsom, com o prolongamento daquela bolsa.

Cambournac era capaz de conciliar facilmente diferentes contextos de trabalho, mesmo que geograficamente muito separados. Enquanto dirigia os trabalhos de campo da E.E.S.A.M. entre 1937 e 1938, encabeçou a fiscalização sanitária das obras de hidráulica agrícola (que decorriam no país) para a prevenção de infeções maláricas entre os trabalhadores; integrou as Comissões do Ministério da Agricultura que elaboraram a nova Lei da Cultura do Arroz; definiu os princípios para a organização dos Serviços Anti-Sezonáticos no início de 1938; realizou o curso de Higiene e Medicina Tropical da Escola de Londres; visitou a Escola de Medicina Tropical de Liverpool e a Secção de Entomologia do Museu Britânico [1,12,13]. Aí, contactou com o entomólogo Frederick Wallace Edwards (1888-1940) de quem recebeu o apoio para descrição de uma nova espécie de mosquito do género *Aedes* que encontrou em Portugal [1,14]. Neste período, foi ainda nomeado representante de Portugal no III Congresso de Medicina Tropical e Malária realizado em Amesterdão em setembro de 1938, pelo Instituto para a Alta Cultura. Assumiu a vice-presidência da Secção de Medicina Tropical, na sessão dedicada às comunicações sobre Filária [1], e apresentou uma comunicação intitulada “A Malária e a Organização da Luta Anti-Malárica em Portugal”, em colaboração com Fausto Landeiro e Rolla B. Hill [15].

O reconhecimento da importância da E.E.S.A.M. na F.R. e pelo Estado português originou a conversão da Estação em Instituto de Malariologia (I.M.), no final de 1938. O Instituto destinava-se à investigação e ao ensino das problemáticas



da Malária, sendo Cambournac o sub-Diretor [1,8,16]. A partir do novo Instituto dedicou-se aos problemas da malária, da sanidade e da nutrição nas comunidades rurais, à febre recorrente<sup>4</sup>, à filariase canina, e identificou e descreveu novas espécies de insetos [8]. Organizou e dirigiu o primeiro Curso de Malariologia em Portugal com a duração de dois meses, em 1939, bem como os cursos nos anos subsequentes, a par do Curso de Técnica de Profilaxia Sazonática. Promoveu ainda as obras de expansão com a construção de um Hospital [8]. Viu o mérito do seu trabalho reconhecido pela D.G.S. e pela F.R. em dezembro de 1939, ao ser nomeado Diretor do Instituto de Malariologia, cargo no qual se manteve até 1954 [1].

Paralelamente, Cambournac começou a lecionar na cadeira de Hematologia e Protozoologia do Instituto de Medicina Tropical (I.M.T.)<sup>5</sup> em 1939, colaboração que manteve no ano seguinte. Quando em 1941 surgiu uma vaga para professor auxiliar da cadeira de Higiene, Climatologia e Geografia Médicas do IMT, candidatou-se à posição, ocupando-a em Fevereiro de 1942 [16]. Apoiando-se na sua experiência, prontamente dinamizou a disciplina remodelando o programa com o alargamento da componente prática e planeando um posto meteorológico e um insectário, destinados à criação laboratorial de insetos para o estudo, a investigação e o ensino.

No I.M., Cambournac dedicou-se à profilaxia e terapêutica da malária, ao tratamento da paralisia geral de alienados e ao tratamento da Neurosífilis assintomática através da técnica de malarioterapia. No I.M.T., foi secretário do conselho escolar e Diretor da biblioteca e do Laboratório de Análises Clínicas. Aqui assumiu também as responsabilidades letivas, a organização e direção do serviço de vacinação contra a febre-amarela, a preparação dos projetos para a organização dos Institutos de Investigação Médica nas Colónias e para a construção de um pavilhão destinado à preparação de vacinas e soros anti-venenosos [8,16]. A partir de 1944, quando o I.M.T. retomou as missões científicas ao Ultramar, integrou várias missões organizadas e realizadas aos territórios portugueses de África e Índia [2,8,16]. Estas missões dar-lhe-iam a preparação necessária para as missões científicas e diplomáticas que realizaria poucos anos depois.

## A escolha de Cambournac para a O.M.S.

O prestígio científico internacional que Cambournac adquiriu como malariologista e epidemiologista nesta época, a partir do Instituto de Malariologia e do Instituto de Medicina Tropical, aliado ao seu temperamento tranquilo, afável e diplomático, à sua experiência e às suas ligações à Sociedade das Nações e à Fundação Rockefeller, levaram-no a representar Portugal na Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova Iorque no dia 22 de julho de 1946. Cambournac

assinou a Constituição que criou a Organização Mundial de Saúde, que definiu o conceito de “Saúde” à escala global. Portugal tornou-se assim membro fundador desta organização [2,8].

Com o início formal de atividade da O.M.S. em abril de 1948, passou a integrar o Comité de Peritos do Paludismo<sup>6</sup> e as delegações portuguesas que participavam nas suas reuniões [2,9]. O Instituto de Malariologia que dirigia, colaborava regularmente com a O.M.S. em projetos de luta contra a malária e recebia bolséis de diversos países da Europa, do Médio e Extremo Oriente, e de África, para a frequência dos cursos por si organizados [8]. Em agosto de 1949, a O.M.S. solicitou-o para realizar um estudo em África Equatorial sobre a malária e outras endemias, que servisse de base à Primeira Conferência de Malária a ser realizada naquela região e que a O.M.S. considerava de elevada prioridade. Não só Cambournac se lançava cientificamente para o território africano, como a sua presença no Comité de peritos de malária lhe permitiu, simultaneamente, colocar o problema da malária na metrópole portuguesa no contexto da saúde pública internacional. Em Fevereiro de 1950, escreveu um relatório sobre aquela doença em Portugal [17], ainda antes de iniciar a sua viagem de 7 meses pelo continente africano visitando as administrações dos serviços de saúde da maior parte dos países. O relatório sobre a malária e outras doenças da África Equatorial foi entregue em outubro de 1950, um mês antes da realização da Conferência na cidade por si indicada, Kampala [18,19]. No encontro, foi, então, um dos vice-presidentes da Conferência da Malária e fez parte da Comissão que redigiu o relatório dos debates da Conferência [19]. Com base na decisão tomada para se instalar um escritório da O.M.S. em África, propôs Brazzaville como a cidade de acolhimento, capital onde seria depois instalada a sede africana [20].

A par da atividade da O.M.S. em África, surgiu a Comissão para Cooperação Técnica na África Subsaariana (C.C.T.A.), estabelecida em 1950 através de um acordo intergovernamental que viria a ser assinado em 1954, com o objetivo de garantir a colaboração técnica entre territórios. Os Gover-

1 - Designação portuguesa para a malária.

2 - A Fundação Rockefeller foi criada por John Davison Rockefeller (1839-1937) em 1913 com a missão de “promover o bem-estar da humanidade por todo o mundo” (<https://www.rockefellerfoundation.org/our-work/>). Website oficial da Fundação, consultado a 15-05-2016). J. D. Rockefeller, tal como outros homens do seu tempo de que são exemplo Andrew Carnegie e Alfred Nobel, investiu em projetos filantrópicos que contribuíssem para a melhoria da humanidade, aproveitando a fortuna acumulada no negócio do petróleo ao qual se havia dedicado. No final do século XIX, a ciência foi uma área privilegiada do investimento realizado por parte dos filantropos abastados da época e que se tornariam conhecidos como os criadores da filantropia moderna (Jon Agar, *Science in the Twentieth Century and Beyond*, Polity Press, 2012).

3 - A colaboração entre o Estado português e a Fundação Rockefeller decorria desde 1932, com o objetivo de debelar a doença em Portugal.

4 - Na sequência do seu trabalho, a *Borrelia* hispânica, transmitida pela carraça *Ornithodoros maroccanus*, foi erradicada em 1951.

5 - O Instituto de Medicina Tropical foi criado 1935, sucedendo-se à Escola de Medicina Tropical criada em 1902.

6 - Sinónimo de malária.

nos membros que constituíam a C.C.T.A. possuíam responsabilidades em África a sul do Saara. A Comissão liderada por Paul Henry (1918-1998) reunia pelo menos uma vez por ano, dispunha de uma Comissão de aconselhamento científico, e integrava representantes dos governos da Bélgica, da Federação da Rodésia e Niassalândia, de França, de Portugal<sup>7</sup>, da União Sul Africana, e do Reino Unido, e incluía a participação observadores da O.M.S., da *United Nations International Children's Emergency Fund* (U.N.I.C.E.F.) e da própria C.C.T.A., de Itália e do Sudão [21].

Quando em Maio de 1952 decorreu a reunião da C.C.T.A. na Cidade do Cabo [21], as delegações inglesa e francesa exprimiram diversas vezes, a título oficioso, o desejo de ver o lugar do diretor do *Bureau Regional Africano* da Organização Mundial de Saúde, o médico François Daubenton (1888-1965),<sup>8</sup> que se aposentaria no final desse ano, ocupado por Cambournac. Portugal tinha já apresentado uma proposta para a criação de um *Bureau* do C.C.T.A., e não havendo tal sido ainda aceite, seria de toda a conveniência política a existência de um candidato português na Direção do *Bureau Regional* da O.M.S., merecendo essa entidade e por esse motivo, a confiança das instituições nacionais. Neste contexto, apesar de se tratar de uma iniciativa de duas delegações internacionais, o Ministério dos Negócios Estrangeiros (M.N.E.) português sugeriu ao Governo que se tomassem as diligências diplomáticas com o intuito de obter “a unanimidade de votos, tanto dentro da C.C.T.A. como por parte da Espanha e da Libéria que, não pertencendo à Comissão, são todavia membros do *Bureau Regional*” [22]. Sendo Cambournac professor no Instituto de Medicina Tropical, também a Direção Geral de Ensino (D.G.E.) foi designada para tomar conhecimento e para contactar o I.M.T. [23].

Coube ao Diretor do Instituto de Medicina Tropical, João Fraga de Azevedo (1906-1977), responder ao Diretor-geral do Ensino informando-o do seu apoio a esta nomeação. A decisão foi tomada analisando os prós e os contras que adviriam da ausência de Cambournac do Instituto. Por um lado, a lacuna que deixaria no corpo docente e a interrupção das iniciativas até ali desempenhadas com êxito; por outro, e a bem do interesse e da honra do país, a sua escolha para o cargo na O.M.S., traria vantagens científicas e políticas para Portugal, no contexto internacional. Como resultado, Fraga de Azevedo informou a D.G.E. de que o parecer do corpo docente do Instituto era favorável àquela proposta para o cargo de Diretor Regional Africano da O.M.S. [24].

Numa carta confidencial, remetida de Londres a 3 de junho de 1952, o embaixador português Rui Ennes Ulrich (1883-1966)<sup>9</sup> dava conta de uma conversa ocorrida a 31 de maio, entre o representante junto do secretariado da C.C.T.A. e o secretário-geral desse organismo, Paul Henry. O tema era a sucessão de François Daubenton no cargo de diretor do *Bureau Regional Africano*, por atingir o limite de idade. Durante a 5ª Assembleia Mundial de Saúde, que ocorrera em Genebra entre 5 e 22 de maio, Henry marcou presença a con-

vite da O.M.S. na qualidade de observador representante da C.C.T.A.. Jacques Parisot (1982-1967), chefe da delegação francesa também presente na conferência, revelou em conversa com Henry, ser sua opinião que os governos membros da C.C.T.A. representados na Repartição Regional Africana da O.M.S. deveriam acordar o nome de um candidato que viesse a substituir Daubenton. De preferência, uma pessoa que fosse “conhecedora dos interesses dos respetivos países em África” [25], e, para os franceses, essa pessoa seria Cambournac. De regresso a Londres, Henry encontrou-se com o sub-secretário no *Colonial Office* e chefe das delegações inglesas, John Martin (1904-1991). Este, sem saber que Henry já havia conversado com Parisot, declarou que o *Colonial Office* tinha a intenção de apresentar o nome de Cambournac para a vaga que em breve ficaria disponível. Para John Martin, ele apresentava três características que o tornavam no candidato ideal para aquele cargo: era conhecedor, era competente e estava identificado “com os pontos de vista das potências coloniais no que respeita aos problemas africanos” [25]. Adicionalmente, Cambournac era considerado “um intérprete mais fiel da política da O.M.S.” [25], em oposição a Daubenton que não tinha sido muito popular entre o pessoal superior da O.M.S. por ser “demasiado favorável” [25] aos pontos de vista individuais das várias potências com interesses em África, segundo confidenciara Henry. A escolha do candidato continuaria a ser debatida posteriormente, primeiro em encontros oficiosos e posteriormente em reuniões oficiais [25]. À proposta de Cambournac a partir do circuito internacional e ao parecer positivo do I.M.T., em Portugal, seguiu-se a decisão da Direção Geral de Administração Política e Civil, com um parecer favorável à escolha do médico, em julho de 1952 [26].

O nome de Cambournac receberia ainda outros apoios. Ainda que oficiosamente, na VI Sessão da C.C.T.A., as delegações belga, francesa e inglesa se mostrassem convencidas que os seus governos apoiariam esta escolha e que o Governo de Espanha também apoiaria Cambournac como candidato, [27] apenas a delegação Sul-Africana indicou que o seu governo poderia ter interesse em apoiar um candidato Sul-Africano, encarando, contudo, aquela candidatura “com simpatia” [28].

A escolha de Cambournac para dirigir o Escritório Regional da O.M.S. em África assumia um rumo natural e apresentava todas as condições para ser bem sucedida. Houve todavia um sobressalto em agosto de 1952. Paul Henry preparava-se para viajar para África onde assistiria à 2ª Sessão do Comité Regional Africano da O.M.S. em Monróvia a 1 de agosto quando se encontrou com o secretário da Embaixada de Portugal em Londres e representante junto do Secretariado da C.C.T.A., José Fragoso. Ambos se surpreenderam com a inclusão de um novo ponto na agenda de trabalho, a “Recomendação relativa à nomeação do Diretor Geral” [29]. O debate sobre a substituição de François Daubenton só teria lugar na 3ª sessão desse Comité, em 1953, pelo que inter-

pretaram esta alteração de agenda como um interesse em antecipar a decisão. Tal poderia significar “uma manobra de alguém da O.M.S.” [29] para afastar Cambournac. Sem hesitações contactaram Genebra, obtendo o esclarecimento que procuravam do próprio Daubenton: uma vez que atingiria o limite de idade em Fevereiro de 1953, tornava-se necessário aprovar a recomendação da sua permanência na Direção da O.M.S. África por mais uns meses, de modo a garantir aquelas funções até à tomada de posse do novo Diretor regional durante a 3ª Sessão do Comité, a realizar-se em setembro daquele ano [29].

Foi em fevereiro de 1953 que o Ministério dos Negócios Estrangeiros contactou o Diretor geral da Administração Política e Civil dando a conhecer que Cambournac fora nomeado para o cargo de diretor do *Bureau Regional Africano* pelo Conselho Executivo da O.M.S. no mês anterior, segundo contacto de Brock Chisholm (1896-1971), diretor geral da Organização, e que essa nomeação entraria em vigor a partir de 1 de novembro de 1953 ou em data posterior. No entanto, a mesma comunicação do M.N.E. informava que, devido à legislação existente, Cambournac não poderia aceitar o cargo sem ter a autorização de um conjunto de ministros dos quais dependia: o ministro dos Negócios Estrangeiros, o ministro do Interior (por ser Diretor do Instituto de Malariologia) e o ministro do Ultramar (por ser professor no I.M.T.) [30]. Para além da dependência de autorizações [31,32,33,34], só lhe conviria entrar em funções em fevereiro de 1954, por duas razões: a primeira prendia-se com a conclusão dos relatórios dos trabalhos que tinha a cargo respeitantes ao período de janeiro a dezembro, e que apenas finalizaria depois do final do ano; a segunda relacionava-se com o facto de não ter interesse em começar a trabalhar para a O.M.S. antes ter lugar a reunião de janeiro do Conselho Executivo. Cambournac não tinha efetivamente responsabilidade sobre a direção dos trabalhos realizados até aquela data, pois o diretor regional só terminaria as suas funções em 31 de janeiro de 1954 e não desejava assumir a responsabilidade das decisões tomadas pelo detentor do cargo ainda em funções. Contudo, solicitou começar a 10 de janeiro de 1954 [35] para que se encontrasse já ao serviço da O.M.S. na ocasião em que se realizasse a reunião de janeiro do Conselho Executivo, mas sem que lhe fossem pedidas quaisquer responsabilidades nas resoluções tomadas pelo seu antecessor que se encontrava de partida.

Cambournac acabaria por sair de Portugal rumo a Genebra a 22 de janeiro [36] e iniciar funções na O.M.S. a 1 de fevereiro [37]. Uma das suas primeiras iniciativas foi visitar as autoridades governamentais dos Estados-Membros (fig. 1) [37] e ao longo do seu mandato fez várias visitas a Portugal para se reunir oficialmente com as autoridades governamentais portuguesas [38-46]. Por inerência das suas funções deslocou-se dentro do continente africano para avaliar a realidade regional, visitar os principais centros sanitários dos diferentes países, observar os trabalhos de luta contra o paludismo na



**Fig. 1:** Itinerário de Francisco Cambournac após o início de funções na O.M.S.: Paris, Londres, Bruxelas, Genebra, Barcelona, Madrid, Lisboa, Monrovia (Libéria), Joanesburgo, Cidade do Cabo, Joanesburgo, Salisburgo (Zimbábue), Joanesburgo, Brazzaville (Congo). Viagens realizadas em fevereiro e março de 1954.

África do Sul, e, acompanhar os projetos relativos a Moçambique e à Guiné [47,48,49].

Com o final do ano de 1958 aproximava-se também o término do mandato de Cambournac como diretor regional para África da O.M.S. e tornava-se necessário, para a organização e para si, a definição do momento seguinte, de acordo com os cenários que se afiguravam possíveis: a sua recondução ou a sua substituição. As movimentações políticas e diplomáticas internacionais não se fizeram esperar e, uma vez

7- A comitiva portuguesa integrava João Fraga de Azevedo e Guilherme Jorge Janz, do Instituto de Medicina Tropical; Augusto Reimão Pinto, chefe da Missão de Estudo e Combate da Doença do Sono na Guiné; Eduardo Ferreira, inspetor; João Baptista Pinheiro, inspetor Sanitário do Huila; Alberto Soeiro, diretor da Estação Anti-Malária de Lourenço Marques; e Mário de Andrade Silva, chefe da Missão de Combate às Tripanosomíases.

8- F. Daubenton foi um médico Holandês que se juntou à equipa da O.M.S. em 1948. Aí, exerceu os cargos de chefe da Missão na Etiópia - como consultor em administração de saúde pública na Região do Mediterrâneo Oriental - e o de primeiro chefe do *Bureau Regional* para África da O.M.S. (1952-1954), tendo estabelecido o escritório em Brazzaville. Quando saiu da O.M.S., tornou-se consultor para a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha.

9- R. E. Ulrich foi um homem multifacetado. Formado em Direito, exerceu como académico, empresário e embaixador. Foi sócio de várias instituições de relevo como a Academia de Ciências de Lisboa, o Instituto Colonial Internacional e a Sociedade de Geografia de Lisboa, entre outras.

mais, França deu início às negociações. O M.N.E. daquele país contactou o M.N.E. português para indagar se aceitaria continuar no cargo, algo que o Governo francês veria com agrado devido aos “relevantes serviços prestados” [50]. Adicionalmente, evitar-se-ia a apresentação de candidaturas “que não ofereçam tantas garantias” [50].

Da mesma forma, a diplomacia inglesa entrou em contacto com as autoridades portuguesas através de Paul Henry – antigo secretário-geral da C.C.T.A. e naquele período a exercer como sub-diretor do Departamento de África do Levante no Quai d’Orsay – que demonstrou satisfação numa eventual reeleição de Cambournac [51].

Quando questionado sobre a hipótese de uma reeleição, manifestou-se disposto em ser reconduzido nas funções que já estava a exercer. Assim, havendo disponibilidade do candidato, e dois promotores iniciais – Governos francês e inglês –, eram necessários mais apoios que não tardaram em chegar, através de diligências oficiais juntos dos outros Governos. O candidato português viria a receber o apoio do governo da Federação da Rodésia e Niassalândia [52], da União Sul Africana [53], do governo espanhol [54,55], no caso de haver delegados da Nigéria e da Serra Leoa esses fariam parte da delegação britânica e apoiariam este candidato [56], do governo belga [57] e do governo do Ghana [58,59,60]. Foi assim nomeado para continuar no cargo de diretor do *Bureau Regional Africano* da O.M.S. [61,62].

Durante o segundo período de atividade na Direção da O.M.S.-África, Cambournac poderia ter interrompido o seu mandato em dois momentos críticos e terminar as funções de Diretor regional. O primeiro momento surgiu em maio de 1959, numa carta da Direção Geral dos Negócios Políticos e da Administração Interna para o diretor geral da Administração Política e Civil, na qual circulou a informação de que o diretor-geral da O.M.S., Marcolino Gomes Candau (1911-1983), pretendia, com alguma insistência, abandonar funções em 1960. O ministro da Saúde e Assistência dizia ter “fundadas esperanças” [63] na eleição de Cambournac para o cargo de diretor-geral da agência. Se tal viesse a acontecer, teria o apoio do Secretariado e de várias delegações, e a “oposição dos países do Bloco Soviético” [60], provavelmente resultante de divergências políticas. Todavia, Marcolino Candau manteve-se em funções durante um segundo mandato como Diretor-geral da O.M.S. e uma proposta de candidatura à Direção Geral da Organização não aconteceu.

O segundo momento teve lugar em setembro de 1962, de forma enigmática e pouco clara, sem que na documentação consultada fossem encontrados elementos esclarecedores. A Direção Geral dos Negócios Políticos e da Administração Interna informou o diretor do Gabinete dos Negócios Políticos da conversa ocorrida entre Cambournac e o embaixador de Portugal em Brazaville, com o objetivo de dar a conhecer aos ministros da Saúde e do Ultramar que “apesar de nada haver de concreto podem eventualmente surgir no decurso da reunião da O.M.S. circunstâncias que o levem a tomar

uma decisão que o liberte das suas funções, o que de forma alguma corresponde porém à sua intenção” [64]. Desejava prosseguir em funções no cargo de Diretor regional, porém é clara a existência de uma tensão iminente que poderia ter forçado uma decisão contra a sua vontade.

Apesar das contingências, Cambournac exerceu as funções para as quais foi eleito até ao fim do seu mandato, vindo a ser substituído no cargo por Alfred Quenum (1926-1984), a partir de 1 de fevereiro de 1965. R.H. Bland iria assumir funções até ao momento de chegada de Quenum [65].

## Conclusão

A atividade de Cambournac, fundamentalmente dedicada ao estudo e ao combate da malária, passou por várias etapas que o levaram ao cargo de Diretor regional da O.M.S. para África. A sua formação internacional em Medicina Tropical e em malariologia conduziram-no a uma especialização científica contextualizada em redes científicas da saúde pública internacional e da qual faziam parte a Organização de Higiene da Sociedade das Nações e a Fundação Rockefeller. Em Portugal, firmou-se como especialista em malária e doenças tropicais ao assumir a Direção do Instituto de Malariologia e o cargo de professor efetivo do Instituto de Medicina Tropical. O prestígio científico que adquiriu como malariologista e epidemiologista nesta época, no contexto da saúde pública nacional e internacional da medicina tropical, a partir dos Institutos onde trabalhava, conjugado com a sua personalidade diplomática, constituíram um trajeto natural para o seu lugar no Comité de Peritos do Paludismo da Organização Mundial de Saúde.

Com mérito reconhecido nas agências internacionais, a O.M.S. e a C.C.T.A., Cambournac surgiu como um candidato elegível para o cargo de Diretor regional da O.M.S.-África em 1952, proposto por vários Estados Membros. O processo de nomeação envolveu várias conversas officinas entre diplomáticos da política de saúde internacional, numa iniciativa que partiu das delegações dos governos britânico e francês, e que rapidamente acolheu o apoio dos restantes Estados membros da O.M.S.. A escolha parece ter surgido de forma consensual, assente na sua perícia e experiência, e no seu alinhamento com a política da O.M.S. e das potências coloniais para as questões de África. Sem sobressaltos surgiu o apoio político de Portugal e as reacções institucionais ao convite para o alto cargo daquela Organização. Dos Ministérios que tutelavam os vários serviços onde o especialista actuava foi dada a autorização imediata. Do mesmo modo, a Direção do I.M.T. autorizou a libertação de funções do professor da instituição, porém com alguma hesitação, a avaliar pela forma como Fraga de Azevedo deu o seu aval para o libertar das funções docentes e de investigação.

Para Cambournac, o cargo de Diretor regional da O.M.S. em África correspondia a uma continuidade coerente com

o seu percurso e atividade realizada até então. Eleito em fevereiro de 1953 para assumir funções no final do ano, adiou o início da nova atividade para concluir as tarefas que tinha em curso, ficando assim liberto para se dedicar plenamente às novas funções, e permitir, simultaneamente, que François Daubenton apresentasse o relatório relativo à atividade desenvolvida por aquele *Bureau*, e da qual se quis destacar. A tomada de posse como Diretor do Escritório Regional Africano da O.M.S. ocorreu a 1 de fevereiro de 1954 para um primeiro período de 5 anos, e originou um segundo mandato, entre 1959 e 1964, durante o qual chegou a ser mencionado para o cargo de Diretor geral da O.M.S..

Com base numa investigação de fontes primárias com enfoque em documentos cuja confidencialidade foi recentemente levantada, este trabalho pretende contribuir para um melhor

entendimento das redes de influência e poder que rodearam a participação de Cambournac na O.M.S., representando o Estado português, na confluência de interesses científicos e políticos no âmbito da saúde global preconizada no período pós IIª Guerra Mundial.

## Agradecimentos

Este trabalho foi realizado no âmbito do financiamento atribuído pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, pelo que os autores agradecem as bolsas atribuídas a Rita Lobo (SFRH/BPD/110936/2015) e João Monteiro (Bolsa de Investigação no âmbito do Projeto Estratégico UID/HIS/00286/2013).

## Bibliografia

- Cambournac F (1941). Curriculum vitae – exposição documentada da carreira e títulos científicos e pedagógicos. Concurso para professor auxiliar da 1ª cadeira do Instituto de Medicina Tropical: Higiene, Climatologia e Geografia médicas. Lisboa.
- Abranches P (2004). O IHMT, um século de história, 1902-2002. CELOM, Lisboa, Portugal.
- Azevedo JF (1952). Cinquenta anos de atividade do Instituto de Medicina Tropical (24 de Abril 1902 - 24 de Abril de 1952). Lisboa, Portugal.
- Lobo R (2013). A História da Malária em Portugal na Transição do Século XIX para o Século XX e a contribuição da Escola de Medicina Tropical de Lisboa (1902-1935), Tese de Doutoramento (Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa).
- Saavedra M (2010). “Uma Questão Nacional”. Enredos da malária em Portugal, sécs XIX e XX, Tese de Doutoramento (Universidade de Lisboa, ICS).
- Figueira L, Landeiro F (1931). Resultados dos Primeiros dois Meses de Cadastro Malárico e de luta anti sazonal. Combate ao Sezonismo – Estação Experimental de Benavente, Ministério do Interior, Direção Geral de Saúde, Lisboa.
- Ferreira JC, Cambournac FJC (1933). Relatórios das viagens de Estudo dos Drs. José Chaves Ferreira e Francisco Cambournac. in Relatórios das viagens de Estudo de Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima, Dr António Martins, Drs. Fausto Nunes Landeiro e Luis Figueira, Drs. Alberto de Bettencourt e Anibal Correia Mendes, Drs. José Chaves Ferreira e Francisco Cambournac. Junta de Educação Nacional, Tipografia Seara Nova, Lisboa: 129-199.
- Cambournac FJC (1990). O Instituto de Malariologia e as suas realizações, 50 Anos da Fundação do Instituto de Malariologia e sua Projecção no Futuro. Centro de Estudos de Zoonoses, INSA, Águas de Moura.
- Le Professeur F.J.C. Cambournac (Portugal) Recoit le Prix Leon Bernard (1978). 31<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé – Communiqué WHA/13, 17 de mai de 1978. OMS Press, Geneve, Suisse.
- Landeiro F, Cambournac F (1933). O Sezonismo em Portugal. Missão da Direção Geral de Saúde – Rockefeller Foundation. Direção e Orientação do Dr. R.B. Hill. Coleção de Relatórios, Estudos e Documentos Coloniais, Ministério das Colónias, N° 28 (5-7): 126-134.
- Paillette C (2016). De l’Organisation d’hygiène de la SDN à l’OMS. Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954. www.cairn.info - 83.132.200.184. Acedido em 31/05/2016.
- Decreto-lei 28:493 (1938). Diário Governo, I Série, n° 41, 500-502, 1938.
- Decreto-lei 28:494 (1938). Diário Governo, I Série, n° 41, 502.
- Cambournac FJC (1938). *Aedes (Ochlerotatus) longitubus*, a new species from Portugal (Diptera, Culicidae). The Proceedings of the Royal Entomological Society of London, Series B, Taxonomy, 7: 74-86.
- Hill RB, Landeiro F, Cambournac FJC (1938). “A Malária e a Organização da Luta Anti-Malária em Portugal”. Sep. Revista Clinica, Higiene e Hidrologia, Ano 4°, 10: 363-365.
- Cambournac FJC (1944). Curriculum vitae. Concurso para professor efectivo

da 1ª cadeira do Instituto de Medicina Tropical: Higiene, Climatologia e Geografia Médicas. Lisboa.

- Le Paludisme au Portugal, Comité D’Experts du Paludisme (1950). WHO/Mal/35, 22 février de 1950. Organisation Mondiale de Santé.
- Report on Malaria in Equatorial Africa by Dr. FJC Cambournac (1950). WHO/Mal/58, Afr/Mal/Conf/14, 26 October 1950. World Health Organization.
- Rapport de la Conference du Paludisme en Afrique Equatoriale, Kampala, 27 Nov-9 Dec 1950 (1951). WHO/mal/69, Afr/mal/conf/24, 3 janvier 1951. Organisation Mondiale de Santé.
- George F, Verão de 2012, <http://www.franciscogeorge.pt/10201/42701.html>, acedido em 14 Janeiro de 2016.
- C.C.T.A. Medical Co-Operation, Reports HMC 1-2 (1955). In 2<sup>nd</sup> meeting Inter-African Conferences, Leopoldville.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros dirigido à Direção Geral da Administração Política e Civil. Ofício nº380, proc. 341,80 e 396,33, 28 Maio de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros dirigido à Direção Geral de Ensino. Ofício nº 1769/320, 30 de Maio de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- De Instituto de Medicina Tropical para Ministério dos Negócios Estrangeiros. Cópia do Ofício Nº 290/36, 6 de Junho de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº 409, Proc. 341,80 e 396,33, 9 de Junho de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício 2185/320, 7 de julho de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº 685, Proc. 396,33, 26 de Agosto de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº 597, Proc. 341,80 e 396,33, 7 de Agosto de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº 626, Proc. 341,80 e 396,33, 12 de Agosto de 1952. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº 165, Proc. 396,33, 10 de Março de 1953. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Autorização para aceitar o cargo dirigida aos três ministros, 28 de Março de 1953. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- Ofício Nº313, Proc. 396,33, 12 de Maio de 1953. A escolha de Cambournac

para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

33. Ofício 2086/316/B/13, 2 de Junho de 1953. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

34. Ofício 2444/316, 24 de Junho de 1953. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

35. Carta de Cambournac para o Ministro do Ultramar, 23 de Março de 1953. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

36. Ofício Nº 284/316/B/13, 18 de Janeiro de 1954. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

37. Carta de M.G. Candau, Diretor-Geral da O.M.S. para o Ministério dos Negócios Estrangeiros, a 5 de Fevereiro de 1954. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

38. Ofício Nº748, Proc. 924, 2100, 16 de Abril de 1955. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

39. Carta de F. Cambournac (O.M.S.) para M.N.E., 17 de Novembro de 1955. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

40. Ofício do M.N.E., 15 de Fevereiro de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

41. Ofício Nº2621, Proc. 924,2100, 4 de Dezembro de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

42. Ofício Nº2726, Proc. 924,2100, 4 de Dezembro de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

43. Ofício Nº6156/316/B/13, 5 de Dezembro de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

44. Carta de F. Cambournac (O.M.S.) para o M.N.E. e Ministério do Ultramar, Ref.: AFR.12/MESA, 12 de Novembro de 1957. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

45. Ofício Nº2421, Proc. 924,2100, 11 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

46. Carta de F. Cambournac (O.M.S.) para o M.N.E., Ref.: BR3/112/RD, 18 de Novembro de 1963. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

47. Ofício Nº790, Proc. 924,2100, 19 de Abril de 1955. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

48. Ofício Nº1366, Proc. 928,3, 22 de Junho de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

49. Ofício Nº2621, Proc.924,2100, 20 de Novembro de 1956. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

50. Ofício Nº2765, Proc. 924,2100, 28 de Novembro de 1957. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

51. Ofício Nº2921, Proc. 924, 1006, 18 de Dezembro de 1957. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

52. Ofício Nº2162, Proc. 924,2100, 13 de Agosto de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

53. Ofício Nº2163, Proc. 924,2100, 13 de Agosto de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

54. Ofício Nº2237, Proc. 924,2100, 22 de Agosto de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

55. Ofício Nº2383, Proc. 924,2100, 9 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

56. Ofício Nº2384, Proc. 924,2100, 9 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

57. Ofício Nº2466, Proc. 924,2100, 13 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

58. Ofício Nº2596, Proc. 924,2100, 26 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

59. Ofício Nº2257/316/B/13, 30 de Setembro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

60. Ofício Nº2657, Proc. 324,2100, 2 de Outubro de 1958. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

61. Ofício Nº627, proc. 924,2100, 14 de Março de 1959. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

62. Ofício Nº1028/316/B/13, 17 de Março de 1959. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

63. Ofício Nº1966/316/B/13, 23 de Maio de 1959. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

64. Ofício Nº216, Proc.16,6000, 25 de Setembro de 1962. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

65. Afro-Memorandum, R4/27/4, 31 de Janeiro de 1965. A escolha de Cambournac para a OMS. Cota: UM-GNP-1498, Arquivo Histórico-Diplomático do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

# Produtos naturais e antimaláricos: a cooperação científica entre Brasil e China na década de 1980

*Natural products and antimalarials: the scientific cooperation between Brazil and China in the 1980s*

**Ivone Manzali de Sá**

Doutora em História da Ciências e da Saúde

ivmanzali@gmail.com

## Resumo

Em 25 de março de 1982 foi assinado um Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre os governos da China e Brasil. Tal acordo estava alinhado com o movimento de reestruturação na política internacional daquele país desde fins da décadas de 1970 e com o movimento de países ocidentais em direção à China. Abordarei as repercussões e ações desenvolvidas entre pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz e grupos de pesquisadores chineses na área de produtos naturais e antimaláricos durante a década de 1980. Fontes documentais como relatórios de viagem de cooperação, relatórios de reuniões, anais do Congresso Brasil-China, troca de correspondência entre pesquisadores, além de fontes orais (entrevista com os pesquisadores), foram utilizados para compor a natureza de tais relações e as trajetórias das iniciativas propostas. Analisarei em especial, as propostas de parceria para o desenvolvimento do medicamento antimalárico a partir da planta chinesa *Artemisia annua* e seus derivados semi-sintéticos (artemeter e artesunato).

## Palavras Chave:

Artemisinina, antimalárico, Brasil, China, cooperação internacional.

## Abstract

On the 25th of March, 1982, an agreement was signed between Brazil and China to promote scientific and technological cooperation between the two countries. This agreement was consistent with trends initiated in the 1970s by China to rebuild its international political standing and to promote ties with the West. This presentation addresses an outcome of this agreement; specifically, the actions and repercussions of research in natural products and antimalarial medicine by Fundação Oswaldo Cruz (Brazil) and groups of Chinese scientists in the 1980s. Primary source materials such as travel reports, minutes of meetings, and exchanges of letters between researchers, as well as interviews with key personnel are used to understand the nature of the relationships between the scientists of the two countries and the proposals and initiatives that developed from these interactions. Particular attention is focused on how the scientific partnership of Chinese and Brazilian scientists impacted the development of antimalarial medicine from the Chinese plant called *Artemisia annua* and its semi-synthetic derivatives, artemeter and artesunato.

## Key Words:

Artemisinin, antimalarial, Brazil, China, international cooperation.

## Introdução

Após o encerramento do Programa Global de Erradicação da Malária da OMS em 1969, houve redução drástica nos orçamentos para ações contra a malária, o que deixou os países em desenvolvimento mais vulneráveis à doença. Num período de paz entre as grandes potências, havia pouco interesse dos financiadores ligados à OMS e aos governos em manter programas intensivos e caros no controle dela [1,2].

Em 1975 a OMS elaborou um relatório que segundo Cueto [3] iria consolidar a ideia da atenção primária à saúde, além de identificar as necessidades básicas de saúde da população, analisar modelos de vários países em desenvolvimento, buscando fatores-chaves de sucesso. A ideia crucial era de buscar uma alternativa de saúde pública aos modelos postos na prática até então [3].

Com a inclusão da China como país membro da OMS, ganhou projeção seu modelo de atenção à saúde “pés descalços”, que tinha também como estratégia a prevenção junto à população rural, combinando a medicina tradicional (Medicina Tradicional Chinesa - MTC) com a biomedicina [3].

Em 1979, foi publicada a Declaração de Alma-Ata, baseada na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, ocorrida na URSS, e promovida pela OMS. Esta conferência foi um marco na reorientação nas políticas de saúde pública e nas relações entre a biomedicina e os sistemas tradicionais de conhecimento. Esse documento tornava público o objetivo da OMS de garantir a saúde a toda população até ao ano 2000, por via da atenção primária à saúde, e pelo estímulo às ações locais [4]. As práticas tradicionais foram reconhecidas como importantes para resguardar a saúde de povos, como suplementar ou alternativa, tanto por questões culturais como pela dificuldade de acesso a ações de saúde “científica” e “tecnológica”, por parte significativa de população rural, principalmente em países em desenvolvimento [4].

Por outro lado, o interesse despertado pela descoberta por pesquisadores chineses da artemisinina e seus derivados - artemeter e artesunato<sup>1</sup> – como drogas antimaláricas que poderiam substituir as drogas as quais o *Plasmodium* se tornara resistente, colocou em evidência o potencial científico e mercadológico das plantas medicinais associadas a conhecimentos tradicionais. O medicamento herbal não era interessante somente sob a perspectiva da atenção primária à saúde. Gradualmente, aspectos relacionados à Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) de novas drogas foram agregados às resoluções da OMS, em consonância com critérios da ciência moderna e da produção laboratorial.

Em 1982 foi realizado em Beijing, China, o 4º encontro do Grupo de Trabalho em Quimioterapia da Malária (*Working Group on the Chemotherapy of Malaria*), apoiado pela Nações Unidas, OMS/TDR (*Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases*) e Banco Mundial, onde foram apre-

sentados diversos trabalhos de P&D em artemisinina como um novo antimalárico. Neste momento, foram propostas parcerias entre instituições internacionais e chinesas, para dar seguimento conjunto nas pesquisas da nova droga.

Aos chineses interessava participar com mais relevância do jogo político-comercial internacional pois buscava um forte redirecionamento para desenvolvimento científico-tecnológico que pudesse dialogar com o mercado internacional.

No que diz respeito ao Brasil, o país seguiu as prescrições da Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento, privilegiando questões relacionadas ao acesso aos medicamentos e às ações de atenção primária à saúde. As iniciativas no campo de P&D de medicamentos nos anos 1980 voltou-se para a investigação de plantas brasileiras com base no uso popular, desenvolvido pelo projeto CEME - Central Única de Medicamentos (1971-1997). Esta última linha de pesquisa foi claramente influenciada por Alma-Ata, e pelo sucesso das pesquisas chinesas, fundamentadas em sua medicina tradicional, a respeito do antimalárico artemisinina.

Em 25 de março de 1982, foi assinado um grande Acordo de Cooperação Científica e Tecnológica entre os governos da China e Brasil [5]. Tal acordo estava alinhado com o movimento de reestruturação na política internacional daquele país desde fins das décadas de 1970 e com o movimento de países ocidentais em direção à China.

Cinco anos após o acordo Brasil-China ser firmado, a missão científica formada pelo farmacologista do IOC/Fiocruz Renato Cordeiro, o parasitologista do René Rachou/Fiocruz, Naftale Katz, e o chefe da Assessoria de Cooperação Internacional da Fiocruz, Pedro Thomé de Arruda Filho visitou alguns centros de pesquisa da China em junho de 1987, com objetivo de investigar possibilidades de futuras parcerias científicas [6].

Segundo o relatório dessa missão, foram visitadas diversas instituições, entre elas, o Instituto de Matéria Médica, Institutos de Bioquímica e de Fisiologia, e o Instituto de Doenças Parasitárias, em Xangai, o Instituto de Medicina Tradicional da China, Instituto de Matéria Médica e a Faculdade de Medicina Tradicional Chinesa, em Beijing, e a Faculdade e Hospital de Medicina Tradicional Chinesa, Estação de Saúde e Controle Antiepidêmico e o Jardim Botânico – setor plantas medicinais -, em Guangzhou [6].

Durante visita ao Jardim Botânico de Guangzhou foi firmado compromisso por parte de pesquisadores chineses de envio de sementes de *Artemisia annua* para a Fiocruz ainda no ano de 1987. O interesse na aquisição destas sementes justificava-se por se tratar de um material genético ideal para a produção de artemisinina em solo brasileiro. A aclimação das plantas provenientes destas sementes ao ambiente brasileiro poderia significar uma futura autonomia de matéria-prima na extração de artemisinina e na produção do antimalárico.



O relatório chama a atenção para as pesquisas desenvolvidas no Instituto de Doenças Parasitárias de Xangai, formado por oito departamentos de áreas distintas, que vão além da biologia, como a química farmacêutica e farmacologia. Havia uma menção ao reconhecimento por parte do diretor desta instituição sobre a metodologia desenvolvida por Naftale Katz, em exame de fezes, adotada como referência no programa nacional de controle de helmintos na China. A OMS mantinha, desde 1980, essa instituição como centro de referência para malária, esquistossomose e filariose, tendo mantido, desde então, relações bilaterais com instituições de pesquisa norte-americanas e francesas [6].

No mencionado relatório foram feitas recomendações à Fiocruz, no sentido de realizar intercâmbio de pesquisadores, a implantação de um centro de produtos naturais no campus da Fiocruz e de um centro de tratamento de doenças e treinamento de especialistas em Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Entre as instituições visitadas, o Instituto de Matéria Médica e o Instituto de Doenças Parasitárias, em Xangai, mostraram-se potencialmente interessantes como parceiros para o desenvolvimento de cooperação bilateral na pesquisa de plantas medicinais e na produção de insumos para a fabricação de medicamentos [6].

Havia interesse por parte do governo chinês em “exportar” o modelo da MTC para países ocidentais, o que favoreceria a produção e comércio de medicamentos tradicionais baseados em plantas chinesas. A cadeia de produção das “fórmulas tradicionais chinesas” já estava bem estabelecida no território chinês, e a comercialização destes produtos para países estrangeiros favoreceria o trabalho das famílias camponesas envolvidas nesta atividade, e traria mais divisas para o país [7].

Por outro lado, havia interesse do governo brasileiro no sucesso dos pesquisadores chineses no estudo e utilização das plantas de uso tradicional chinês na atenção primária daquele país e expectativa de que o modelo chinês pudesse ser aplicado/adaptado no estudo da flora brasileira, em atendimento ao projeto CEME.

Naftale Katz, seguindo sugestão do então presidente da Fiocruz, Sérgio Arouca, convidou o superintendente de Far-Manguinhos, o fitoquímico André Gemal, para participar da comissão<sup>2</sup> instalada pela presidência da Fundação Oswaldo Cruz em 30 de dezembro de 1987 [8].

Tal comissão tinha como objetivo discutir os termos de futuras parcerias de cooperação nas áreas de medicina e medicamentos tradicionais - o que será entendido como a introdução da MTC no Brasil - além de definir um convênio de cooperação científica e tecnológica para desenvolvimento de fármacos destinados ao combate de grandes endemias. Este último iria tratar prioritariamente do projeto de desenvolvimento do antimalárico artemisinina em território brasileiro. [5,9].

Concomitantemente, outra comitativa foi formada pelo então diretor Wallace de Oliveira e do fitoquímico Nikolai

Sharapin, ambos do recém criado Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas – CPQBA, Unicamp, que realizou viagem à China em 1987 com objetivos semelhantes aos da missão da Fiocruz. Ambas as missões visavam estabelecer acordos de colaboração científica na área de pesquisa de plantas medicinais advindas da MTC, tanto para desenvolvimento de novas drogas quanto para fitoterápicos, para utilização nos programas de atenção primária à saúde [10, 11].

Desta viagem, Oliveira e Sharapin trouxeram a ideia de um projeto de aclimação da planta *Artemisia annua* em território brasileiro, além do isolamento da artemisinina nos laboratórios do CPQBA. Além disso, foi celebrado um acordo de cooperação científica entre o Instituto de Matéria Médica de Xangai e o CPQBA, possibilitando a vinda de pesquisadores chineses a Campinas e a troca de informações quanto a metodologias e materiais para análise de laboratório de química de produtos naturais [12].

Este foi o primeiro projeto multidisciplinar do CBPQA que intitulou-se “Obtenção de fármacos antimaláricos de *Artemisia annua*”<sup>3</sup>, que incluía a aclimação e o melhoramento de variedades de *Artemisia annua*, a cargo do agrônomo Pedro Melillo de Magalhães, com o objetivo de aumentar e estabilizar o teor da substância artemisinina. Em outra vertente, os estudos em fitoquímica, coordenados por Nikolai Sharapin, tinham como objetivo isolar a artemisinina e desenvolver técnicas de doseamento da substância para controle de qualidade.

Paralelamente ao projeto da *Artemisia annua*, a divisão de agrotecnologia do CPQBA desenvolvia um programa de aclimação, domesticação e padronização de plantas medicinais brasileiras, em apoio ao projeto CEME<sup>4</sup>. A ideia era garantir matéria-prima para futuros medicamentos fitoterápicos que abasteceriam os programas do SUS em atenção primária à saúde [11].

A primeira reunião da comissão 254/87 da Fiocruz ocorreu em fevereiro de 1988 na Fiocruz, com a presença do químico de Far-Manguinhos André Gemal, Naftale Katz e Pedro Thomé de A. Filho, e tinha como objetivo “definir um plano de ação de modo a verificar o interesse de adquirir tecnologia [da China] referente aos produtos artemeter e praziquantel” [14]. O artemeter é uma substância semi-sintética derivada da molécula natural artemisinina, enquanto o praziquantel é um antihelmíntico. Foram discu-

1 - A pesquisadora chinesa Youyou Tu foi laureada com o prêmio Nobel de Medicina em 2015 pela descoberta da artemisinina.

2 - Criada pela presidência da Fiocruz número 254/87, e por isso passarei a chamar comissão 254/87.

3 - O projeto foi financiado pela FAPESP (88/2642-6) e coordenado pelo diretor do CPQBA, Wallace de Oliveira.

4 - Esta divisão do CPQBA acabou se tornando a referência na P&D de produtos naturais e fitoterápicos no Brasil, em especial durante o período do programa da CEME.

tidos na reunião a transferência de tecnologia chinesa para produção destas drogas no Brasil e a viabilidade de importação dos insumos para a realização de ensaios clínicos em território nacional. Além disso, fazia-se necessário definir os termos de cooperação científica/comercial a serem negociados com os chineses, especialmente para a implantação de todo o ciclo de desenvolvimento dos antimaláricos derivados da *Artemisia annua*: da adaptação da planta ao ambiente tropical brasileiro ao processo de fabricação de substâncias derivadas da planta *Artemisia annua* [5].

Ainda nesta reunião foi discutida a aproximação entre a equipa de Far-Manguinhos com o grupo de pesquisas do recém-criado CPQBA, que já havia iniciado estudos na adaptação da *Artemisia annua* no Brasil, com o objetivo de produzir variedades com altos teores da substância ativa artemisinina, precursora de derivados semi-sintéticos como o artemeter.

Em março de 1988, Sharapin do CPQBA, André Gemal e Naftale Katz realizaram uma reunião para discutir a viabilização de um convênio geral entre a Fiocruz e a Unicamp, de forma a atuarem conjuntamente na transferência tecnológica da produção do artemeter da China para o Brasil. Ficaram definidos os papéis de cada instituição: o CPQBA (Unicamp) faria estudos de adaptação e cultivo da *Artemisia annua* e o isolamento da artemisinina, Far-Manguinhos (Fiocruz) atuaria na transformação de artemisinina em artemeter e na formulação do medicamento, enquanto que o Instituto René Rachou realizaria os ensaios biológicos e clínicos [15].

O Convênio de Cooperação Científica entre Brasil e a China foi formalizado em Beijing em julho de 1988, objetivando o intercâmbio de cientistas e a realização de missões, o desenvolvimento conjunto de processos de produção de medicamentos, P&D conjuntos de fontes alternativas dos princípios ativos vegetais [onde estão incluídos os derivados de *Artemisia annua*, tendo como instituição executora da parte brasileira a Fundação Oswaldo Cruz [5], e da parte chinesa o Centro de Intercâmbio Internacional de Medicina e Fármacos Tradicionais (fig. 1).



**Figura 1** - Comitativa chinesa em visita ao campus da Fiocruz-Manguinhos, com Renato Cordeiro ao centro (cortesia acervo pessoal Renato Cordeiro)

A terceira reunião da comissão 254/87, na Fiocruz, tinha como objetivo definir plano de ação para a negociação da transferência de tecnologia dos medicamentos praziquantel e artemeter. Ao analisar a memória desta reunião pode-se observar uma mudança de expectativas a respeito da parceira científica Brasil-China: havia nesse momento a percepção de que a comitiva chinesa que iria ao Brasil em agosto de 1988 teria uma característica mais política do que técnica, o que poderia alterar as negociações da transferência de tecnologia, agregando um caráter mais mercadológico e menos científico.

Mesmo assim, havia a intenção de que Far-Manguinhos pudesse incorporar a tecnologia e produzir o medicamento na fábrica da unidade, seguindo as seguintes etapas: transferência de tecnologia de extração da artemisinina; transformação desta molécula em artemeter; e produção do medicamento. Na etapa de extração da artemisinina, pressupunha-se como matéria-prima o uso da *Artemisia annua* desenvolvida pelo agrônomo Pedro Melillo de Magalhães nas dependências do CPQBA. Também por este motivo, havia o consenso que Nikolai Sharapin deveria participar de alguma etapa das negociações com os chineses. Os membros da comissão 254/87 ainda trabalhavam com a hipótese de que se poderia negociar a transferência de tecnologia associada à compra da artemisinina produzida pelos chineses, no caso da planta cultivada no Brasil não ser considerada viável do ponto de vista de produção de artemisinina [14].

Pode-se dizer que a comissão 254/87 operava em dois projetos concomitantes: o primeiro de adquirir tecnologia chinesa para a síntese de artemeter utilizando a artemisinina importada da China; o segundo buscava desenvolver tecnologia nacional para produzir artemeter, porém, utilizando a artemisinina produzida no CPQBA a partir da planta aclimatada por Pedro Melillo.

Ao longo do ano de 1989 foi intensificada a troca de correspondências entre Pedro Thomé, da Fiocruz, e membros da comissão chinesa, tratando dos termos das negociações da transferência de tecnologia de artemeter, do programa de cooperação bilateral em pesquisa de produtos naturais e da implantação da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) no Brasil<sup>5</sup> [16, 17]. Havia também a expectativa de se trabalhar com plantas medicinais brasileiras de interesse do projeto da CEME, efetuar trocas de informações científicas a respeito de espécies botânicas de uso comum no Brasil e na China, e de capacitar pesquisadores brasileiros no conhecimento da MTC. Como resultado disto, esperava-se implantar o serviço de MTC para a população brasileira, estabelecendo um centro de treinamento em MTC em Brasília para capacitar profissionais de saúde em acupuntura e fitoterapia chinesa [18, 17].

Outras ações foram desenvolvidas no âmbito científico como intercâmbio de pesquisadores chineses na área de química de produtos naturais e a realização do Simpósio

Brasil-China de Química e Farmacologia de Produtos Naturais organizado pelo farmacologista Renato Cordeiro na Fundação Oswaldo Cruz em dezembro de 1989 [19]. Estas ações estavam fortemente vinculadas a demanda de novas tecnologias para o estudo de plantas medicinais brasileiras num contexto do projeto da CEME.

O Simpósio teve como presidentes o farmacologista da Fiocruz Haity Moussatché, o fitoquímico da USP Otto Gottlieb e o farmacologista Bai Dong-Lu, do Instituto de Matéria Medica de Xangai. Este evento contou com grande apoio por parte do governo brasileiro e órgãos de fomento como CAPES, CNPq e FINEP, inclusive no custeio da delegação chinesa no Brasil. Houve também um expressivo número de trabalhos apresentados<sup>6</sup>, e uma participação importante de expoentes da pesquisa brasileira em produtos naturais.

No final dos anos 1980 e início dos anos 1990, havia um apelo ou mesmo curiosidade pelo modelo estabelecido pelo governo da China no que diz respeito ao uso de plantas medicinais de uso tradicional tanto como fonte de inspiração para novas moléculas, como no caso da artemisinina, como para a validação de fitoterápicos em atenção primária à saúde. A respeito do modelo chinês de P&D de plantas medicinais, Gottlieb, neste momento como pesquisador da divisão de química do IOC, explica:

*Na China quem faz produtos naturais são exatamente os botânicos. Quem tem o maior equipamento. Tanto é que o Renato Cordeiro organizou um congresso [Simpósio Brasil-China de Produtos Naturais em 1989]. Isso foi uma experiência, uma demonstração de como a Fiocruz deveria trabalhar. A engrenagem dessas várias disciplinas, interdisciplinares, que nós acabamos de considerar, num único esforço para tirar substâncias importantes biologicamente, essa engrenagem poderia ser aprendida na China. Agora, esses institutos que eles têm são gigantescos, mas também os produtos farmacêuticos que eles usam são em 1º lugar produtos naturais de plantas.*

*É impressionante como são interdisciplinares. Como não há divisão, subdivisão nítida entre os vários departamentos de um instituto desses, como eles se reúnem em torno de um objetivo, não em torno da especialização como atualmente se divide no Brasil. Cada departamento pode ter 50 objetivos, 30 objetivos. Departamento disso ou daquilo com seus muitos objetivos. Ali não é assim. Ali o objetivo é o fármaco. Então o leque abre no começo, congregando botânico a farmacólogo, a químico, a etc, etc. Depois ele é que vai aprofundando o produto. No Brasil é diferente, o departamento vai abrindo nos produtos. E aí é mais difícil nessa área onde tem que ter tanta colaboração entre áreas tão diversas. É muito difícil um botânico fazer química de produtos naturais [20].*

Segundo a reflexão de Gottlieb, a interdisciplinaridade

e o profundo conhecimento da botânica por parte dos chineses seriam as características fundamentais para o sucesso na P&D de medicamentos a partir de produto natural, estabelecendo desta forma um modelo diferente daquele seguido pelos pesquisadores brasileiros. A distinção entre estes modelos pode ser entendida pelo viés cultural de cada nação, sob o qual o campo científico se estabeleceu.

O modelo chinês se tornou interessante, porque foi possível ser traduzido em termos de produtos inovadores, isto é, substâncias antimaláricas derivadas da *Artemisia annua*. Da seleção da espécie botânica ao isolamento de uma molécula totalmente diferente dos grupos químicos com atividade antimalárica até então conhecidos, até o desenvolvimento dos produtos semi-sintéticos, foram necessários cerca de 20 anos. Portanto, pode-se dizer que este se tornou um modelo icônico na P&D de medicamentos, por terem sido realizadas todas as etapas de desenvolvimento tecnológico, até chegar aos produtos comerciais.

Apesar do apoio do governo brasileiro, do empenho dos organizadores na realização deste evento, e do desejo expresso em discursos por parte dos pesquisadores chineses e brasileiros em torno de um projeto comum, os anos seguintes mostraram que a cooperação científica entre Brasil e China não se expressou em artigos publicados em periódicos internacionais, ou mesmo em desenvolvimento de novos medicamentos.

Um dos fatores deste descompasso pode ter sido a recusa do Banco do Brasil em financiar o projeto de Far-Manguinhos intitulado “Obtenção de derivados antimaláricos de artemisinina, síntese e formulação farmacêutica”, que objetivava transformar artemisinina, “isolada no CPQ-BA”, em artemeter e artesunato de sódio [21], submetido pelo então superintendente de Far-Manguinhos, André Gemal, no início de 1989. Este financiamento teria sido fundamental para a continuação da parceria entre Fiocruz e CBQPA, que paralelamente envolveria as trocas científicas com os pesquisadores chineses. Infelizmente, devido a falta de recurso financeiro, a Fiocruz foi obrigada a abandonar este projeto.

O que se verificou foi que após a realização do Simpósio (Figura 2), a prática de cooperação científica Brasil-China não se deu de forma organizada, como pode ser percebida pela falta de documentos neste sentido nos arquivos de Far-Manguinhos e pelas entrevistas dos pes-

5 - O objetivo do Programa de Cooperação seria o de “promover a fabricação de drogas tradicionais chinesas e o estabelecimento de um centro de medicina tradicional chinesa no Brasil”. Chamo a atenção, no entanto, para o teor do de primeiro parágrafo do texto, que estabelece as bases dessa cooperação nos termos da “necessidade” pelo lado brasileiro, e da “experiência” pelo lado chinês, no estudo e na aplicação das drogas naturais [16].

6 - Magalhães e Sharapin publicaram com colaboradores o primeiro trabalho a respeito da *Artemisia annua* no Brasil, nos anais do Simpósio Brasil-China [19].



**Figura 2** - Capa do programa e resumos do Simpósio Brasil-China de química e farmacologia de produtos naturais realizado na Fiocruz em dezembro de 1989

## Bibliografia

- Packard, RM (2007). The making of a Tropical Disease: a short history of malaria. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA.
- Nájera, JA (2001). Malaria control: achievements, problems and strategies. Parasitologia, v. 43, p. 1-89.
- Cueto, M (2007). Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, USA.
- WHO - World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 set. 1978. Consultado em 15 de outubro de 2009. In: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaracion\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaracion_almaata.pdf).
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 362. MEMO 90/ACI/88. De Pedro Thomé de Arruda Filho para André Gemal, em 25 jul. 1988.
- Fundo André Gemal. Relatório Missão Científica da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz à República Popular da China, em 08-20 jun 1987.
- Taylor, K (2005). Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-63: a medicine of revolution. Routledge Curzon, Londres, UK.
- Fundo André Gemal. Carta de Naftale Katz para Sérgio Arouca, em 02 dez. 1987.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 362 – U5. Gestão Tecnológica. Obtenção de derivados de artemisinina, síntese e formulação farmacêutica. 1. reunião da comissão criada pelo ato da presidência n. 254/87, em 08 fev. 1988.
- Ereno, D (2005). A terapia da artemísia. FAPESP Revista Online, ed. 118. Consultado em 24 de março de 2011. In: <http://revistaspesquisa2.fapesp.br/?art=2771&bd=1&pg=1&lg=>.
- Zanchetta, L (2006). Centro Pluridisciplinar de Pesquisas Químicas, Biológicas e Agrícolas: livro de comemoração aos 20 anos de criação do CPQBA. Labgraf, Campinas, Brasil.
- Fundo Mary Ann Foglio. Correspondência de Jin-Sheng Zhang para Wallace Alves de Oliveira. Xangai, 29 mar. 1990.
- Fundo Pedro Melillo de Magalhães. Foto de Wallace de Oliveira no campus do

quisadores envolvidos. As iniciativas ocorreram a partir de parcerias isoladas entre pesquisadores de outras unidades, como no CPQBA. Havia a intenção de que se estreitasse os laços de cooperação científica entre os dois países, de forma que a segunda edição do Simpósio pudesse ser sediada pela China em 1993, o que, no entanto, nunca se realizou.

Tal situação foi brilhantemente antecipada por Haity Moussatché e Otto Gottlieb, quando utilizaram o mesmo verso do compositor Chico Buarque no discurso de abertura do evento e prefácio da publicação de artigos no periódico Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, respectivamente [22,23].

*Mas para o meu desencanto  
O que era doce acabou  
Tudo tomou seu lugar  
Depois que a banda passou,  
E cada qual no seu canto,  
E em cada canto uma dor,  
Depois que a banda passou  
Cantando coisas de amor.*

CPQBA durante entrevista ao jornal Folha de São Paulo, em 12 mar. 1989.

- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 362 – U5. Gestão Tecnológica. Obtenção de derivados de artemisinina, síntese e formulação farmacêutica. 3a. reunião da comissão criada pelo ato da presidência n. 254/87, em 14 jul. 1988.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 362 – U5. Gestão Tecnológica. Obtenção de derivados de artemisinina, síntese e formulação farmacêutica. Memória de reunião CPQBA e Far-Manguinhos. Unicamp, 17 mar. 1988.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 203/1. Memo n. 027/ACI/BSB de Pedro Thomé de Arruda Filho para Akira Homma, em 31 jul. 1989.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 256. Gestão Tecnológica. Correspondências entre Wang Jusheng e Pedro Thomé Arruda Filho, entre set.-nov. 1989.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 203/1. Correspondências entre Wang Jusheng e Pedro Thomé Arruda Filho, em fev. 1989.
- Magalhães, PM de. et al (1989). Experiments in growing Artemisia annua L. and artemisinin isolation. In: Simpósio Brasil-China de Química e Farmacologia de Plantas Mediciniais, 1989, Rio de Janeiro. Simpósio Brasil-China de Química e Farmacologia de Plantas Mediciniais, Rio de Janeiro, p. 200-200.
- Gottlieb, OR (1999). Projeto Plantas Mediciniais: História e Memória da Pesquisa e da Política Científica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Cassete nº 9, lado A.
- Fundação Oswaldo Cruz. Far-Manguinhos. Arquivo Intermediário. Caixa 362 – U5. Gestão Tecnológica. Obtenção de derivados de artemisinina, síntese e formulação farmacêutica. MEMO 107/89 – SUPLAN 14/06/1989. De Dalton Hamilton para André Gemal.
- Moussatché, H (1991). Prefácio. Proceedings of the Brazilian-Sino Symposium on Chemistry and Pharmacology on natural products. Rio de Janeiro 10 a 14 de dezembro de 1989. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 86, supl. II, p. II.
- Gottlieb, OR (1991). Prefácio. Proceedings of the Brazilian-Sino Symposium on Chemistry and Pharmacology on natural products. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. v. 86, supl. II, p. IV, 10-14 dez.

# Measures of health care against yellow fever in the south-west of Extremadura (Spain) in the XIX Century

*Cuidados de saúde contra a febre-amarela no sudoeste da Extremadura (Espanha) no século XIX*

---

## Diego Peral

Professor de História da Ciência da Universidade de Extremadura.  
Faculdade de Medicina. Badajoz (Espanha);  
Membro do grupo de Humanidades Médicas de pesquisa  
da Universidade da Extremadura  
diego@unex.es

## FJ Suárez-Guzmán

Professor Assistente da Universidade de Extremadura; Membro do grupo de Humanidades Médicas de pesquisa da Universidade de Extremadura  
fcojsuarez@telefonica.net

## Abstract

Yellow fever, which made its way to Europe through commercial trade with America, was a terrible disease which provoked different epidemics throughout the XIX century.

In the present paper, we discuss the sanitary measures taken during the XIX century in order to avoid the spread of the disease in the south-west of Extremadura, in Spain. To do so, we have used historic and municipal archives as well as church archives from a number of different localities.

### Key Words:

Yellow fever, XIX century, South-west of Extremadura, Spain, public health.

## Resumo

A febre amarela, que entrou na Europa através das rotas de comércio com a América, foi uma doença terrível, responsável por diferentes epidemias ao longo de todo o século XIX.

Neste artigo, discutiremos as medidas sanitárias adotadas durante o século XIX com o objetivo de perceber a proliferação da doença no sudoeste da Extremadura, em Espanha. Utilizaremos como metodologia os dados históricos dos arquivos municipais e das paróquias de diversas localidades.

### Palavras Chave:

Febre-amarela, século XIX, sudoeste da Extremadura, Espanha, saúde pública.

## Introduction

Epidemics have produced a range of mixed feelings among people as well as among social groups as a whole [1]. Such feelings include fear, hate and over-exaggerated spirituality to name but a few.

Humans also have a part to play in the development and propagation of an epidemic. Social, as well as economic factors (including commercial, political and military), related to our lives, bring about the appearance, modification and disappearance of diseases [2].

Some people think that history is static; a grave error which leads them to the point of not understanding the present and understanding the past as a static or fixed image, removing themselves from the current paradigm: things move but at the same time they experience change.

The hygienic and health conditions in the region of Extremadura throughout the XIX Century were by character highly deficient; the streets were a sorry sight, the sewage systems were non-existent which meant that dirty water flowed directly onto the streets. Neither was there a system of rubbish collection which led people to dump their waste wherever they chose to do so within the boundaries of the municipal area [3]. The atmosphere in the main cities at the time was a focal point of bad health and infection. Sewage systems, in places where they did exist, were inadequate, inefficient or inoperative. Furthermore, there was little or no health control or cleaning of septic tanks which contaminated the under soil and often overflowed, allowing the stagnant water to cause bad health. Unsightly piled up animal manure was to be found everywhere. Waste material, rubbish, dirty water and other residual products thrown onto the streets on a daily basis turned the public areas of the towns into dunghills and rubbish dumps [4]. All these factors combined together caused vile smells, unhealthy fumes and vapours and emissions of dangerous gases which put Public Health in grave and permanent danger [5].

Yellow fever, also known as Siam sick, Barbados fever [6] or black vomit [7], was a disease which was believed to have spread from Africa to equatorial and tropical America during the time of the slave trade [8]. These claims were proven true by the use of molecular techniques through which it was seen that the strains of yellow fever found in America had lost part of a repetitive sequence of the genus in coded region 3', a phenomenon which does not occur in the African strains thereby clearly showing its African origin [9].

It was one of the most feared contagious diseases which caused major epidemics in Africa and America from the XVIII to the XX centuries [10]. Today the number of deaths due to yellow fever in people who haven't received the vaccination may reach the 50% mark. It is estimated that in the world there are 200,000 new cases of yellow fever each year which lead to 30,000 deaths, 90% of these being recorded in Africa alone [11].

Carlos Finlay, in his speech made for the Royal Academy of the Sciences and published in Habana in 1881, stated that, with respect to yellow fever, that are false the theories which claim: "...that the origin or propagation of the disease is due to atmospheric influences, miasmatic or meteorological influences lack of personal hygiene or the absence of general hygienic measures..." [12:395]. He attributed to the mosquito the spread of the disease, by biting a healthy person after doing it a sick. This is a huge advance in knowledge of the disease [13].

## Objectives

The objective here is to carry out a study of the epidemics of yellow fever in the south-west of Extremadura and to analyze the measures adopted by the different towns in the struggle to combat the illness.

## Material and method

A study has been done of the minutes books of the plenary sessions of the different town halls as well as their respective death registers of the corresponding local parishes.

## Pathogenesis of the disease

Yellow fever is an acute viral hemorrhagic disease which is transmitted by infected female mosquitoes, of the *Aedes* genus [14]. The term yellow alludes to ictericia or jaundice which some patients experience [15]. Its symptoms include high temperature, albuminuria, hemorrhage, blood vomit or vómito negro as well as ictericia [16].

The virus is endemic in the tropical areas of Africa and Latin America with a population of 900 million inhabitants. The number of cases of yellow fever has risen in the last two decades due to the decrease in immunity of the population, deforestation, urbanization of rural areas, population migration and climate change [11].

The virus responsible for yellow fever belongs to the genus known as *Flavivirus*, belonging to the family of the *Flaviviridae* [17]. It constitutes the prototype of the genre, with the whole family containing more than 70 different, yet related viruses, most of which are passed on by arthropods [18].

The means of transmission of the yellow fever virus is through an arbovirus of the *Flavivirus* type and its main vector is the mosquito which passes the virus on from one host to another, mainly between monkeys or between monkeys and humans as well as from one human to another [19].

There are several different species of the *Aedes* and *Haemagogus* mosquito that transmit the virus. Mosquitoes breed near homes (domesticated), wooded areas (wild) or in both

habitats (semi-domesticated) [20]. The larva can grow in a wide number of places, for example plant pots, used tyres, water jugs, cans and many other everyday objects which may contain even a tiny amount of water. The adult mosquito shows a great preference towards humans as a source of blood.

In America, two cycles of transmission occur: the jungle cycle, also known as the sylvatic cycle and the urban cycle, while in Africa we can find three:

1. The Jungle / sylvatic cycle is found in wet tropical forests where the infected mosquitoes bite the monkeys who in turn transmit the virus to other mosquitoes who then pass it on to humans who are normally young woodcutters who work in the forest.
2. The Intermediate cycle or savannah cycle: the semi-domesticated mosquitoes which inhabit the forests near houses bite humans and monkeys alike. This is the most common form of transmission and can cause short epidemics which can become more serious if they reach densely populated areas.
3. The Urban cycle: the infected people spread the virus in highly populated areas where there are a large number of *Aedes* mosquitoes as well as non-immune people, which results in serious epidemics. The infected mosquitoes pass the virus on from one person to another [21].

## Clinical diagnosis

The incubation period lasts between three and seven days and the illness itself lasts, where a cure is found, just one week. After incubation, the illness may take two different courses:

- A. Light: sufferers feel arthralgia, myalgia, headache, vomiting, etc., which lasts about one or three days, and clears up without any complications.
- B. Severe or classical: which includes epistaxis, bleeding of the gums, kidney and liver failure, haematemesis with blood vomit and ictericia, all of which lead to death in about ten to fourteen days [22].

The diagnosis is clinical and by using very specific laboratory tests, other diseases can be ruled out, such as the Zika, the Bolivian fever, the Argentinean fever, Chikunguaya, Ebola as well as malaria, dengue fever and hepatitis [11].

## Treatment

There is no treatment to cure yellow fever. It is symptomatic and treatment aims to alleviate the symptoms and to maintain the well-being of the patient and of course, to combat the mosquito. Vaccination is the most important method of prevention against yellow fever. The vaccine is safe, affordable, very efficient, and one single dose is sufficient to give

immunity and life-long protection without the need of a booster dose. The vaccine offers an effective immunity in 99% of vaccinated people in the space of 30 days [14].

## Yellow fever in the south-west of Extremadura in the XIX century

The very first European epidemic of yellow fever occurred in Lisbon in 1728 [23: 280]. Later other epidemics broke out in meridional areas [24: 91]: Cadiz (1730, 1800, 1804, 1810, 1819), Málaga (1741, 1803, 1804, 1810-1812, 1821), Barcelona (1821) and Pasajes (1823) [25: 65].

When the breakout of the yellow fever epidemic occurred in Cadiz in 1800, a great fear of infection spread among the population as the Peset brothers pointed out “Panic spread all over Spain” [26: 107].

The measures adopted against yellow fever are similar to those used against the great plague which devastated Europe up to 1720 in Marseilles: material measures of protection were reinforced and trading links were broken, vigilance and closure of the city grounds took place as well as isolation of the infected people, ports also had to be controlled, burning of the infected peoples belongings, even prayers were said and processions took place as well as invocations to certain saints as the plague was considered by many to be a divine punishment [27]. The same measures were taken when the cholera epidemic broke out in Spain in 1833 [28].

Certain printed documents state that in 1819, the Board of Health ordered the mayors of the towns along with the local health authorities of each town such as that of Zafra, not to allow people or goods coming from Seville or its surrounding areas to enter the town, as yellow fever had hit those areas and some of the streets there had been cut off. Isolation or incommunication is one of the main measures used to deal with the disease [29]. From the beginning of the century, epidemics were constantly arriving from America due to commercial trade and bad health organization, as well as the lack of control over the smuggling of goods [30]. Warnings were sent from Mérida to all the towns involved to adopt the necessary defence measures in order to avoid infection in Extremadura [31, 32]. These measures included the following:

1. Fumigation of all correspondence and mail.
2. Meticulous and continuous cleaning of the streets.
3. Setting up of a barracks in a suitable location whose purpose was to fumigate the general public passing through as well as any goods and merchandise coming from outside.
4. The establishment of a warehouse to gather merchandise coming from infected places.
5. The establishment of another warehouse to serve as a hospital for suspected diseases.
6. Banning of airing leather, skins or fur within the radius of the town.

7. Completely banning pigs from wandering the streets.
8. Carrying out cleaning and sanitation of drainage pipes and sewers or any other places which could be a source of infection within the town limits.
9. Carrying out a thorough inspection of all meat and fish destined for human consumption as well as vegetables, legumes, fruits or any other food substances and their respective selling posts or collection points.
10. Banning of clothes washing in streams passing through the towns or within the town limits.
11. Finally, by setting up a surveillance service at the entrance to the town in order to carry out any necessary measures demanded by the competent authority [33].

Therefore, as a result, the epidemic of yellow fever almost exclusively affected coastal areas and areas close to navigable rivers [34], as these were the natural entry points of a disease which was brought from Africa and America.

The problem of the mixing of drinkable and contaminated water was a serious cause for concern especially in big urban areas. Therefore every possible effort was made to improve water distribution services as well as to deal with residual or dirty water, thereby contributing to the struggle against transmittable diseases throughout the XIX century [35]. In 1804, it became mandatory to separate rain water and water coming from fountains, springs or wells from residual water coming from drain pipes [36]. This law forced governments in power during the second half of the century to make a big effort to sanitize and supply clean water to the cities and towns, as well as to set up an incipient International Health Service whose aim was to control transmittable diseases by organising International Health Conferences [37].

The measures taken to avoid infection were a combination of both medical and military, thereby proceeding to isolate members of the population who were affected by the disease. This form of isolation and incommunication were the most effective measures to deal with infection among people. However, protests were held as people demanded help and assistance. Poverty increased sharply in large cities where the needy gathered to seek help from charity organisations which were set up to deal with the problems. The Supreme Board of Health announced on the 21 February, 1833 to the Provincial Health Authorities, the need to establish quarantines in Galicia, Castilla la Vieja, Extremadura and Andalucía thereby preventing entry to individuals coming from Portugal, this was done with help from the Armed Forces [38].

Carlos Cipolla, referring to health measures taken during the first epidemic of cholera, states that they were "...an almost identical replica of what was done previously in the north of Italy during the XVI, XVII and XVIII centuries" [39: 21], based on the miasmatic theory [40] which claimed that "the diseases were related to the quality of the air depending on whether its saturation of Pestilence was higher or lower" [41:203], and atmospheric medicine which could have come

from classical Greece, basing itself on the humoral doctrine and the geographical location, which reached its highest peak in the XVIII century [42]. The first significant measure taken in atmospheric medicine was the Act of Public Health in 1848, but it wasn't until another law was passed in 1875 that some atmospheric factors began to be effectively controlled [43].

In the Instruction for the Economic - Political Government of Provinces, dated 13<sup>th</sup> June 1813, measures and initiatives adopted by the different towns during the XIX century were specified in detail:

*The Police Authorities who are responsible for the local town councils and the health and well-being of the people have the duty to control the cleaning of housing, markets, public squares, hospitals, prisons and charity houses as well as keeping a check on all foodstuffs. Each town must have an adequately located burial ground and care must be taken of stagnant water or contaminated water drainage. To sum up, it must be ensured that nothing in the vicinity of the town alters or affects the health of the population or its livestock in any way [44: 257-258].*

Not many studies are available which outline the evolution of health infrastructure in the towns of the south-west of Extremadura [45, 46, 47, 48], "what is worth outlining is that the knowledge of the history of urban reality is not just a task left to expert researchers of past events, in search of a need to satisfy a huge intellectual curiosity embedded in the general process of promoting historical consciousness. It is a means of getting a closer understanding of today's reality, finding out how things became what they are, in this case, how our towns acquired their current features. In order to understand this, we need to see these towns placed within a corresponding process of formation. It is necessary to observe urban reality as a result of history" [49:82].

The water supply to towns was normally distributed by public sources, situated in the town centre and also wells in the outskirts of the towns [50]. It was a complicated task for towns to control consumption and as a result, there were often periods of drought during the summer season or during other dry spells of weather [51]. The Romans managed to construct an important network in Merida which required large sums of money to keep it going [52].

## Conclusions

The best way of controlling yellow fever is by vaccination but it is also of paramount importance to control the *Aedes aegypti* mosquito to avoid the insect becoming urban. A system of detection through vigilance and control of epidemic breakouts is also crucial. These measures can be difficult to implement in certain parts of the world precisely where the mosquito is active. This is due to its elevated cost, lack of infrastructure, lack of qualified professionals, etc. Epidemics often originate in rural areas, far from urban places which



mean that generally two or three months can easily go by before the epidemic is detected and notified.

There is a lack of global awareness of this disease especially in Africa, and of its devastating economic and social consequences, not only in public health but in the application of the initiatives to control the disease and the lack of interest in applying these initiatives to the disadvantaged communities.

We can expect to find significant outbreaks of viral diseases such as Dengue or Chikungunya in Southern Europe in the coming years. There is also abundant evidence to prove that Malaria is on the rebound. The indigenous transmission, although local and limited to Spain and Europe, is the most concrete proof of this theory, without mentioning the renowned Zika disease transmitted by the same vector; the *Aedes aegypti* mos-

quito, which is currently a major concern for the WHO.

In the light of all this, the appearance of these insects in new ecosystems may give rise to a genetic change which will consequently cause more cases of transmission and serious concern. For this reason, it is extremely important to increase the number of resources and studies related to these viruses, their mechanisms and reproductive cycles as well as promoting the awareness of the need to fight to prevent their propagation.

## Acknowledgements

The authors would like to express their deepest gratitude to the Gobierno de Extremadura.

## Bibliography

- Konstantinidis A, Cabello ML (2008). La Notificación del Diagnóstico y las Primeras Reacciones de Personas Infectadas por el Virus VIH. Un Estudio Cualitativo Realizado en el Área Metropolitana de Monterrey, NL. *Revista Perspectivas Sociales*. Primavera, 10 (1): 90.
- Villalba J (1984). *Epidemiología Española. Epidemiología Española o Historia Cronológica de las Pestes, Contagios, Epidemias y Epizootias que han Acaecido en España desde la Venida de los Cartagineses hasta 1801*. (Edición facsimil del Prof. Antonio Carreras Panchón. Málaga. 1984). Madrid.
- García J, Sánchez F (1985). *La Monarquía Liberal. 1883-1868. Historia de Extremadura. Tomo IV*. Universitas Editorial. Badajoz.
- Del Río A., Moro JM, Sanzo MJ, Vázquez R (2003). Las Epidemias de Cólera en la Asturias del siglo XIX. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo*. Oviedo.
- Urteaga L (1976). *Misericordias, Miasmas y Microbios. Las Topografías Médicas y el Estudio del Medio Ambiente en el siglo XIX*. Geocrítica. Barcelona.
- Rey JR, Tabachnick WJ, Connelly CR, Mores CN, Smartt CT (2014). La Fiebre Amarilla. *Entomology and Nematology, UF/IFAS Extensión*. University of Florida. In <http://edis.ifas.ufl.edu/in718> (accessed Jun 12, 2016).
- Schmaljohn AL, McClain D (1996). *Alphaviruses (Togaviridae) and Flaviviruses (Flaviviridae)*. In: Baron's Medical Microbiology (Baron S et al, eds.) (4th edición). Univ of Texas Medical Branch.
- López-Piñero JM (1991). *Historia de la Medicina*. Ed. Historia, 16: 145.
- Restrepo BN (2004). Fiebre Amarilla. *Revista CES Medicina*, 18 (1): 70.
- Mori O (2002). Fiebre amarilla en África: su Impacto en Salud Pública y Perspectivas para su Control en el siglo XXI. *Biomédica*, 22: 194-210.
- WHO (2015). *Yellow Fever Fact Sheet*. Nota informativa n° 100.
- Finlay CJ (1886). *Yellow Fever: its Transmission by Means of the Culex Mosquito*. *Am J Med*, 92: 395-409.
- Delaporte F (1989). *Historia de la Fiebre Amarilla. Nacimiento de la Medicina Tropical. Instituto de Investigaciones Históricas*. Universidad Autónoma de México. Centro d'Études Mexicaines et Centroaméricaines. México D.F.
- Comité de Infecciones Emergentes (2001). Fiebre amarilla. *Revista Chilena de Infectología*, 18 (1): 64-7.
- Trousseau A (1866). *Clínica Médica del Hotel-Dieu de París. Tomo III*. Imprenta Médica de Manuel Álvarez, calle de San Pedro, núm. 16. Madrid, 235-237.
- Toledo GJ (2000). La Otra Historia de la Fiebre Amarilla en Cuba. 1492-1909. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. La Habana, 38 (3): 220.
- Monath TP, Heinz FX. *Flaviviruses*. En Fields BN, Knipes DM, Howley PM, Chanock RM, Melnick JL, Monath JL, Roizman B, Straus SE, editors (1995). *Field's Virology*. Third edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Clarke DH (1960). *Antigenic Analysis of Certain Group B Arthropod-Borne Viruses by Antibody Absorption*. *J Exp Med*, 111: 21-32.
- Tomori O (2002). Fiebre Amarilla en África: su Impacto en Salud Pública y Perspectivas para su Control en el siglo XXI. *Biomédica*. Revista de Revista del Instituto Nacional de Salud. Bogotá. Colombia, 22 (2): 200-201.
- (2005). *Control de la Fiebre Amarilla. Guía Práctica*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. EEUU: 3-4.
- Theiler, Max and Downs, WG (1973). *The Arthropod-Borne Viruses of Vertebrates: An Account of the Rockefeller Foundation Virus Program 1951-1970*. Yale University Press.
- Alero N (2003). A propósito de la Fiebre Amarilla en Venezuela. *Investigación Clínica*. 44 (4): 269-271.
- Arquiola E (1987). *Las Enfermedades del siglo XVIII*, en Albarracín A (coord.) *Historia de la Enfermedad*. Madrid.
- Granjel LS (1986). *La Medicina Española Contemporánea*. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Peral D (1993). *La Salud Pública en Zafrá en el siglo XIX*. Badajoz.
- Peset M, Peset JL (1972). *Muerte en España (Política y Sociedad entre la Peste y el Cólera)*. Seminarios y Ediciones.
- Peñañel A, Peñañel C (1987-88). *Repercusiones de la Epidemia de Peste Marsellesa de 1720 en la Ciudad de Murcia*. *Contrastes. Revista de Historia Moderna*. Universidad de Murcia, 3-4: 53-56.
- Rodríguez E (1986). *La Primera Pandemia de Cólera en España, 1833-35*. *Jano*. Madrid, XXX: 69-82.
- (1819). *Archivo Histórico Municipal de Zafrá. Expediente sobre varias Medidas Sanitarias a Virtud de Orden Superior*.
- Peset JL (1986). *Las Epidemias de Fiebre Amarilla de 1819*. *JANO*, 728: 18-23.
- López JM (1991). *Actitud Social y Política Municipal en Mérida frente a la Epidemia de Fiebre Amarilla de 1819*. *Actas del IX Congreso de Historia de la Medicina*. Zaragoza: 213-219.
- De Arejula JM (1806). *Breve Descripción de la Fiebre Amarilla Padecida en las Andalucías*. Imprenta Real. Madrid: 154-166.
- Jiménez C (1974). *La Epidemia de Fiebre Amarilla de 1804 en Granada*. *Medicina e Historia. Revista de Estudios Históricos Informativos de la Medicina*. Barcelona, 38: 9.
- Archivo Histórico Municipal de Jerez de los Caballeros. Gobierno Local. Junta Municipal de Sanidad. Legajo 1. Carpeta 2. Fols. 3 v y 4*.
- Pérez-Morera V (1980). *Las Crisis de Mortalidad en la España Interior siglos XVI-XIX. Siglo XXI de España Editores*. Madrid: 431.
- Archivo Histórico Nacional. Reales Cédulas, n° 1557*.
- Angoloti E (1971). *Datos para la Historia del Cólera en España*. *Gaceta Médica Española*, XLV. Madrid, 538:391-402.
- Del Río AB, Moro JM, Sanzo MJ, Vázquez R (2003). *Las Epidemias de Cólera en la Asturias del siglo XIX*. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo*. Oviedo.
- Cipolla CM (1993). *Contra un Enemigo Mortal e Invisible*. Crítica. Barcelona: 21.
- Cardona Á (2005). *La Salud Pública en España Durante el Trienio Liberal (1820-1823)*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- (1986). *Tratados Hipocráticos. Tomo II. Sobre los Aires, Aguas y Lugares. Sobre los Humores. Sobre los Flatos*. *Predicciones I. Predicciones II. Prenociones de Cos*. Biblioteca Clásica Gredos. Madrid: 49-60.
- McKeown T, Lowe CR (1989). *Introducción a la Medicina Social*. 4ª edición. Siglo XXI. Madrid.

43. Urteaga L (1997). Ideas Medioambientales en el siglo XVIII. Naturaleza, Clima y Civilización. Editorial Akal. Historia de la Ciencia y de la Técnica 27. Madrid.:10.
44. Barona-Vilar JL (2002). Salud, Enfermedad y Muerte. La Sociedad Valenciana entre 1833 y 1939. Institución Alfonso el Magnánimo. Valencia.
45. Campesino AJ (1982). Estructura y Paisaje Urbano de Cáceres. Colegio Oficial de Arquitectos de Cáceres. Madrid.
46. Gómez D (1993). Impacto Ambiental de las Infraestructuras. Urbanismo y Conservación del Patrimonio de la Humanidad. Asamblea de Extremadura. Badajoz.
47. Gómez D (1994). Urbanismo y Arquitectura Aristocráticas y de Renovación en Zafra (1850-1940). Ayuntamiento de Zafra. Zafra.
48. Masot I, Peral D, Gómez MD (2002). Los Aspectos Sanitarios y la Traída de las Aguas a Badajoz según los Libros de Actas Capitulares del Ayuntamiento (1846-1883). R. E. E., nº LVIII. Nº I. Badajoz.
49. Terán F (1982). El Problema Urbano. Editorial Salvat. Estrella:82.
50. Álvarez M (2004). El Abastecimiento de Agua en España. Editorial Civitas. Madrid: 88-99.
51. Garrido JM (1983). El Servicio Público de Abastecimiento de Agua a Poblaciones. IEAL. Madrid: 83-142.
52. López JM (1989). Salud Pública y Medicina en Mérida (1700-1833). Editado por la Asamblea de Mérida y el Ayuntamiento de Mérida. Mérida: 186.

# “Para que os jovens médicos paraguaios exercitem uma dupla missão, científica e patriótica”: a contribuição do naturalista e botânico Moisés Santiago Bertoni (*La Civilización Guaraní*, 1922-1927)

"So that the young Paraguayan medics exercise a double mission, scientific and patriotic":  
the contribution of the naturalist and botanist Moisés Santiago Bertoni (*La Civilización Guaraní*, 1922-1927)

**Eliane Fleck**

Programa de Pós-Graduação em História;  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo – Brasil  
ecdfleck@terra.com.br

## Resumo

O naturalista e botânico suíço Moisés Santiago Bertoni (1857-1929) instalou-se, primeiramente, em *Misiones*, Argentina (1884-1887), e, depois, no Paraguai (1887-1929), onde, em 1894, fundou a colônia *Puerto Bertoni* e se dedicou tanto às pesquisas sobre a fauna e a flora nativas e sobre os indígenas, quanto à escrita de seus livros – redigidos em seis idiomas e divulgados através de sua editora, a *Ex-Sylvis* –, bem como à divulgação de suas observações em revistas científicas da América e da Europa. Ao longo das quase quatro décadas que viveu na região, Bertoni não descuidou de manter contacto com a produção dos maiores centros de pesquisa científica do Brasil, Argentina, México, Guatemala e Equador, em especial, com os estudos de Etnologia publicados nos *Annaes da Biblioteca Nacional*, na *Revista Brasileira* e na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. Dentre seus mais importantes trabalhos estão a obra – não concluída – *Descripción física, econômica y social del Paraguay* e os três tomos de *La Civilización Guaraní*. Neste artigo, me detenho, especialmente, no *Libro II* desta última obra, intitulado *La Medicina Guaraní*, dedicado pelo autor aos jovens médicos paraguaios, com a expectativa de que encarassem sua formação e atuação como uma dupla missão, científica e patriótica.

## Palavras Chave:

Moisés Santiago Bertoni, Paraguai, *La Civilización Guaraní*, medicina Guaraní, missão científica e patriótica.

## Abstract

The Swiss naturalist and botanist Moisés Santiago Bertoni (1857-1929) settled firstly in *Misiones*, Argentina (1884-1887), and after in Paraguay (1887-1929), where, in 1894, he founded the colony *Puerto Bertoni* and dedicated himself to research on the native fauna and flora and the natives, to the writing of his books – written in six languages and published through his publishing house, *Ex-Sylvis* –, as well as to the issuing of his observations in scientific publications of America and Europe. Throughout the almost four decades he lived in the region, Bertoni made sure to keep in touch with the production of the biggest centers of scientific research in Brazil, Argentina, Mexico, Guatemala and Equador, in particular, with the studies of Ethnology published in the *Annaes da Biblioteca Nacional*, in the *Revista Brasileira* and in the *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*. Among his most important works are the – unfinished – work *Descripción física, económica y social del Paraguay* and the three tomes of *La Civilización Guaraní*. This article concentrates, especially, on the *Libro II* of the latter work, entitled *La Medicina Guaraní*, dedicated by the author to the young Paraguayan medics, with the expectation that they understood their formation and work as a double mission, scientific and patriotic.

## Key Words:

Moisés Santiago Bertoni, Paraguay, *La Civilización Guaraní*, Guaraní medicine, scientific and patriotic mission.

## Uma breve introdução

O naturalista e botânico suíço Moisés Santiago Bertoni nasceu a 15 de junho de 1857 e faleceu em 19 de setembro de 1929. Em 1883, ainda na Suíça, lançou a *Rivista Scientifica Svizzeta*, que tratava de temas relacionados às ciências naturais, antropologia, sociologia, geografia, estatística e agricultura. Estudou ciências jurídicas, físicas e naturais nas Universidades de Genebra e Zurique, tendo integrado aquela plêiade de cientistas que, no século passado, vieram para a América, fascinados pela novidade, pelo exotismo e pela possibilidade de realizar investigações nos extensos territórios virgens do continente.

Mas, diferentemente de Charles Darwin ou de Alexander Humboldt, o jovem suíço não veio à América na condição de explorador ou investigador a serviço de uma sociedade científica europeia. Bertoni pretendia instalar uma colônia agrícola no Novo Mundo [1]<sup>1</sup>, o que se deu, primeiramente, na província de *Misiones*, Argentina (de 1884 a 1887), e, depois, no Paraguai (de 1887 a 1929), onde, em 1894, fundou a colônia *Puerto Bertoni*. Ao longo das quase quatro décadas que viveu nestas regiões, Bertoni não descuidou de manter contacto com a produção dos maiores centros de pesquisa científica do Brasil, Argentina, México, Guatemala e Equador, e com os estudos publicados sobre Etnologia nos *Annaes da Biblioteca Nacional*, na *Revista Brasileira* e na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*.

Foi em *Puerto Bertoni*, numa região do Alto Paraná, localizada a dez quilômetros da fronteira com Foz do Iguaçu, que ele se dedicou às pesquisas sobre a fauna e a flora nativas e os indígenas guaranis, bem como à escrita de seus livros – redigidos em seis idiomas e divulgados através de sua editora, a *Ex-Sylvis* – e de artigos científicos remetidos a várias revistas e bibliotecas científicas da América e da Europa. Além da editora, ele montou, também, uma biblioteca com mais de dezessete mil obras, laboratórios experimentais e uma agência de correio, através da qual despachava seus trabalhos para muitos países.

Dentre os mais importantes estão os *Analles Científicos Paraguays*, os três tomos de *La Civilización Guaraní* e a obra – não concluída – *Descripción física, econômica y social del Paraguay*, que lhe garantiram convites para representar o Paraguai em vários congressos científicos internacionais, inclusive, do XX Congresso Internacional de Americanistas, de 1922, no Rio de Janeiro. Nesta edição do ICA, proferiu a conferência *El futuro de la raza americana en América Latina*, na qual criticou enfaticamente a crença de que as populações indígenas se encaminhavam para a sua extinção completa e procurou demonstrar que a “esquecida e bela raça guarani” era uma raça cuja superioridade biológica se refletia na moral, na alimentação e na medicina que praticavam.

Neste artigo, me deterei, mais especificamente, no *Libro II* de *La Civilización Guaraní*, intitulado *La Medicina Guaraní*, que foi dedicado aos “jovens médicos paraguaios”, com a expectativa de “que alguns dentre eles encar[assem] estes estudos como uma dupla missão, científica e patriótica” [2: 143].

## A civilização Guaraní na perspectiva de médicos e naturalistas (final do Oitocentos e primeira metade do Novecentos)

Dentre os que se dedicaram ao estudo das práticas terapêuticas adotadas pelos indígenas guaranis e à reflexão sobre o papel desempenhado pela Companhia de Jesus para a constituição de uma cultura científica na América platina, estão o médico argentino Pedro Arata, o naturalista e botânico suíço Moisés Bertoni e os padres jesuítas Carlos Leonhardt e Guillermo Furlong.

Os trabalhos de Arata, Bertoni, Leonhardt e Furlong foram escritos entre a última década do século XIX e o final da primeira metade do século XX, e inserem-se no ainda muito atual debate historiográfico acerca do reacionarismo desta ordem religiosa – dada a vinculação à tradição medieval católica e barroca – e nas reflexões sobre a efetiva contribuição dos indígenas, especialmente, dos seus saberes sobre a farmacopéia americana, para o conhecimento médico, farmacêutico e botânico que os missionários jesuítas fizeram circular nos continentes em que atuaram, nos séculos XVII e XVIII.

O farmacêutico, médico e professor universitário Pedro Narciso Arata nasceu em 29 de outubro de 1849, em Buenos Aires, e faleceu na mesma cidade em 5 de novembro de 1922. Graduou-se médico em 1879, com uma tese sobre propriedades químicas das plantas, tendo presidido por anos a Academia Nacional de Medicina da Argentina. Em *Botánica Medica Americana*, de 1898,<sup>2</sup> Arata realiza um estudo comparativo entre quatro manuscritos produzidos na América, “apresentando aos leitores médicos uma síntese de seu conteúdo e fazendo ao mesmo tempo uma crítica”, comprometendo-se a fazê-lo “com ideias modernas”, destacando as “propriedades atribuídas às plantas de que tratam e agregando os nomes científicos que lhes correspondem, além de observações referentes às mesmas” [3: 419].

Para Arata, as mais relevantes obras sobre botânica médica foram as produzidas pelo médico e botânico espanhol Francisco Hernandez (1514-1587), pelo médico e naturalista holandês Guilherme Piso (1611-1678) e pelo padre jesuíta Bernabé Cobo (1582-1657), que teriam exercido grande influência sobre as *matérias médicas* redigidas por missionários jesuítas. Segundo ele, nada mais equivocado do que pensar que estas *matérias médicas* fossem estudos originais ou produzidos por diferentes padres ou irmãos jesuítas.

Referindo-se aos jesuítas como “senhores absolutos de milhares de índios”, entre os quais atuavam como “médicos de almas e de corpos e também como enfermeiros”, Arata questiona a autoria e a originalidade dos manuscritos produzidos por missionários jesuítas na América [3: 440]. Em relação à *Materia Medica Misionera*, ele afirma que o irmão jesuíta Montenegro copiou imagens da obra “*De inidiæ utriusque Re naturali et medica*”, de Guillermo Piso (Amsterdan, 1638), sem qualquer referência à obra, limitando-se a adicionar imagens de alguns pássaros e anjos às originais. Quanto ao conteúdo da obra, Arata afirma que ela consiste de modificações que o irmão jesuíta fez de um ma-

nuscrito atribuído ao padre jesuíta Buenaventura Suarez.<sup>3</sup>

Ao destacar a prática da cópia e da apropriação de imagens de textos de outros autores, Arata refere a obra de outro jesuíta, o padre Segismund Asperger, afirmando que são bastante questionáveis as propriedades que ele atribui a determinadas plantas e que, ao cotejarmos as descrições feitas pelo padre Asperger com as que fez o irmão Montenegro, ficará evidente que o primeiro “copiou os escritos daquele que deve ter sido seu mestre, Pedro Montenegro” [3: 445]. O mesmo pode ser dito sobre o padre jesuíta Thomas Falkner, que também teria se valido de uma das inúmeras cópias do manuscrito de Montenegro, que circularam pela América platina. Segundo Arata, na obra de Asperger podem ser encontrados relatos de experimentos realizados por Montenegro com o *arazá*, por exemplo, e que são apresentadas como tendo sido realizadas por ele, que, na ocasião, contava com apenas 17 anos, e ainda não se encontrava na América.

Para o médico argentino, coube à “grande expedição botânica” financiada pelo Rei Carlos III que conferiu cientificidade aos conhecimentos sistematizados pelos missionários jesuítas. Para ele, todo conhecimento de botânica médica existente à época – produzido, exclusivamente, por “empíricos”, como os jesuítas – foi “redescoberto à luz da ciência” por Azara, Demersay, Moussy, Humboldt, Bompland, Molina, Velloso e Arruda Câmara [3: 187].

Se nas décadas finais do século XIX, leigos como o médico Pedro Arata e o botânico suíço Moisés Bertoni, sobre o qual nos deteremos em tópico específico, se dedicaram à reflexão sobre o papel desempenhado pelos missionários jesuítas na implantação de uma cultura científica na América platina, também historiadores da Companhia de Jesus se dedicaram ao tema, como o padre jesuíta Carlos Leonhardt, que, nas primeiras décadas do século XX, juntamente com o reconhecido historiador Emilio Ravignani, reuniu – em dois tomos – as *Cartas Anuas de la Provincia Jesuítica del Paraguay de la Compañía de Jesús*, na *Colección de Documentos para la Historia Argentina*, publicadas pelo *Instituto de Investigaciones Históricas de la Facultad de Filosofía y Letras*, da Universidade de Buenos Aires.

Em *Los jesuítas y la medicina en el Rio de la Plata*, artigo publicado em 1937, Leonhardt afirma que os jesuítas se dedicaram às artes de curar, apesar de estarem impedidos de exercer a medicina e a cirurgia. A atuação dos missionários esteve, segundo ele, associada à necessidade – devido “à penúria médica” e às “especiais circunstâncias que exigiam a prática médica” – e à prática da caridade cristã, que visava à edificação e os forçava “moralmente [...] a socorrerem os necessitados.” Leonhardt ressalta que a autorização expedida pelo Papa Gregório XIII, em 1576, deixava claro que os missionários deveriam atender, excepcionalmente, isto é, “quando exigia a caridade ou a necessidade” [4: 103-105].

Empenhado em justificar a atuação dos membros da Companhia de Jesus, Leonhardt destaca, por um lado, o lamentável estado sanitário que “reinava nos países rioplatenses” e as péssimas condições sanitárias das cidades fundadas pelos espanhóis, e, por outro, o importante papel desempenhado pelas boticas mantidas pelos jesuítas, que contavam com “boa administração” e com a “prática de experimentados irmãos boticários.” Ressalta, ainda,

que a venda de “remédios excedentes”, “não era feita para auferir lucros (...) e que o pagamento se dá também por gratidão”, já que as boticas eram procuradas por quem “tem confiança em nossa religiosidade, experiência e desinteresse” [4: 106-107]. Ele não descuidou, também, de ressaltar a formação dos médicos e boticários jesuítas, que “eram homens bem preparados para seu ofício e geralmente reconhecidos por seus contemporâneos e também pelos historiadores modernos” [4: 112].

Em relação a este ponto, Leonhardt ressalta que mesmo os desafetos da Companhia de Jesus não deixaram de reconhecer “o preparo teórico e a atividade prática dos jesuítas nesta matéria (...) mesmo não conseguindo identificar qual o verdadeiro segredo de seu sucesso neste ramo.” Isto, no entanto, não o impede de tecer duras críticas a todos os autores que vincularam o exercício destas atividades a “motivos egoístas, de ambição e avaréza”, afirmando que não existiam evidências históricas para “semelhante severo veredicto” e para “uma intenção tão indigna de religiosos”, que não apenas “praticaram a caridade cristã, [como] perderam sua vida servindo e atendendo os doentes” [4: 117-118]. Para o historiador jesuíta, as situações vividas e registradas por padres e irmãos que atuaram como médicos, enfermeiros e boticários se assemelham a “casos de heroísmo, bastante frequentes entre os primeiros jesuítas do Paraguai”, que puseram em prática a “parábola evangélica do bom samaritano” [4: 118].

Também o padre jesuíta Guillermo Furlong debruçou-se sobre a temática, como pode-se constatar na sua vastíssima produção, com destaque para *Los jesuítas y la cultura rioplatense*, de 1933, *Médicos Argentinos durante la dominación hispanica*, de 1947, e *História social y cultural del Rio de la Plata (1563-1810)*, de 1969. Furlong nasceu em 21 de junho de 1889, na província de Santa Fé (Argentina), e faleceu em 20 de maio de 1974, aos 86 anos de idade. Sua formação como jesuíta se deu em Córdoba, (Argentina) e, depois, em Aragão (Espanha), doutorando-se em Ciências e Filosofia na Universidade jesuítica de Georgetown, em Washington D.C., no ano de 1913.

Em 1920, regressou a Espanha, para cursar – durante quatro anos – Teologia, em Barcelona. Neste período, realizou pesquisas no *Archivo de Indias*, em Sevilha, e em outros arquivos espanhóis. Em 1924, regressou à Argentina, assumindo a função de professor de história argentina, apologética e instrução cívica no *Colégio del Salvador*. Em 1939, passou a integrar a Academia Nacional de História, em 1942, foi um dos fundadores da Junta de História Eclesiástica Argentina e, em 1956, esteve à frente da fundação da Academia Nacional de Geografia.

1 - Para mais informações sobre o projeto de instalação desta colônia agrícola, recomenda-se ver Manfroi NMS (2013).

2 - O trabalho em questão foi produzido durante o período em que Arata atuou junto à Oficina de Patentes de Invención, no Consejo de Higiene e na Oficina Química Municipal, que dirigiu de 1883 a 1911, o que parece explicar o pragmatismo científico tão evidente em suas posições.

3 - As discussões quanto à autoria do manuscrito *Matéria Medica Misionera* tiveram início nas primeiras décadas do século XIX e dela participaram Pedro Arata, Domingo Parodi, Manuel Ricardo Trelles e Guillermo Furlong, que, após compararem os manuscritos existentes, optaram por atribuí-la ao irmão Pedro Montenegro, uma vez que seu nome constava nas versões mais completas que foram localizadas.

Segundo seus biógrafos [5,6,7]<sup>4</sup>, além de ter comprovado a influência exercida pelo Iluminismo nas bases ideológicas da Revolução de Maio – através da existência de obras que difundiam “as novas ideias” nas bibliotecas do Rio da Prata –, Furlong dedicou-se a evidenciar a influência que os jesuítas – “homens de formação séria e de grande cultura” – exerceram no desenvolvimento das ciências e da filosofia na América platina. Outros estudiosos de sua obra afirmam que seu maior mérito foi o de ter descoberto manuscritos e recuperado edições de livros já esgotados, que teriam contribuído decisivamente para a análise crítica que realizou da visão de uma “infecunda Escolástica” largamente difundida à época em que divulgou seus trabalhos.

Esta percepção, aliás, fica bem evidente na obra *Medicos Argentinos durante la dominación hispanica*, em especial, nas críticas que Furlong faz ao texto produzido pelo Dr. Felipe Barreda Laos, que precede o texto da *Materia Medica Misionera*, do irmão Pedro Montenegro, editado pela Biblioteca Nacional de Buenos Aires, em 1945. Furlong qualificou o texto como “paupérrima e descentrada notícia”, acusando seu autor de “menosprezar a ciência médica colonial (...) vincul[ando-a] à cultura escolástica impregnada de aristotelismo” e, assim, não reconhecer o espírito de modernidade presente na obra do jesuíta Montenegro. Furlong, aliás, desferiu críticas a todos os pesquisadores que, segundo ele, vinham “tão desdenhosamente” tratando o assunto com “preocupações nada científicas”, manifestando-se “depreciativamente sobre a Escolástica”. Estes, segundo ele, “não apenas não [eram] capazes de entender”, como percebiam o passado apenas como “o império do obscurantismo monacal” [8: 68-71].

Para Furlong, antes mesmo dos médicos fundadores da Escola de Medicina de Buenos Aires, os missionários jesuítas [que haviam atuado como médicos, cirurgiões, físicos, boticários e naturalistas] deveriam ter seus estudos reconhecidos, pois “trabalharam com dedicação e, ao mesmo tempo, com singular modéstia, na assistência aos enfermos e ao estudo da nossa flora medicinal, aportando valiosos dados, referidos pelos autores que têm se ocupado destes temas” [8: 72]. Os jesuítas Suárez, Asperger, Montenegro e Falkner estariam, segundo ele, à espera deste reconhecimento pelas novas gerações [8: 72].

Neste estudo de 1947, Furlong advertiu que “somente quando fo[ss]em publicados os diversos códices de medicina missioneira que ainda permanec[ia]m inéditos se poder[ia] avaliar o quanto seus autores [havi]am sido – ou não – originais”. Para ele, assim como para o historiador argentino Garzón Maceda, a obra *Materia Medica Misionera*, do Ir. Pedro Montenegro, era, sem dúvida, o manuscrito mais completo que havia circulado na região platina no século XVIII, “apresenta[ndo] muito de original, não se constituindo em simples cópia de trabalhos de autores doutos”. Assim como Leonhardt, seu companheiro de ordem, Furlong destacaria que:

*Cabe, sem dúvida, aos jesuítas, a glória de haver sido os que mais estudaram a botânica rioplatense e os que mais aproveitaram as propriedades médicas de nossas plantas. Sempre e em todos os países mostraram os jesuítas grande inclinação ao estudo da his-*

*tória natural, mas em nenhuma região se dedicaram com maior afinco e êxito do que nas virgens terras americanas. (...) Com toda razão disse E.Y. Dawson [trata-se do botânico norte-americano Elmer Yale Dawson], que a história natural no Rio da Prata tinha contraído uma dívida de gratidão com a Companhia de Jesus [8: 197-198].*

Como se pode constatar, tanto Leonhardt, quanto Furlong destacaram o ardor apostólico, a caridade e a singular modéstia de padres e irmãos jesuítas que se dedicaram à conversão dos indígenas na América. Já a capacidade de observação e o empenho que muitos deles demonstram na aquisição de conhecimentos relativos à medicina e à farmacopeia americana foram apresentados como uma decorrência desta conduta exemplar e, especialmente, da observância das orientações da própria Companhia de Jesus.

É preciso, no entanto, considerar que a reconstituição das trajetórias de vida de padres e irmãos jesuítas que atuaram nas artes de curar, empreendida por estes dois historiadores jesuítas, esteve, sem dúvida, condicionada à valorização de um modelo de missionário – caridoso e abnegado – que a ordem honra, celebra e guarda, desde a sua criação no século XVI, mas, também, – e inegavelmente – associada à posição que a Companhia de Jesus viria a assumir, ainda no século XVIII, diante de uma historiografia anti-jesuítica, empenhada em vincular a ordem à obstrução do pensamento científico nos países e regiões de colonização ibérica.

## Moisés Bertoni e a civilização Guarani

Dentre os que também se dedicaram à reflexão sobre o legado dos jesuítas para a botânica e à medicina, encontra-se também o naturalista e botânico suíço Moisés Santiago Bertoni, tido como um dos últimos enciclopedistas por seus biógrafos [9, 10, 11, 12].<sup>5</sup> Desde muito jovem, Bertoni demonstrou interesse por agronomia, meteorologia, mineralogia, botânica e geografia, e por influência paterna, expandiu seus estudos também para os temas antropológicos e políticos.

Tinha apenas 17 anos, quando montou um observatório meteorológico em Lottigna, sua cidade natal. Em 1883, ainda na Suíça, lançou uma revista – *Rivista Scientifica Svizzeta* – que reuniu temas relacionados às ciências naturais, antropologia, sociologia, geografia, estatística e agricultura, além das observações meteorológicas que havia realizado. Sabe-se que estudou ciências jurídicas, físicas e naturais nas Universidades de Genebra e Zurique e que seu maior propósito ao dirigir-se à América era o de instalar uma colônia agrícola no Novo Mundo, o que se deu, primeiramente, na província de *Misiones* (Argentina), de 1884 a 1887, e, depois, de 1887 a 1929, no Paraguai,<sup>6</sup> onde, em 1894, fundou a colônia *Puerto Bertoni*.<sup>7</sup>

Um ano depois, em 1895, o General Juan Bautista Egusquiza, então presidente da República do Paraguai, o convidou para fundar e dirigir a *Escuela de Agricultura*, cargo que ocupou por nove

anos. O projeto de fundação de uma colônia agrícola autossustentável, com base em teorias políticas e sociais progressistas, se tornou realidade após a concessão de 199 hectares, em uma região localizada a dez quilômetros da fronteira com Foz do Iguaçu. Nesta região do Alto Paraná, Bertoni dedicou-se às pesquisas sobre a fauna, a flora<sup>8</sup> e sobre os nativos paraguaios, já que próximo à colônia havia uma reserva indígena da tribo Mbyá Guaraní. Em uma época em que o enciclopedismo começava a ceder seu posto à especialização, Bertoni dedicou-se a estudar “desde a frequência das chuvas até os costumes dos nativos do lugar. Fez também incursões na linguística, levado pelo seu interesse nos idiomas indígenas” [13: 46].

Foi também a partir deste momento que suas reflexões sobre o que era e no que consistia uma civilização tornaram-se mais profundas, levando-o a afirmar que “civilización (...) consiste en el desarrollo de la agricultura como base de la vida material, de la moral como base de la vida psíquica, de las artes como goce y relación, y de la libertad y democracia como medios de dignificación individual y colectiva” [14].

Durante as quase quatro décadas em que viveu entre a Argentina e o Paraguai, Bertoni não descuidou de manter contacto com outros cientistas e com a produção dos maiores centros de pesquisa científica da Europa e da América.<sup>9</sup> Foi em *Puerto Bertoni* que ele escreveu os seus mais de 500 livros, redigidos em seis idiomas, inclusive, em guaraní, divulgados através de sua editora, a *Ex-Sylvis*, assim como uma série de artigos científicos remetidos a várias revistas e bibliotecas científicas. Dentre seus trabalhos mais importantes estão o Almanaque Agrícola, os artigos publicados na Revista de Agronomia e nos *Anales Científicos Paraguayos* e, muito especialmente, a obra *La Civilización Guaraní*. O *Libro II* desta obra intitula-se *La Medicina Guaraní* e foi dedicado aos “jovens médicos paraguaios”, com a expectativa de “que alguns dentre eles encar[assem] estes estudos como uma dupla missão, científica e patriótica” [15: 143].

Sabe-se que na sede desta colônia, Bertoni montou uma biblioteca com mais de dezessete mil obras,<sup>10</sup> laboratórios experimentais e, inclusive, uma gráfica e uma agência de correio, através da qual despachava seus trabalhos para muitos países, e cuja difusão e leitura garantiram-lhe convites para representar o Paraguai em vários congressos científicos internacionais, tais como o XX Congresso Internacional de Americanistas, de 1922, no Rio de Janeiro.<sup>11</sup> Neste congresso, o naturalista suíço proferiu a conferência *El futuro de la raza americana en América Latina*,<sup>12</sup> na qual criticou enfaticamente o eurocentrismo e a crença de que as populações indígenas encaminhavam-se para a sua extinção completa:

*Muchos han supuesto que la raza indígena va hacia su extinción completa; la idea de que ella virtualmente desaparezca ha sido generalmente sostenida, y parece que aún lo sea, entre un cierto público europeo. ¡Error profundo! La raza americana vive, progresa, y tiene una gran misión, hasta ahora debidamente completa, inmensa en el futuro. Vive con y en la raza europea. La sangre que se mezcla, mejora, no desaparece (...). ¿Y dónde estará el centro de la civilización? ¿En América, en Europa, en el*

*Oriente Asiático? ¡No! Porque el centro será el mundo. El espíritu americano lleva hacia una mayor universalización. América Latina está dando al mundo el hermoso ejemplo de la fusión de la raza física en una gran raza social, unida a la analogía de los componentes étnicos, a la recíproca estima, a un interés común, y a nuevos y más vastos ideales. Algo similar sucederá sobre toda la faz de la tierra, cuando todos los hombres hayan llegado a un concepto claro de la solidaridad universal. Y en este grandioso futuro han desaparecido todos los prejuicios de raza, como ya han desaparecido en esta grande y espiritual nación. He dicho!* [14].

Em relação ao tema da extinção e à exclusão dos índios do futuro da nação discutido no âmbito do XX ICA, Bertoni assim se manifestou:

*Preguntado con mucho interés, me vi obligado a dar certyas explicaciones al respecto del número probable, de la conservación*

4 - Sobre a biografia de Guillermo Furlong, recomenda-se ver Gandía, E (1979), Geoghegan, AR (1979) e Mayochi, EM (1979).

5 - Dentre seus biógrafos, destacamos: Schrems P (1985), Baratti D, Candolfi P (1999), Ramella L, Ramella-Miquel Y (1985) e Buttura E, Niemeyer A (2012).

6 - Durante os anos de 1887 a 1893, já no Paraguai, Bertoni dedicou-se à implantação de herbários e ao registro de espécies botânicas, do que resultou a sua obra *Las plantas usuales del Paraguay y países limítrofes*. Introducción, nomenclatura y diccionario de los géneros botánicos latino-guaraní, de 1914. Este estudo se encontra refletido na Parte III (Etnografía, conocimiento), da obra *La Civilización Guaraní*, de 1927, e mereceu uma edição especial, intitulada *De la medicina guaraní: etnografía sobre plantas medicinales*, publicada em Córdoba (Argentina), pela Buena Vista Editores, em 2008.

7 - Acredita-se que Moisés Bertoni tenha sido influenciado por um amigo francês geógrafo e anarquista, Élisée Reclus, que recomendou a Venezuela e a região de Misiones como zonas adequadas para a realização de seu projeto. A experiência das missões jesuítas, de fato, se assemelhava muito ao projeto de colônia idealizado por Bertoni, que previa a instalação de uma colônia autossustentável na América do Sul, em região favorável à agricultura e aos estudos de botânica.

8 - Entre 1889 e 1893, Bertoni realizou uma série de registros de gêneros botânicos do Paraguai. Ainda no ano de 1889, uma cheia do Rio Paraná acabou destruindo os herbários – com espécies europeias e americanas – por ele cultivados. Um novo herbário, que chegou a contar com 2500 espécies, seria construído, posteriormente, em Puerto Bertoni, que seria parcialmente destruído em 1097, desta vez, por insetos.

9 - Em *Relación sucinta de un viaje*, de 1924, além das referências aos estudos antropológicos que vinham sendo realizados na Argentina, no México, na Guatemala e no Equador, Bertoni revela conhecer a produção intelectual [antropológica] brasileira, destacando os estudos publicados sobre etnologia nos *Annaes da Biblioteca Nacional* e na *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*.

10 - O acervo composto por mais de dezessete mil exemplares se encontra, atualmente, sob a custódia do Centro Cultural de La República - El Cabildo, em Assunção, Paraguai. Dentre os autores das obras que compunham a biblioteca de Bertoni estão Jean de Lery, André Thevet, Guillermo Piso, Fernão Cardim, Ives D'Evreux, Pero de Magalhães Gandavo, Couto de Magalhães, Alexander Von Humboldt, Johann Rudolf Rennger, Élisée Reclus, Silvio Romero, Francisco Adolfo de Varnhagen, Telémaco Borba, Afrânio Peixoto, Erland Nordenskiöld, Hermann von Ihering e José Ingenieros. Ver mais em: Ramella L, Ramella Y (1985). *Bioblogia de Moisés Santiago Bertoni – Flora Del Paraguay, Série Especial N. 2*, Editions des Conservatoire et Jardin Botaniques de la Ville de Genève, Missouri Botanical Garden, Genebra, Suíça.

11 - A participação neste congresso, na condição de Delegado del Instituto Paraguayo, implicou numa viagem que se estendeu de 11 de agosto a 26 de novembro de 1922, sobre a qual Bertoni chegou a afirmar: “La ocasión fue excepcional, no es menos evidente que en todo tiempo los intelectuales y la juventud paraguaya sacarán gran provecho de un viaje al Brasil”. Bertoni MS (1924). *Relación sucinta de una Viaje de Estudios al Brasil*, en ocasión de los Americanistas, del Centenario de la Independencia del Brasil y de la Exposición Universal (del 11 de agosto al 26 de noviembre 1922). Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay: 8.

12 - Em suas anotações sobre o XX ICA, Bertoni destacou algumas das conferências que assistiu: *La Antropología en Brasil*, por Ales Hrdlicka; *Antigas fortalezas da Bolívia*, por Roberto Paravisini; *Índios Canoeiros*, por Rafael Arizaga e Henrique Silva; *Contribuição à Arqueologia Sudamericana*, por Franz Heger e La Lengua General, el tupi e el guaraní, por Miguel Tenório D'Albuquerque.

*y de las medidas de protección a la raza Guayaki. Influyentes miembros del Congreso, especialmente estadounidenses, manifestaron el alto interés que esa conservación tiene para la ciencia. No pude callar que tal conservación era muy dudosa; aun más que las probabilidades eran de una próxima desaparición y que oficialmente no se habían tomado medidas eficaces especiales para ayudar a la iniciativa particular, por carecer el Paaguay de una ley general de protección al indígena (...)* [16: 34].

Sua principal intenção era a de demonstrar que os guaranis eram uma raça superior, e que sua superioridade biológica se refletia na moral, na alimentação e, inclusive, na medicina.<sup>13</sup> Para desfazer a associação entre índio e selvagem, para reabilitar a “olvidada y bella raza guarani” e comprovar sua superioridade, Bertoni se utiliza do instrumental conceitual e técnico do racismo científico, em especial, da idéia de uma hierarquia das raças demonstrável cientificamente através de índices antropométricos.<sup>14</sup> Suas posições ficam ainda mais evidentes nas críticas que tece a Silvio Romero e a Adolfo Varnhagen: “Ya no se niegan más las capacidades el elemento americano, ni las posibilidades del africano, ni el buen Varnhagen se atrevería hoy día a proponer el exterminio de la raz indígena” [18: 115].

Em 1928, um ano antes de sua morte – aos 72 anos –, Bertoni realizou um inventário de suas atividades científicas [35],<sup>15</sup> que seria, posteriormente, publicado na revista *Crítica Médica*. Neste texto, além relacionar atividades como experiências com uma determinada planta medicinal, o estudo da composição química de um solo a ser cultivado e a avaliação da melhor estação climática para determinado cultivo, fica bastante evidente sua posição sobre a ligação entre o homem e a natureza: “(...) es sabido que todo liga en la naturaleza, y todo puede influir sobre todo, en una interrelación complicadísima y muchísimas veces imprevista. Y muy especialmente lo sabe quien se dá cuenta de que el verdadero valor de toda cosa está en su función, en su relación con lo demás” [10: 741].

Ao serem analisadas pelos historiadores Justo Pastor Benitez (1931), Efraim Cardozo (1952) e Miguel Alberto Bartolomé (1989) e, ainda, pela antropóloga Branislava Susnik (1995), as teorias de Bertoni e, sobretudo, os dados etnográficos por ele levantados, foram considerados como um verdadeiro “delírio etnológico” [3: 46]. De acordo com o antropólogo paraguaio Miguel Chase-Sardi, as conclusões de Bertoni derivam principalmente de suas leituras – “con lentes deformantes e una bibliografía impresionante” – e não de estudo de campo, já que, apesar de seus rigorosos estudos empíricos das ciências naturais, “fue arrastado por un romanticismo que hace a sus estudios inservibles para La Antropología paraguaya” [17: 95].

Hoje em dia, suas teses soam ingênuas e demasiadamente ideológicas, mas a importância deste estudo antropológico para a história político-cultural do Paraguai é quase inversamente proporcional ao seu valor científico. Com sua obra, Bertoni contribuiu para o nascimento de uma geração cultural nacionalista-indigenista, assim chamada pela revalorização do elemento indígena como essência da identidade nacional paraguaia. Consequentemente,

Bertoni tornou-se alvo de críticas ferozes de intelectuais positivistas e liberais que viam o índio como um peso social: “los novecentistas aplicaron el evolucionismo positivista para consagrar la inferioridad del índio con respecto al componente blanco” [18: 115].

Os três volumes publicados de *La Civilización Guaraní* são apenas uma parte do projeto editorial de Bertoni, que previa quatorze volumes.<sup>16</sup> O volume III, intitulado *Conocimientos*, está dividido em dois livros. O primeiro deles é *La Higiene Guaraní*, que é composto de três partes – *Importância prática e científica*; *Outros aspectos da higiene física e sexual* e *Higiene moral* – e conta com 22 capítulos; já o segundo livro é dedicado à *Medicina Guaraní* e reúne 22 capítulos.

Em relação à higiene entre os Guaraní, Bertoni informa que tinham o cuidado em lavar as mãos antes e após as refeições, seguido de enxaguamento bucal. Diz, ainda, que, ao prepararem os alimentos, os lavavam várias vezes e só os manuseavam com as mãos limpas; embrulhavam as comidas em folhas de palha ou de milho para que não as tocassem [2: 41-42]. O asseio do corpo era realizado nos rios, mais de uma vez ao dia, independentemente da estação climática, sendo extensivo ao cuidado com as unhas, mãos e pés. Segundo Bertoni, os Guaraní não tinham receio de banhar-se com o corpo suado e nem após as refeições. Toda atividade física requeria descanso, não ociosidade: “Velada alegre, sueño tranquilo y buena cama; tales fueron las principales reglas guaraníes” [2: 52]. As mulheres, segundo ele, ocultavam a menstruação, a ponto de alguns viajantes terem suposto que a suprimiam através de uma dolorosa escarificação. Os indígenas tomavam também cuidado com os excrementos que, geralmente, eram enterrados, prática que levou Bertoni a refletir sobre os cuidados com a higiene adotados na Europa:

*Tan extraordinario horror no podia ser debido exclusivamente a la sensibilidad de los órganos de los sentidos y a delicados conceptos de cultura y superioridad. Seguramente encerraba también un conocimiento del peligro para la salud pública. Pésimos ejemplos actualmente presebtab algunso países, por lo demás adelantados, tanto en Europa cuanto en America. Es una de las partes más descuidadas de la higiene, y este descuido facilita de muchas maneras al contagio, a la diseminación y persistencia de varias graves enfermedades* [2: 46-47].

Numa das primeiras páginas do segundo livro, referindo-se à condição de saúde dos Guaraní, Bertoni afirmou que “la longevidad depende esencialmente de la alimentación, del aseo y la alegría. Y este concepto estaba fuertemente arraigado en la mente de los Guaránies, como más adelante se verá” [2: 19]. Segundo ele, a alimentação entre os Guaraní “resulta en todo conforme con los últimos dictados de la ciencia. Era esencialmente vegetariana, donde admitió carnes, fue con restricción” [2: 61]. Cultivavam mandioca e batata, viviam de brotos, de ervas, de folhas e de frutos. Não usavam sal, aguardavam a comida esfriar e comiam lentamente e calados [2: 106].

No livro sobre a *Medicina Guaraní*, Bertoni reuniu e compilou



informações de obras de cronistas coloniais como Jean de Lery, André Thevet, Pedro de Magalhães Gandavo, Yves D’Evreux, Fernão Cardim e Guilherme Piso, que integravam o acervo de sua biblioteca pessoal [11]. Em relação à obra de Piso, Bertoni deixa claro, já à página seis do capítulo I, do Livro II, que ela foi fundamental para o estudo que realizou sobre a medicina guarani, o que pode ser, efetivamente, constatado em vários capítulos, já que ele recorre a Piso para demonstrar o avançado estágio da medicina indígena. Foi a Piso que Bertoni também recorreu para identificar as “enfermedades comunes endêmicas”, dentre as quais se destacaram a varíola e a malária. Em relação a esta última, Bertoni afirmou que o fogo sempre aceso e o costume de dormir em redes e de passar urucum amassado com azeite de palma pelo corpo [o que afastava os mosquitos] contribuíram para reduzir a propagação da malária. Em relação às plantas medicinais, o botânico suíço afirmou que “ningún pueblo de la tierra há entregado a la ciencia medica tantas plantas medicinales como el poble guarani” [2: 65-66]. E continua:

*?Se podría aún decir que los guaraníes no tenían conocimientos científicos y solo se limitaban a las groseras supersticiones de que he hablado? Evidentemente que no. Yo mismo he visto un gran número de casos. Y es así cómo he podido comprobar que empleaban acertadamente los antisépticos, los febrífugos, los tónicos, adstringentes, evacuantes, depurativos de la sangre, hemostáticos (...) y he quedado verdaderamente asombrado, como el pueblo que no tenía literatura, por medio de la cual se transmitiese de padres a hijos, de generación a generación, esos conocimientos, pueda haber llegado a un cumulo de conocimientos tan complicados y relativamente tan perfecto. Si los guaraníes tuviesen una verdadera literatura, la cosa sería interesante; no teniéndola, ha sido para mi maravilloso [2: 65-66].*

Segundo Bertoni, um estudo comparativo entre os conhecimentos médicos europeus dos séculos XV e XVI e os dos guaranis, levaria, sem dúvida, à conclusão de que os últimos estavam muito mais adiantados, pois em suas crenças, apesar da forte presença do fantástico, não havia nada comparável ao absurdo que era a fitognomonia [50],<sup>17</sup> doutrina difundida pelo ocultista e botânico renascentista Paracelso, pelo filósofo natural e astrónomo italiano Juan Bautista Porta e pelo astrólogo e astrónomo espanhol Jerónimo Cortés Valenciano, e que regeu a medicina europeia durante séculos.

Ao referir-se aos jesuítas, Bertoni destaca sua prudência e acerto, ao terem adotado – dos Guarani – muitos de suas medidas profiláticas, de seus procedimentos terapêuticos e, sobretudo, seus conhecimentos sobre as propriedades curativas de plantas nativas. Para o botânico suíço, “não há dúvidas de que os jesuítas fizeram muito, mas foi no sentido de recolher informações dos índios – submetendo-as à comprovação através do experimentalismo – e de transmiti-las. Mas, em todo caso, a fonte de informação foram os índios guaranis ou Guillermo Piso, que também teve acesso a elas devido ao contacto com guaranis do Brasil, che-

gando a afirmar que as propriedades curativas de plantas medicinais nativas haviam sido descobertas pelos próprios indígenas e não pelos europeus, leigos ou religiosos” [2: 150-151]. As posições assumidas por Bertoni o tornaram alvo de inúmeras críticas, às quais respondia da seguinte maneira:

*Estudiar la naturaleza de su propia colectividad, con el fin de buscar los defectos y remediarlos, será siempre obra de muy sano patriotismo. Mas para la realización del ideal de una patria verdaderamente libre e independiente, esa obra no batará, si apoyandose en sus orígenes, historia y virtudes, esa colectividad no sabra afirmar con energía y sin reservas su entidad y su derecho [16: 162].*

*No me envanezco cuando oigo decir que esta obra [La Civilización Guaraní] no es sino el trasunto de mi amor al Paraguay y a la raza guarani. (...) Sólo que mi amor a la raz o mi amor a la nación son el efecto, no la causa de mis estudios. Amo efectivamente a los Guaraníes y a mi patria adoptiva (...) [2: 30-31].*

Em carta dirigida ao filho Guillermo Tell, de 19 de dezembro de 1922 [após ter já regressado do Rio de Janeiro, onde participou do XX ICA], Bertoni cobrava medidas e uma legislação do governo paraguaio:

*?Qué haremos, qué podremos hacer (...) dedicando nuestro mejor tiempo a la causa nacional y al estudio del país, en un país falto de organización economica, con gobiernos que se enc argan de anular con leyes el esfuerzo del individuo que aún lucha a pesar de su asilamiento, que reservan sus protecciones para los más osados charlatanes y guardan las mejores canogías para los que proclaman el cretinismo de la raz y dan por necesaria la*

13 - De acordo com Bertoni, dentre os naturalistas e pesquisadores estrangeiros, poucos “deram maior importância à medicina indígena e outros não mantiveram com os indígenas o contacto necessário”, para que pudessem perceber que “nenhum outro povo entregou à ciência médica mais plantas medicinais do que os guaranis.” Bertoni MS (1927). La Civilización Guaraní. Parte III. Etnografía: Conocimientos. La Higiene Guaraní su importancia Científica y Práctica. La Medicina Guaraní Conocimientos Científicos. Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay: 237; 66).

14 - Na Relación sucinta de un viaje, de 1924, Bertoni chegou a afirmar que: “con placer íntimo, noto que el interes por tales estudios aumenta a cada día. No está lejos el momento em que la Guaraniología será una de las ramas más cultivadas de la antropología y lingüística americana.” Bertoni manifestou, também, seu entusiasmo com a proposição de criação de um Instituto Antropológico, durante o congresso, ressaltando a deficiência de estudos antropológicos na Argentina e no Paraguai: “el mundo científico, como se há visto, la espera ansiosamente, y por otra parte, la gran republica del Sud se debe eso a si misma.” Bertoni MS (1924). Relación sucinta de una Viaje de Estudios al Brasil, en ocasión de los Americanistas, del Centenario de la Independencia del Brasil y de la Exposición Universal (del 11 de agosto al 26 de noviembre 1922). Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay: 48; 28.

15 - Este inventário foi dividido em seções, a saber: coleção botânica, herbário, florestal, entomologia, etnografia e cranilogia. Sabe-se que sua coleção reunia 43.600 peças, sendo que destas, 800 eram etnográficas, 14 mil de entomologia e 22 mil peças compunham o herbário.

16 - O I e o II volumes foram publicados pela editora Ex Sylvis em 1922 e 1927, respectivamente, já o II teve sua publicação proposta pelo médico paraguaio Andrés Barbero, presidente da Sociedade Científica do Paraguai, em 1929, mas a edição deu-se somente em 1954.

17 - A “doutrina das assinaturas”, proposta por Paracelso e desenvolvida por Juan Bautista Porta, em sua obra Fitognomônica, de 1588, propõe que certas marcas ou características exteriores das plantas indicariam suas propriedades e aplicações medicinais. A fitognomonia propõe que seja possível reconhecer, pela aparência externa (figura, forma e cor), as peculiaridades e virtudes de cada planta.

*humillación de la bandera? Nada puedo contestarme. Sólo sé que esto no puede durar, pues absolutamente se impone una solución* [17: 278].

Em sua luta contra o cretinismo e contra as posições assumidas pelos simpatizantes do positivismo, Bertoni parece ter se insurgido – solitariamente – em defesa da superioridade dos indígenas Guaraní.

## Considerações finais

Escritas entre a última década do século XIX e o final da primeira metade do século XX, as obras dos leigos Arata e Bertoni e dos religiosos Leonhardt e Furlong constituem-se em referência para a discussão sobre a efetiva contribuição da Companhia de Jesus para o pensamento científico nos países de colonização ibérica.

Se Arata e Bertoni tiveram motivações distintas para questionar a originalidade do pensamento e da prática científica dos missionários jesuítas, Leonhardt e Furlong reconstituíram e justificaram de forma diversa a atuação da ordem na América platina, atribuindo também diferentes razões para que padres e irmãos se dedicassem às ciências como a medicina e a botânica.

Enquanto Arata e Leonhardt registraram sua convicção de que os jesuítas não atuaram como homens de ciência, mas primordialmente como missionários que, por estarem empenhados no atendimento espiritual e na prática da caridade, realizaram experimentos com plantas medicinais, Bertoni e Furlong se distanciam significativamente em suas posições acerca do papel desempenhado pela Companhia de Jesus para a cultura científica platina.

O botânico suíço, apesar de reconhecer o papel desempenhado por alguns irmãos e padres jesuítas [com destaque para Montenegro e Asperger], creditará os avanços médicos e botânicos que a

ordem viria a aplicar e divulgar através de receituários e *matérias médicas*, essencialmente, aos indígenas [guaranis] e ao conhecimento já sistematizado por médicos e naturalistas europeus. Já Furlong, empenhado em contestar a tese de uma “infecunda Escolástica”, procurou evidenciar a influência que os jesuítas exerceram no desenvolvimento das ciências e da filosofia, associando-os à difusão do pensamento científico ilustrado e à renovação do cenário intelectual do século XVIII na América platina.

Se, por um lado, Leonhardt e Furlong convergem em suas posições, ao defenderem que a experimentação com plantas medicinais e a produção científica jesuítica estiveram a serviço do projeto religioso da Companhia de Jesus, por outro, as posições assumidas por Furlong parecem confirmar certa reorientação da prática historiográfica da ordem jesuítica ao final da primeira metade do século XX. Suplantando a visão da “profunda vocação missionária”, as obras de Furlong apresentam a Companhia de Jesus como fundamental para o estudo e a compreensão da história e da cultura do período colonial americano, não somente por ter desenvolvido “um projeto científico próprio”,<sup>18</sup> mas por ter contribuído significativamente para os estudos das humanidades e das ciências realizados nos séculos seguintes.

Como se pode constatar, as posições assumidas por Arata, Bertoni, Leonhardt e Furlong na última década do século XIX e na primeira metade do século XX anteciparam as mais recentes reflexões tanto sobre as inovações introduzidas pela ordem jesuíta no campo da ciência moderna desde o século XVII, quanto sobre a contribuição que os indígenas – em especial, dos saberes que possuíam sobre a farmacopéia americana – aportaram para o conhecimento médico, farmacêutico e botânico que os missionários da Companhia de Jesus fizeram circular nos continentes em que atuaram.

18 - Este conceito foi retomado por Domingos por Domingos Ledezma e Luis Millones Figueroa. Ver mais em: Millones Figueroa L, Ledezma D (2005). El saber de los jesuítas, historias naturales y el Nuevo Mundo. Iberoamericana, Madrid, Espanha.

## Bibliografía

1. Manfroi NMS (2013). Bleyer, Sartori e Bertoni: singulares imigrantes colonizadores de ideias. Tese de Doutorado em História. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
2. Bertoni MS (1927). La Civilización Guaraní. Parte III. Etnografía: Conocimientos. La Higiene Guaraní su importancia Científica y Práctica. La Medicina Guaraní Conocimientos Científicos. Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay.
3. Arata P (1898). Botánica Médica Argentina. Los Herbarios de las Misiones del Paraguay. La Biblioteca año II t. VIII: 187-445.
4. Leonhardt C (1937). Los Jesuítas y la Medicina en el Rio de la Plata. Estudios 57: 103-118.
5. Gandía, E (1979). Guillermo Furlong, académico de la Historia, Archivum v. 13: 1979: 65-72.
6. Geoghegan, AR (1979). Apuntes para una biografía de Guillermo Furlong, Archivum v. 13: 31-42.
7. Mayochi, EM (1979). El hombre, el sacerdote, el historiador, Archivum v. 13: 43-56.
8. Furlong G (1947). Medicos argentinos durante la dominación hispánica. Huarpe, Buenos Aires, Argentina.
9. Schrems P (1985). Mosè Bertoni. Perfil de una vita tra scienza e anarchia. Ediccion La Baronata, Lugano, Suíça.
10. Baratti D, Candolfi P (1999). Vida y obra del sábio Bertoni. Moisés Santiago

Bertoni (1857-1929). Un naturalista suizo en Paraguay. Helvetas, Asunción, Paraguay.

11. Ramella L, Ramella-Miquel Y (1985). Biobibliografía de Moises Santiago Bertoni. El hombre de ciencia visto por los demás. Flora del Paraguay. Serie especial n° 2. Missouri Botanical Garden. Editions des Conservatoire et jardin Botaniques de la Ville de Genève, Saint Louis.
12. Buttura E, Niemeyer A (2012). Moisés Bertoni: uma vida para a ciência. Epígrafe, Foz do Iguaçu, Brasil.
13. Baratti D (2002-2003). Moisés Santiago Bertoni y la generación nacionalista-indigenista paraguaya. Bulletin Societé Suisse des Americanistes 66-67: 43.
14. Bertoni MS (1914). Resumen de Prehistoria y Protohistoria de los países guaraníes. Conferencias dadas en el Colegio Nacional de Segunda Enseñanza de la Asunción los días 26 de julio, 8 y 21 de agosto de 1913. Juan E O’Leary ed., Asunción, Paraguay: 70-71.
15. Bertoni MS (1927). La Civilización Guaraní. Parte III. Etnografía: Conocimientos. La Higiene Guaraní su importancia Científica y Práctica. La Medicina Guaraní Conocimientos Científicos. Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay.
16. Bertoni MS (1924). Relación sucinta de una Viaje de Estudios al Brasil, en ocasión de los Americanistas, del Centenario de la Independencia del Brasil y de la Exposición Universal (del 11 de agosto al 26 de noviembre 1922). Ex Sylvis, Alto Paraná, Paraguay.
17. Chase-Sardi M (1990). El derecho consuetudinario indígena y su bibliografía antropológica en el Paraguay. CEADUC, Asunción, Paraguay.
18. Bareiro Saguier R (1990). De nuestras lenguas y otros discursos. Biblioteca de Estudios Paraguayos. Universidad Católica, Asunción, Paraguay.

# A natureza brasílica nas farmacopeias do Frei João de Jesus Maria

## *The brazilian nature in Friar João de Jesus Maria*

### Wellington Filho

Aluno de doutoramento no Centro Interuniversitário de História e Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências  
Bolseiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)  
wbsilvafilho@gmail.com

## Resumo

Ao longo do século XVIII a literatura farmacêutica inicia um novo capítulo na história da farmácia e, em um sentido abrangente, da própria história médica portuguesa. A incessante impressão de farmacopeias, que culminaria na publicação da primeira farmacopeia oficial do Reino de Portugal em 1796, evidencia o esforço dos médicos e boticários – e posteriormente do Estado – para a regulamentação, modernização e adequação da disciplina aos métodos científicos que estavam em decurso no período. Entre os autores do período, destaca-se o monge-boticário e administrador da botica do Mosteiro de Santo Tirso, Frei João de Jesus Maria (1716-1795), autor da *Pharmacopea Dogmatica Medicochimica, e Teórico-prática* e *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*. Influenciado pela classificação lineana e pelos ideais de ilustração de Domenico Vandelli, as obras do Frei Jesus Maria são marcadas por um particular interesse na flora colonial, especialmente do Brasil. Para Jesus Maria, um maior conhecimento e uso racional da flora colonial com propriedades medicinais, além do desenvolvimento das práticas terapêuticas, proporcionariam o acréscimo de novas e lucrativas fontes comerciais. Dessa forma, suas obras inventariam diversas plantas originárias do Brasil, onde as práticas marcadamente populares que norteavam seus usos foram articulados aos conhecimentos científicos europeus do período.

### Palavras Chave:

Farmacopeias, história da farmácia portuguesa, botânica, história da medicina.

## Abstract

The pharmaceutical literature through the eighteenth century begins a new chapter in the history of pharmacy and in a broader sense also on the Portuguese Medical History. The continuous printing of pharmacy books along XVIII century, which culminated in the first official Portuguese pharmacopoeia in 1796, highlight the efforts of physicians and apothecaries – further by the Crown - to regulate, modernize and adapt the discipline to the scientific methods that were in progress during the period. Among the authors, is noteworthy the monk-pharmacist of the Santo Tirso Monastery, Friar de Jesus Maria (1716-1795) author of *Pharmacopea Dogmatica Medicochimica, e Teórico-prática* and *Historia Pharmaceutica das Plantas*. Influenced by the Linnaean classification and the ideals of Domenico Vandelli, the pharmacopeias of Friar Jesus Maria are marked by a particular interest to colonial flora, particularly from Brazil. In this context, the author argued that the knowledge and rational use of these would provide the development of therapeutic practices and profitable commercial sources. Thus, his work lists several plants from Brazil, where its markedly popular practices and uses were articulated to European scientific knowledge of this period.

### Key Words:

Pharmacopoeias, history of portuguese pharmacy, botany, history of medicine.

## Introdução

A primeira farmacopeia oficial de Portugal foi publicada em 1794, autoria do médico Francisco Tavares (1750-1812), lente da Universidade de Coimbra e, posteriormente, médico pessoal da rainha D. Maria I. Sob o título de *Pharmacopeia Geral para o reino, e domínios de Portugal*, a sua publicação atendia uma resolução presente nos *Estatutos Pombalinos (1772)*, além de uma necessidade de basilar e normatizar o campo farmacêutico dos fins do Século XVIII [1]. Todavia, até à impressão da *Pharmacopeia Geral*, foram impressas em Portugal uma série de outras farmacopeias. Assinadas por autores com diferentes trajetórias socioprofissionais, que muitas vezes possuíam pensamentos médicos-farmacêuticos antagônicos, tais publicações traduzem a heterogeneidade paradigmática da farmácia portuguesa do período.

A primeira farmacopeia impressa no país foi a *Pharmacopea Lusitana*, redigida pelo monge agostiniano D. Caetano de Santo António, em 1704 na cidade de Coimbra, onde seu autor residia e ocupava o cargo de boticário no Mosteiro de Santa Cruz. Alguns anos mais tarde, D. Caetano transfere-se para Lisboa, para o Mosteiro de São Vicente de Fora, onde publica outras duas edições reformuladas da sua farmacopeia, respetivamente nos anos de 1711 e 1725, sendo uma versão póstuma foi ainda publicada no ano de 1754.

É significativo assinalar que a primeira farmacopeia, ainda que não impressa oficialmente pela Coroa, é de autoria de um boticário monástico. Sua importância reside no caráter hegemônico que a farmácia conventual historicamente detinha. Herdeira de uma tradição que tanto legitimava como impelia as práticas médico-farmacêuticas como extensão do trabalho eclesástico, as boticas conventuais portuguesas desempenharam um papel considerável na evolução do campo farmacêutico nacional [2]. Pedro Sousa Dias assume que a riqueza e influência exercida no panorama farmacêutico português caracterizou a botica conventual até o século XVIII. A trajetória proeminente desta botica ao longo da História, por si só, justifica-a como objeto de estudo; todavia, o contraste da sua opulência à fragilidade da farmácia laica portuguesa, à época, fomenta ainda mais a sua singularidade [3].

Muitos mosteiros possuíam dentro de seus muros jardins e boticas dedicadas ao atendimento tanto das suas necessidades internas, ao abastecimento dos mosteiros que não possuíam boticas, e ainda, ao serviço à população que os cercavam. Os Cónegos Regrantes de Santo Agostinho, Dominicanos e Jesuítas foram Ordens cuja atividade boticária conheceu maior projeção, sendo os Carmelitas, Beneditinos e Oratorianos também reconhecidos nesse campo [3]. Sob a bandeira de tais instituições, as atividades desempenhadas pelos monges boticários tornaram o seu legado indissociável da própria história da farmácia portuguesa. Como exemplo, basta lembrar que a primeira botica do país foi erguida no Mosteiro de Alcobaça, e a primeira farmacopeia portuguesa foi publicada pelo monge boticário crúzio em 1704.

Não obstante as numerosas publicações deste tipo no decurso do século XVIII, e apesar da posição precursora de um clérigo na publicação das farmacopeias portuguesas, apenas mais um representante da farmácia conventual assinou outra farmacopeia durante o período. Uma das últimas publicadas antes da farmacopeia oficial de Francisco Tavares, a *Pharmacopea Dogmatica Medico-Chimica, e Theorico Practica* de autoria do frei João de Jesus Maria (1716-1795) representa uma das últimas reminiscências da tradição farmacêutica conventual frente à ascensão da farmácia laica como categoria profissional hegemônica do ofício boticário. Dada sua importância no contexto histórico farmacêutico português, o presente texto tem como objetivo apresentar a trajetória profissional do monge boticário João de Jesus Maria, assim como a importância relegada em suas obras para com as plantas de uso terapêutico naturais da colônia brasileira.

## O frei e a Farmácia

Natural de Braga, frei Jesus Maria estudou Farmácia na Universidade de Coimbra, tendo sido aprovado no exame condicional para a prática do ofício no ano de 1741. Três anos depois, professa no Mosteiro de S. Miguel de Refojos os seus votos monásticos, ingressando assim na Ordem de São Bento. Por mais de 40 anos esteve à frente da botica existente no Mosteiro de Santo Tirso de Riba Ave, local onde desenvolveu a maior parte da sua trajetória profissional. Falece em 1795 no Mosteiro de Santo André de Rendufe [4].

Impressa em 1772 na cidade do Porto, a *Pharmacopea Dogmatica* traduz o esforço do autor em conceitualizar o ofício boticário nas suas bases teóricas e práticas. Dividido em dois tomos, o primeiro é dedicado a listar os principais achaques e as composições farmacêuticas mais indicadas para seu tratamento; o segundo concentra-se na descrição dos animais, minerais e vegetais indicados para o uso boticário. Em suas páginas observa-se a convergência da botica química, que gradativamente se consolidava em Portugal, com o galenismo, paradigma médico-farmacêutico ainda presente nas práticas boticárias lusas. Nos compostos oficinais descritos pelo frei João de Jesus Maria estão vários elementos tradicionais da medicina hipocrática galénica, como ácidos vinosos, óleos diversos, clisteres e unguentos, assim como a existência de sais enquanto compostos para o fabrico de mezinhas. O frei também é autor da *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas, seus produtos, Naturalidades e Virtudes para Facilitar os Conhecimentos dos Vegetais e Servir de Adição à Pharmacopea Dogmatica*, datado em 1777. Apesar de possuir todas as licenças do Tribunal do Santo Ofício, o texto nunca chegou a ser publicado, podendo ser hoje encontrado no Centro de Documentação Farmacêutica da Ordem dos Farmacêuticos, sediado em Coimbra [5].

No prólogo da *Pharmacopea Dogmatica*, o monge boticário transmite uma preocupação que apresentar-se-ia especial-

mente ressaltada na obra seguinte, constituindo o objeto principal desta. Para ele, era manifesta a condição de subaproveitamento das potencialidades naturais de caráter terapêutico originárias da colônia brasileira. Escreveu o frei Jesus Maria ao final do prólogo que

*(...) não deixando de lamentar, segundo as noticias, que ha de Pessoas, que viverão nas Americas, a falta, que temos de pôr na Praxe Medica a muitos vegetaes de conhecida effica-cia, para varias queixas, que, dizem, tem descoberto com largas experiencias a rustica agilidade racional dos Caboucos daquelles Estado; que, a ser certo, poderia haver com utilidade da saude, e crescido lucro, augmento no comercio, igual ao que se vê nos generos, vindos de fora do Reyno [6]<sup>1</sup>.*

Frei Jesus Maria não foi o único a correlacionar que uma melhor exploração das riquezas naturais da colônia se poderiam refletir no incremento do comércio, do lucro e desenvolvimento da medicina. Na verdade, a ação individual de desenvolver o conhecimento natural da Colônia acompanhavam uma ação manifesta do Estado português em racionalizar a exploração dos territórios ultramarinos [7]. Um exemplo disso pode ser encontrado no excerto retirado da carta de António Nunes Ribeiro Sanches (1689-1783) endereçada ao médico português, então radicado no Rio de Janeiro, Manoel Joaquim Henriques de Paiva (1752-1829):

*Os castelhanos que não têm os olhos mais perspicazes que nós souberam fazer dos produtos da História natural da sua América negócio de muito rendimento para eles e de muita utilidade para a Europa. Tiveram a habilidade de fazer entrar no comércio a cochonilha, a quina, a jalapa, a contra-erva, os bálsamos, a cevadilha, (...). Nós tão desasados desde duzentos anos não tivemos habilidade de fazer entrar no comércio a raiz de mil homens, a casca barbatimão, a almeçaga e outras mil raízes, frutos e cascas que podem servir na medicina e nas artes tintas. E admiro-me como o óleo de copaíba e a ipecacuanha chegaram a ser conhecidas (...) [8].*

Como expressaram os dois autores supracitados, uma flora rica em potencialidades terapêuticas - assim como em potencialidades comerciais - muitas vezes reconhecida pelos seus atributos terapêuticos e largamente utilizada na colônia, permanecia em Portugal ainda passível de ser desvendada.

## Flogisto, Linnaeus e plantas do Brasil

Ao longo do manuscrito *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*, o frei Jesus Maria discorre longamente por quase 800 espécies diferentes de plantas com potencial terapêutico. Como é patente em seu título, o objetivo da obra era apresentar uma história natural<sup>2</sup>, usos e características das

principais plantas utilizadas na farmácia e que não cresciam originalmente em Portugal. O livro é dividido em dez capítulos, onde o frei boticário ordena as plantas de modo a agrupar em cada capítulo a estrutura morfológica melhor adequada para o uso medicinal, com exceção do capítulo décimo, dedicado exclusivamente aos fungos. Entre as centenas de plantas, é marcante a existência das espécies naturais do Brasil entre elas. A exemplo dessas, encontra-se em destaque o caju (*Anacardium occidentale*). Planta originária do nordeste brasileiro, sua dispersão pelo globo possui ligação direta com a *Carreia das Índias*, visto que a planta foi levada do Brasil a Cabo Verde, e posteriormente a África e Ásia a bordo das Naus que fazia o traslado de especiarias orientais para Europa [9].

Dentre as diversas espécies descritas por Jesus Maria, o *Anacardium occidentale quorundam, Caju et Acajou* é definido pelo autor como o natural do Brasil. Referente ao seu uso medicinal, qual está circunscrito a sua noz, o frei escreveu que é “(...) tão urente, que untando ainda as de leve a cútis com ella, a corroe, e queima, e se por descuido se avinca nos dentes, ulcera os labios, lingua, e mais partes da bocca com dor summa (...)” [6]. Por sua característica de urticar ao mais leve contato à cútis, Jesus Maria recomenda cautela em seu uso; porém é justamente a característica urticante que caracteriza seu caráter terapêutico. Mais a frente em seu texto, escreveu o autor que:

*(...) separão por expressão os habitantes hum óleo, que alem de impedir a corrupção da madeira, tambem deles se aproveitão na pintura; as melhores do paiz se valem do succo acre desras nozes para maltarem os bichos, e tirarem as manchas do rosto, pos corroendo-lhe a pelle, o deixa em carne viva, vindo-lhe depois outra de novo, mais se o fazem andando com seu mez, lhe sobrem erysipelas, e entre o uso medico serve de cauterio; havendo pessoa de todo credito, que me seguro fazia expellir as secundinas, e feito morto huâ inteira noz destas atada com linha, e intrusa no orificio da vagina do utelo por alguâs horas, e por fim dellas se tira [6].*

Como assinalado no excerto acima, os usos relativos as plantas originárias do Brasil possuíam um forte caráter popular no que tange a administração de suas propriedades terapêuticas. Saberes tradicionais das populações nativas, assim como dos habitantes da colônia, foram assimiladas na obra de Jesus Maria como forma correta de administrar a prática terapêutica relativa a tais plantas. Porém, essa assimilação não se deu de maneira passiva, mas antes, traduzida de maneira a ser coesa com os paradigmas médico-farmacêuticos defendidos

1 - Optou-se por manter a transcrição original dos textos publicados pelo frei João de Jesus Maria, sem a sua adequação a normal contemporânea da língua portuguesa.

2 - A história natural era a disciplina relativa ao estudo de uma série de conhecimentos relativos às espécies naturais. Tais conhecimentos hoje se dividem em diferentes áreas autônomas, como a biologia, botânica, bioquímica e biogeografia.

pelo autor. Como defende Kapil Raj, a circulação do conhecimento pelas redes de informação permite-nos perceber como a ciência foi coproduzida pelo encontro e interação de comunidades heterogêneas e de especialistas de diversas origens [10]. Assim, a obra do frei boticário possui um caráter sincrético singular, onde os usos medicinais tradicionais do Brasil existem em correspondência com as bases científicas da segunda metade do século XVIII. Nesse sentido, destaca-se a defesa de um entendimento flogista das propriedades químicas das plantas abordadas em *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*.

Anteriormente a emergência de Antoine Lavoisier (1743-1794) e seus estudos sobre a natureza do oxigênio - que acabaram por modificar toda a química moderna - a teoria do flogisto era o paradigma hegemônico até então [11]. Desenvolvida por Georg Ernst Stahl (1659-1734) a partir dos estudos de seu mentor, Johann Becher (1635-1682), a teoria defendia que os corpos possuíam uma matéria característica, denominado flogisto, qual era liberada através do processo de combustão [12]. Para tal, uma vez expostos as chamas<sup>3</sup>, os compostos tendiam a perder peso devido a liberação do flogisto, ou mesmo manter-se estáveis em razão da inexistência expressiva desse elemento.

A influência desses dois autores é explícita nas obras do frei João de Jesus Maria. Em *Pharmacopea Dogmatica*, Jesus Maria cita *Opusculum Chymico-physico-medicum* (1715) de Stahl e *Physica subterranea*<sup>4</sup> (1669) de Becher como obras de referência para todos os desejosos de exercer a profissão boticária.

Enquanto sua obra anterior é norteada pela copilação dos saberes dispostos nas obras de médicos boticários e filósofos naturais de renome, em *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas* o frei boticário explora de maneira mais acentuada o empirismo e o registro das experiências realizadas com as plantas medicinais brasileiras. A descrição da casca de barbatimão (*Stryphnodendron sp.*) é um exemplo de como o experimento ocupou um espaço relevante em sua segunda obra. Sobre a casca, Jesus Maria afirmou que as mesmas “(...) se separa do tronco de certas arvores, que abundantemente crescem nas Minas Geraes do Ouro Preto, juncto a Villa Rica pelas Azinhagas arrimadas as terras cultivadas (...)” [6]. Uma vez identificada a dispersão geográfica de tal espécie da flora brasileira, o autor passa a discorrer sobre sua capacidade anti hemorrágica. Para tanto, descreve a maneira correta de preparação, que consiste na maceração e diluição da casca em água, seguida de cocção e adição de gotas de espírito de vitriolo<sup>5</sup>.

Ainda sobre a casca de barbatimão, o frei boticário revela suas experiências para compreensão das características químicas que determinavam suas propriedades terapêuticas. Para tanto, e alinhado aos paradigmas que norteavam o conjunto teórico qual possuía, Jesus Maria narra seu

experimento ao lançar ao fogo tal casca. Assim, afirmou o autor que “esta casca não sentilla no fogo, nem nelle recebe chama, não dando minimo indicio de particulas inflamaveis (...)” [6]. A observação proveniente da reação que o barbatimão poderia ter – ou, no caso, não ter – ao ser exposto ao fogo advém de uma compreensão flogista de como a planta constituía-se. Em sua observação, Jesus Maria assinala que a casca oriunda da árvore do cerrado brasileiro não possuía em sua constituição flogisto o suficiente qual pudesse inflamar-se e, dessa forma, perder peso.

Além da influência das ideias de Stahl, outro personagem que aparece com frequência nas obras do frei é o botânico sueco Carl Linnaeus (1707-1778), reconhecido como o criador da nomenclatura binominal em latim<sup>6</sup> e da taxonomia botânica moderna. Todavia, percebemos uma discrepância quando analisamos o peso de tal influência nas duas obras de Jesus Maria. Relativamente a *Pharmacopea Dogmatica*, o frei boticário cita Linnaeus, ao lado de Stahl e Becher, como uma das referências teóricas que um bom boticário deveria seguir. Mas, apesar de inserida como obra de caráter essencial, o *Systema Naturae*<sup>7</sup> surpreendentemente aparece nas páginas da farmacopeia como livro importante apenas por tratar de animais e seu sistema de classificação, ignorando nesse momento sua importância na classificação da flora.

A tímida influência do sistema lineano na *Pharmacopea Dogmatica* evidencia-se na classificação apresentada nas entradas relativas às plantas terapêuticas ali compiladas. Característico nas obras do período, antes de abordar as peculiaridades e virtudes terapêuticas de determinada planta, o autor faz uma breve exposição dos nomes atribuídos a ela, os autores de quem tais denominações foram retiradas e, caso conste, as nomenclaturas populares que a planta pode ter em diferentes países. A exemplo do gênero *ricinus*, que se divide em diversas espécies popularmente conhecidas como mamoneiro ou carrapateiro, Jesus Maria identifica entre outras, a espécie *Ricinus maior Americanus*<sup>8</sup>, qual poderia ser encontrada em diversas localidades da América tropical, incluindo a colônia portuguesa no Novo Mundo<sup>9</sup>. Entre as nomenclaturas usadas para sua classificação, não se encontra nenhuma identificação de Linnaeus. Porém, de maneira diversa a sua primeira obra, ao retratar a mesma planta em *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*, Jesus Maria assinala que sua classificação foi realizada pelo botânico sueco, assinalada pelo binômio *Jatropha curcas*.

Para além do rícino, o manuscrito de 1777 apresenta numerosa referência a classificação binominal lineana ao longo de suas páginas. O contraste relativo ao peso da influência Linnaeus existente entre as duas obras infere, em primeiro lugar, um desenvolvimento do aporte teórico do frei boticário ao longo do espaço temporal existente entre a produção das duas obras. Ainda que o interva-

lo entre as duas seja de 5 anos, as informações relativas a escrita destas sugere que esse intervalo é ainda maior. Segundo o Catálogo de Escritores Beneditinos da Congregação de Portugal, elaborado pelo Frei Francisco de S. Luís, Cardeal Saraiva, a *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas* demorou de oito a nove anos a ser elaborado; ou seja, o início de sua produção deu-se quando a *Phamacoepa Dogmatica* ainda nem sequer estava impressa.

Um segundo ponto que justifica uma maior importância de Linnaeus em sua segunda obra, pode ser compreendido pela emergência que as ideias lineanas adquiriram em Portugal através de Domingos Vandelli (1735-1816).

Um dos principais nomes da reforma pombalina, Vandelli também tem seu nome diretamente ligado as expedições filosóficas portuguesas no último quartel do século XVIII, como a Viagem Filosófica de Alexandre Rodrigues Ferreira (1756-1815) ao Brasil [13]. Após breve passagem por Lisboa em 1765, o naturalista italiano retorna de maneira definitiva a Portugal no ano de 1768 quando assume o estabelecimento do Jardim Botânico da Ajuda e, poucos anos depois, estar a frente das cadeiras de História Natural e Química na Universidade de Coimbra [14]. Seguidor das ideias de Linnaeus, Vandelli chegou mesmo a corresponder-se com o botânico sueco, além de publicar em 1788 o *Dicionário dos termos técnicos de história natural extraídos das obras de Lineu*, o qual fomentou de maneira direta a classificação lineana entre os naturalistas portugueses.

Nada se encontra nas páginas da *Phamacoepa Dogmatica* sobre Vandelli, o que sugere que a elaboração do texto teve lugar deu-se nos anos anteriores ou imediatos à vinda de Vandelli a Portugal, quando ainda o naturalista italiano não exercia a influência no campo intelectual português a qual seria conquistada ao longo da sua trajetória profissional. Todavia, é marcante a presença de Vandelli no manuscrito de 1777 sobre as plantas exóticas utilizadas na botica portuguesa. Ao destacar como o período em que estava inserido era especialmente profícuo para o estudo da botânica, devido aos investimentos que os reis, príncipes e outros membros da nobreza realizavam para a construção de Hortos e Jardins Botânicos pela Europa. No caso português, o clérigo escreveu que: (...) neste Reyno causa admiração o Regio, e Magnifico Jardim de Ajuda; animado de um grande numero de Plantas exóticas, devidas à directiva, e vigilante instrução do Douto Professor da Historia Natural o Cl. Domingos Vandelli [6]. Pouco mais a frente, o frei Jesus Maria ao explicar sobre a botânica e suas características investigativas, escreveu que esse campo de estudo é "(...) assaz digno de se ocuparem os homens, principalmente esses applicados a Botanica todos os diferentes objectos da Agricultura, como de continuo estão fazendo alguns respeitaveis sabios, entre os quaes se distingue o Cl. Vandelli, e outros curiosos Doutos deste seculo (...)" [6].

## Conclusão

Para além de uma suposta homogeneidade que caracteriza seu desenvolvimento, a ciência foi moldada regionalmente por características históricas e geográficas próprias de onde foi praticada [15]. Logo, a obra do frei João de Jesus Maria está profundamente radicada no lugar social onde foi produzida, sendo resultante das redes de interação social e científica em que o autor é tanto vetor como recetor. O amplo número de plantas nativas do Brasil presentes nas suas duas obras reflete, em primeiro lugar, a influência das plantas e práticas de suas possessões ultramarinas no campo boticário português. Em segundo, tal condição legitima-se na preocupação do autor, além de outros intelectuais do período, em melhor utilizar as riquezas naturais coloniais [16].

Nas páginas da *Phamacoepa Dogmatica*, mas especialmente em *Historia Pharmaceutica das Plantas Exóticas*, é marcante a preocupação do autor em conciliar os conhecimentos populares, que caracterizavam historicamente o uso de tais plantas, com o cânone do conhecimento médico-farmacêutico próprio de seu período. Nesse sentido, aparecem de maneira complementar tanto os usos marcadamente populares das plantas brasileiras relacionado a compreensão flogista de tais espécies.

3 - Uma das grandes entress da teoria do flogisto era a discrepância evidenciada entre a combustão dos elementos orgânicos e os elementos metálicos. Enquanto os primeiros tendiam a perder peso, o mesmo não ocorria com os metais, que em muitos casos ganhavam peso. Tal contradição recebeu uma resposta verosímil com as observações empíricas de Joseph Priestley (1733-1804) e Lavoisier, quais iriam identificar o oxigênio e suas particularidades. Para mais sobre, ver *Science in the Enlightenment: An Encyclopedia* de William E. Burns.

4 - A obra citada por Jesus Maria é a edição impressa em Leipzig no ano de 1735.

5 - Nome dado no período ao ácido sulfúrico.

6 - É importante notar que a classificação binominal em língua latina para a identificação boticária foi defendida mais de um século antes por Gaspard Bauhin (1560-1624), todavia foi Linnaeus quem consolidou tal prática dentro do campo científico como cânone para a taxonomia natural. Logo, mesmo não sendo o primeiro a defender tal ideia, o botânico sueco permanece como o criador do binômio latim para classificação do mundo natural.

7 - A primeira versão é de 1735, mas a versão citada por Jesus Maria é a de 1746.

8 - A exemplo do *Ricinus communis*, a denominação utilizada pelo autor raramente corresponde que a nomenclatura e/ou classificação taxonômica que a mesma planta possui atualmente. Todavia, ao longo do texto mantem-se o nome e classificação originalmente atribuídas pelo frei boticário.

9 - Apesar de originária da África, o ricino dispersou em profusão pelas zonas tropicais do globo, dividindo-se em centenas de diferentes espécies. Ainda que não discuta em seu texto a localização geográfica original da planta, Jesus Maria aborda uma espécie identificada como própria da América, qual diferia-se das outras espécies por seu porte mais robusto e propriedade terapêutica mais agressiva.

## Bibliografia

1. Conceição J, Pita JR, Estanqueiro M, Lobo (2014) As farmacopeias portuguesas e a saúde pública. *Act Farm. Port* 3: 47-65.
2. Correia da Silva AC (1972). Inventário de uma Botica Conventual do Século XVIII An. *Fac. Farm.* 32: 117-149.
3. Sousa Dias JP (2007) Droguistas, Boticários e Segredistas: ciência e sociedade na produção de medicamentos na Lisboa de Setecentos. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal.
4. Correia da Silva AC (1979). Frei João de Jesus Maria e a farmacopeia dogmática. *Sep. Act Col de Hist Loc e Reg*: 297-305.
5. Centro de Documentação Farmacêutica (2015). Manuscrito intitulado 'Historia pharmaceutica das plantas exóticas, seus produtos, naturalidades e virtudes para facilitar os conhecimentos dos vegetaes e servir de addição à pharmacoepa dogmática'. Consultado em 5 de Novembro. In: <http://www.cdf.pt/archevo/details?id=1002500>.
6. Maria JJ (1777). Historia Pharmaceutica das plantas exóticas, seus produtos, naturalidades e virtudes para facilitar os conhecimentos dos vegetaes e servir de addição à pharmacoepa dogmática. Manuscrito existente no Centro de Documentação Farmacêutica, Coimbra, Portugal.
7. Kury LB (2004) Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810). *Hist Cienc Saúde-Mang* 11 (supl. 1): 109-129.
8. Academia de Ciências de Lisboa. Século XVIII. História do descobrimento da cochonilha no Brasil, da sua natureza, geração, criação, colheitas e utilidades. *Manuscrito Azul*, n. 374. Memória n. 30.
9. Ferrão JM (1992). A Aventura das Plantas e os Descobrimentos Portugueses. Instituto de Investigação Científica Tropical, Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses e Fundação Bernardo, Lisboa, Portugal.
10. Raj K (2013). Beyond Postcolonialism ...and Postpositivism: Circulation and the Global History of Science. *Isis* 104: 337-347.
11. Brito A de S (2008). "Flogisto", "Calórico" & "Éter". *Ciê n & Tec dos Mat* 20: 51-63.
12. Burns WE (2003). Science in the Enlightenment: An Encyclopedia. ABC-CLIO's, Santa Barbara, USA.
13. Pataca EM (2006). Terra, Água e Ar nas Viagens Científicas Portuguesas (1755-1808). Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Brasil.
14. Carvalho R (1987). A História Natural em Portugal no Século XVIII. Instituto de Cultura e Língua Portuguesa/ Ministério da Educação, Lisboa, Portugal.
15. Livingstone DN (2003). Putting science in its place: geographies of scientific knowledge. The University of Chicago Press, Chicago, USA.
16. Raj K (2007). Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900. Palgrave Macmillan, Basingstoke, Inglaterra.



# Doenças endêmicas e epidêmicas em Lourenço Marques no início do Século XX: processos de controlo versus desenvolvimento urbano

*Endemic and epidemic diseases in Lourenço Marques in the early 20th Century: forms of control versus urban development*

**Ana Cristina Roque**

Doutorada em História da Expansão e dos Descobrimientos  
CH-ULisboa, Centro de História da Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras da  
Universidade de Lisboa  
anaroque1@campus.ul.pt

## Resumo

No início do século XX, Lourenço Marques surgia como auspiciosa metrópole na África Austral, sendo a ligação ao Transvaal apontada como principal responsável pelo seu desenvolvimento. Ali se misturavam gentes de todas as origens e ofícios tornando urgente a implementação de estruturas urbanas e políticas de saúde pública que respondessem às necessidades decorrentes deste surto populacional.

No século XIX, as dificuldades na implementação dos Serviços de Saúde tinham evidenciado as consequências deste crescimento, dando origem a reformas e medidas que, não raro, se revelaram insuficientes ou inadequadas às condições tropicais.

Doenças endêmicas e epidêmicas encontravam em Lourenço Marques um meio propício à sua proliferação e, no início de 1900, procuraram-se e testaram-se estratégias de combate às principais doenças que implicaram o investimento no reforço de medidas preventivas e num número significativo de obras públicas e saneamento. Porém, frequentemente, mais do que atuar na profilaxia destas doenças, relegaram-nas para a periferia, acentuando dicotomias e desigualdades.

Utilizando documentação da Direção dos Serviços de Saúde e da Direção de Obras Públicas este artigo examina a eficácia e os resultados dessas medidas, designadamente no referente à assistência médica ao indígena, no âmbito da medicina tropical e da implantação do sistema colonial em Moçambique.

## Palavras Chave:

Doença, políticas de saúde pública, desenvolvimento urbano, política colonial, Moçambique.

## Abstract

In the early 20th century, Lourenço Marques emerged as a promising metropolis in southern Africa being the relation with the Transvaal pointed as the main responsible for its development. Therein mingled people of all backgrounds and crafts making imperative to implement urban structures and public health policies to respond the needs arising from this population outbreak.

In the 19th century, the difficulties in implementing the Health Services had shown the main consequences of this growth, leading to reforms and legislation that often proved to be inadequate or inappropriate to tropical conditions.

Endemic and epidemic diseases found in Lourenço Marques favorable conditions to their proliferation and, as early as 1900, different strategies were considered and tested to combat major diseases. These strategies involved investment in preventive measures and public and sanitation works but, most times, rather than acting in a prophylactic way, they contribute to relegate diseases to the city's periphery, accentuating dichotomies and social inequality.

Using the documents of the Health Services and the Public Works Services, this article address the effectiveness and results of these measures, particularly with regard to the indigenous medical care, in the scope of Tropical Medicine and the implementation of the colonial system in Mozambique.

## Key Words:

Disease, public health policy, urban development, colonial policy, Mozambique.

## Introdução

Nos últimos anos, a relação saúde/ambiente tem vindo a ganhar protagonismo no quadro dos principais temas em discussão na agenda da Agência Europeia do Ambiente [1]. Este tema, que começou por me parecer marginal a uma pesquisa mais centrada na relação entre a medicina tradicional e a biomedicina, acabou por emergir naturalmente, tanto pela própria natureza dos saberes tradicionais e das práticas fitoterapêuticas que envolve a relação entre estas duas “medicinas”, como pela complexidade inerente à análise da implementação dos Serviços de Saúde em Moçambique, na viragem do século XIX. E, efetivamente, quando equacionada na perspetiva da relação saúde/ambiente, a implementação destes Serviços coloca-nos todo um conjunto de questões do domínio da articulação entre saúde/doença/crescimento urbano/ambiente, mas, sobretudo, da forma como cada um destes aspetos condicionou a ação destes Serviços, interferiu na eficácia dos mesmos e determinou políticas específicas que, sob a designação de políticas sanitárias, serviriam também para corporizar medidas de segregação social.

Não é por acaso que, sem especificar o binómio saúde/ambiente, os poucos estudos que têm sido feitos sobre os Serviços de Saúde sublinham a subordinação destes serviços aos objetivos de domínio do território e das populações que caracteriza o sistema colonial, e a sua ação como um dos principais veículos da atuação deste sistema [2 e 3]. Suficientes serão as posições expressas nos textos de Serrão de Azevedo [4] ou de Oliveira e Sousa [5] para defender esta hipótese. Ambos expressaram, de forma clara e inequívoca, a componente de segregação social das medidas propostas por estes serviços, sendo particularmente evidentes no que respeita à criação de bairros para indígenas nos subúrbios de Lourenço Marques, no início do século XX.

O primeiro, José de Oliveira Serrão de Azevedo - Chefe do Serviço de Saúde de Moçambique e membro da Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques em 1908 - propôs, defendeu e justificou a proibição dos indígenas viverem na cidade, porque “A acumulação em que vivem os pretos (...) em casas que são verdadeiros antros, com os hábitos de imundice que os caracterizam, constitui um dos mais poderosos elementos de insalubridade urbana e é um perigo permanente sob o ponto de vista do alastramento de qualquer epidemia”[4].

Já o segundo, Oliveira e Sousa - vogal da Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques em 1908 -, subscreveu a criação de bairros indígenas na periferia da cidade, por estes poderem permitir “uma mais fácil vigilância, tanto pelo lado administrativo, como sob o ponto de vista sanitário”, acrescentando ainda que o ideal seria mesmo concentrá-los num único bairro pois “a vigilância será tanto mais proveitosa quanto menor for o número desses bairros” [5].

Mais do que qualquer outro fator, o africano surgia como sendo “o problema”, “a fonte de doença” que se tornava imperioso identificar, circunscrever, combater, neutralizar e dominar. Evitar qualquer contato que pudesse pôr em perigo a saúde e o bem-estar do colono, impunha-se como indispensável ao

exercício do domínio europeu sobre o espaço africano.

A relação é óbvia mas não exclui a necessidade de uma abordagem mais abrangente em que, por exemplo, se considerem, por um lado, as políticas de saúde pública e saneamento inerentes ao crescimento urbano e desenvolvimento científico de finais do século XIX (que obviamente não são exclusivas do contexto colonial) e, por outro, como é que estas políticas se articularam com esse mesmo contexto e assumiram particularidades que as identificam como políticas coloniais.

## Fontes e metodologia

Uma análise exaustiva desta temática envolve um sem número de questões que não será possível abordar aqui e que merecem tratamento, em sede própria, no quadro dos estudos coloniais. Contudo, para qualquer dos trabalhos que venha a ser desenvolvido neste domínio, há um conjunto de medidas e práticas específicas, expressas na atuação dos vários serviços da administração colonial, que simultaneamente resultam e suportam esta relação entre desenvolvimento e saneamento urbanos/melhoria da saúde pública, que transparece na documentação produzida e nos parece merecedora de particular atenção.

De entre esta documentação destacam-se os Relatórios e Boletins (mensais e anuais) produzidos pelos chefes do Serviço de Saúde e do das Obras Públicas, publicados no Boletim Oficial do Governo-Geral da Província de Moçambique (desde 1865 que a publicação passou a ser obrigatória no Boletim). Porém, muitos documentos destes dois serviços persistem ainda em arquivo, designadamente no Arquivo Histórico Ultramarino (AHU), e a sua análise pode contribuir para uma melhor compreensão das medidas propostas não só no âmbito da política colonial como no da relação saúde/ambiente.

Nesta perspetiva, tendo por base a documentação de arquivo ou publicada, produzida pelos Serviços de Saúde e pelos Serviços de Obras Públicas de Moçambique na viragem do século XIX, pretende-se apresentar e refletir sobre algumas dessas medidas designadamente as que foram implementadas pelos Serviços de Saúde em Lourenço Marques no domínio da assistência ao indígena, e no contexto específico da medicina tropical e da implantação do colonialismo em Moçambique.

## Lourenço Marques na viragem do século XIX: desenvolvimento urbano e questões higiénico-sanitárias

No início do século XX, e em conformidade com um processo de urbanização da colónia que remonta ao início do segundo quartel do século XIX, Lourenço Marques apresentava-se como uma promissora metrópole na África Austral, sendo a ligação ao Transval apontada como principal responsável pelo desenvolvimento e crescimento do porto e da cidade. Nela se misturavam gentes de todas as origens e ofícios, residentes ou de passagem,

tornando urgente a implementação de estruturas, em particular no domínio da saúde e obras públicas, que dessem resposta às necessidades decorrentes deste surto populacional. Na capital da colónia replicavam-se agora as situações verificadas em Lisboa e no Porto quando, em meados do século XIX e na perspectiva de melhores condições de vida, estes dois centros urbanos se tornaram polos de atração para quem procurava trabalho, tornando evidente a necessidade de alterações estruturais e a tomada de medidas específicas que dessem resposta aos problemas decorrentes deste acréscimo de população [6].

Habitação, alimentação e saúde, condições de higiene, salubridade e segurança dos locais de trabalho e habitações, a higiene dos produtos alimentares ou a qualidade da água tornaram-se uma preocupação e impuseram-se como áreas de intervenção fundamental assistindo-se, a partir de meados do século, não só à criação e/ou reorganização de organismos governamentais que refletiam estas preocupações (Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria - 1852; Junta Consultiva de Saúde Pública - 1868, Direção Geral de Saúde e Beneficência Pública - 1899), como à elaboração de legislação específica. Legislação essa que definia e regulamentava as diferentes ações no sentido da melhoria das condições de vida e trabalho das populações, tanto nos centros urbanos como nos locais de trabalho e, em particular, dos estabelecimentos industriais (Regulamento de Saúde Pública - 1837; Código Penal - 1852 - que, pela primeira vez criminaliza os atos que diretamente prejudicam a saúde; regulamentos sobre a salubridade das instalações industriais - 1855 - e das edificações urbanas - 1902; e a reforma da organização dos serviços de saúde, higiene beneficência pública - 1899).

As preocupações higiênico-sanitárias ganhavam manifesta relevância no quadro da política de saúde em Portugal e, quase em simultâneo, refletiram-se nas colónias com a publicação, em 1860, do Regulamento Geral do Serviço de Saúde das Províncias Ultramarinas e de regulamentos mais específicos como seja, por exemplo, o Regulamento Geral de Sanidade Marítima, aprovado por Decreto de 21 de janeiro de 1897 e publicado pela Imprensa Nacional em 1900.

No que respeita a Moçambique, apesar do primeiro Regulamento do Serviço de Saúde da Província remontar a 1844 [7] e a formação de uma Companhia de Saúde datar de janeiro de 1875, será a construção de um hospital em Lourenço Marques, em 1878 [8 e 9], que marca efetivamente o início da elaboração e implementação de um conjunto de medidas sanitárias que acompanharam as reformas administrativas na

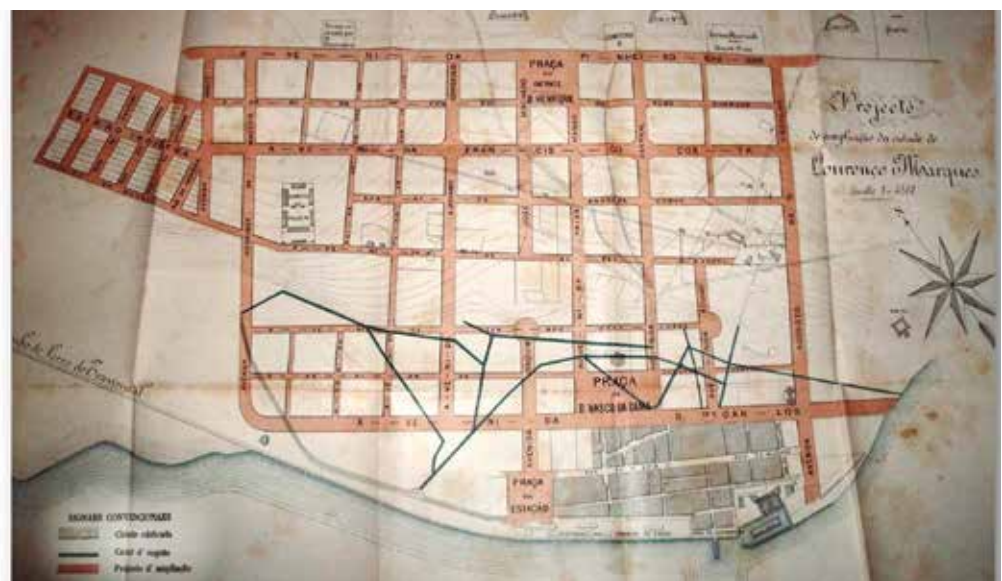
colónia, designadamente a transferência da capital para Lourenço Marques em 1898. Ano em que se procedeu igualmente à regulamentação dos Serviços de Saúde, em conformidade com a Carta de lei de 28 de maio de 1896, pela qual estes se regeram até que o Decreto n.º 5:727, de 10 de maio de 1919, veio modificar a orgânica dos serviços de saúde coloniais.

Neste contexto, entre o último quartel do século XIX e as primeiras décadas do século XX, Lourenço Marques testemunhou um crescimento económico, urbano e populacional que impôs medidas específicas no domínio da saúde, obras públicas e saneamento com resultados visíveis em termos estruturais e na própria imagem da cidade. Ainda que, muitas vezes, essas medidas se tenham revelado insuficientes ou até mesmo inadequadas, certo é que houve vontade, interesse e algum investimento no sentido de transformar o vilarejo insalubre do início do século XIX na metrópole cosmopolita das primeiras décadas do século XX.

Reputada pelos ares doentios e febres endémicas, mas reconhecida e apreciada pelo excelente porto e a facilidade de ligação às minas do Rand, a urbe cresceu, encaixada entre o mar e o pântano, mau grado a falta de infraestruturas e as ameaças à saúde pública; sendo que, neste contexto, a chegada da primeira expedição de Obras Públicas, em 1877, testemunha a intenção de organizar e controlar esse crescimento.

## Urbanização, saneamento e saúde pública

Chefiada por Joaquim José Machado (1847-1925), a equipa das Obras Pública concentrou a sua ação em dois eixos fundamentais. Por um lado, as obras de drenagem do pântano, de construção de diques para a contenção das águas e de um primeiro sistema de esgotos para a parte baixa da cidade; por outro, a elaboração de um plano de urbanização, conduzindo a expansão do núcleo urbano para as áreas mais altas



**Fig. 1:** Projeto de ampliação da Cidade de Lourenço Marques. Major António José Araújo, 1887. Direção Geral das Obras Públicas [9]

e arejadas, de acordo com um traçado reticular que partia do núcleo primitivo e o enquadrava. Apostava-se na eliminação do pântano e da sua má influência, mas, ainda assim, projetava-se a cidade nova para longe das suas imediações. A grelha pronunciada abarcaria áreas residenciais, áreas comerciais e de serviços, hospital, quartéis, jardins (...); um núcleo pensado como “cidade branca”, prevendo que a população indígena ficaria confinada a áreas pré-definidas, e que se afirma como estruturante no primeiro projeto de ampliação de Lourenço Marques [10] apresentado em 1887 (fig.1).

Este projeto, da responsabilidade da Direção de Obras Públicas e sob coordenação do Major António Araújo, será o primeiro de uma série de planos de urbanização da cidade que culminarão nos anos 50 com o Plano de Urbanização de Lourenço Marques (1955), da responsabilidade do Gabinete de Urbanização Colonial e com base nos levantamentos de João António de Aguiar (1906-?), evidenciando a ampliação estruturada da malha urbana delineada no século XIX, segundo o “padrão característico da época da cidade-jardim” [11], e a persistência de uma mesma lógica de segregação e exclusão social que ganha expressão física, nas primeiras décadas do século XX, com a construção do primeiro bairro indígena da cidade, o Bairro Indígena de Xipamanine [12].

Porém, à margem de quaisquer planos pré-definidos ou políticas de gestão urbana e sanitária previstas, a cidade teimou em crescer numa lógica de ocupação de espaços periféricos, onde se concentraram a maioria dos trabalhadores, indígenas ou não. Espaços contíguos à urbe mas excêntricos aos planos de melhoramento sanitários de que esta beneficiaria e, no início do século XX, Lourenço Marques “tendo-se desenvolvido materialmente a um ponto que só testemunhas presenciais podem compreender, descurara inteiramente a saúde dos seus habitantes” [13]

No início da última década do século XIX, Lourenço Marques contava com uma população de cerca de 2300 habitantes, de entre os quais menos de 1000 europeus [14], que, no entanto, em 1900 já eram 3319 e em 1904, 4711 [15]. Repartida entre os bairros abastados da cidade alta, na Ponta Vermelha, e os bairros da periferia, no Mahé e ao longo da estrada para Marracuene ou para a Matola, onde se aglomeravam indígenas, asiáticos e muitos trabalhadores europeus que sobreviviam com salários miseráveis e em condições que se diziam de “barbaridade higiénica” [13], toda esta população convivia na cidade velha, na baixa junto à baía, onde os serviços, o comércio, o porto e os caminhos-de-ferro constituíam o centro da vida económica da cidade e da colónia.

Aqui, coexistiam casas de alvenaria com construções de pau a pique e barracas de madeira e chapa de zinco; o “mato crescia a olhos vistos nas orlas das ruas mais frequentadas e a sua deciccação [sic] constituí(a) matéria orgânica em decomposição, atenta à elevada temperatura (...) e às chuvas torrenciais” [13] sazonais que transformam as ruas de areia e terra batida em charcos, onde se andava então enterrado até aos tornozelos; o sistema de esgotos era incipiente, a recolha do lixo (ruas e

casas), que devia ser assegurada por carroças municipais, acabava quase sempre por ser feita em baldes e barris carregados “às costas de pretos” que os lançavam ao mar ou no pântano. O processo era de tal modo moroso e anti-higiénico que muitos eram os que abriam covas, junto às habitações, para se vazarem lixo comum, dejetos humanos e mesmo animais mortos. A água era cara, imprópria para beber, “inquinada de matérias estranhas” [17] e propícia ao desenvolvimento de culturas microbianas; os produtos alimentares atingiam preços exorbitantes, o gado era morto nos quintais e pátios e os mortos enterravam-se junto às habitações.

De acordo com o relatório de 1903, Moçambique seria “a primeira colónia portuguesa que tem gente abastada e também rica, e ao lado dela míseros, com habitações que oferecem todas as escalas do bem estar e da higiene, desde o palacete até à espelunca (variedade de edifícios... a que chamam quartos)” [17] e Lourenço Marques “a cidade onde se come bem e onde se passa fome (que) assenta em areia e tem já a mais muito pó, bastante porcaria, água impura e em pequena quantidade, bom líquido para culturas microbianas; onde enfim, diz-se hoje, se vive bem mas se não morre de velhice” [17].

Doenças endémicas e epidémicas encontravam assim em Lourenço Marques um meio propício à sua proliferação. Às habituais vagas mais ou menos sazonais das febres palustres e doenças respiratórias e gastrointestinais, juntavam-se facilmente a disenteria, a tuberculose e a sífilis, de presença constante e controlo difícil, e ainda a ténia e a lepra o que, em conjunto, constituíam razões mais do que suficientes para o estado sanitário “pouco satisfatório” da cidade e do distrito de que se dava conta em quase todos os relatórios do Serviço de Saúde. Porém, estas não eram o único flagelo com que os habitantes de Lourenço Marques tinham de lutar. E só entre 1890 e 1908, a cidade (e por extensão o distrito) foi ainda palco de 4 epidemias de varíola (1890, 1898, 1902, 1907), 2 de sarampo (1898, 1905), 1 de peste bovina (1897), 4 de peste (1899, 1901, 1902, 1907), 1 de cólera (1899) 2 de beri-beri (1901, 1902), 1 de dengue (1902), 1 de febre-tifoide (1903), 2 de meningite cérebro-espinhal epidémica (1903 e 1908) e 1 de difteria (1908) a que se juntaram situações pontuais de agravamento de tuberculose (1901 e 1902) e da malária (1907), tendo sido afetada praticamente toda a população, indistintamente da raça, sexo ou idade (tab. 1).

A virulência de umas e a endemia de outras potenciou contágios, despoletou reações e suscitou preocupações que, ao longo deste período, se materializaram em medidas higiénico-sanitárias concretas, de entre as quais, a construção do matadouro e do cemitério municipal, o projeto de regulamento sanitário da cidade e de reorganização do regulamento de sanidade marítima, a aprovação das medidas de combate a varíola e as instruções específicas para sua aplicação, a publicação e divulgação de medidas a adotar contra a peste ou ainda a regulamentação da profilaxia antipalustre da cidade (tab.2)

Decorrendo em boa parte da aprovação do Regulamento dos Serviços Sanitários da Província (Decreto de 10 de agosto de 1907)

ANO	DOENÇAS ENDÉMICAS							DOENÇAS EPIDÉMICAS										
	Febres palustres (malária)	Doenças respiratórias	Tuberculose	Disenteria	Sífilis	Lepra	Ténia	Difteria	Cólera	Variola	Varicela	Sarampo	Peste bovina	Peste	Beri-beri	Dengue	Febre tifoide	Meningite cérebro-espal
1890	x	x	x	x	x	x	x			x								
1891	x	x	x	x	x	x	x											
1892	x	x	x	x	x	x	x											
1893	x	x	x	x	x	x	x											
1894	x	x	x	x	x	x	x											
1895	x	x	x	x	x	x	x											
1896	x	x	x	x	x	x	x											
1897	x	x	x	x	x	x	x						x					
1898	x	x	x	x	x	x	x			x		x		x				
1899	x	x	x	x	x	x	x		x					x				
1900	x	x	x	x	x	x	x											
1901	x	x	x	x	x	x	x							x	x			
1902	x	x	x	x	x	x	x			x					x	x		
1903	x	x	x	x	x	x	x							x			x	x
1904	x	x	x	x	x	x	x					x						
1905	x	x	x	x	x	x	x											
1906	x	x	x	x	x	x	x											
1907	x	x	x	x	x	x	x			x				x				
1908	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x						x

**Tabela 1** - Lourenço Marques (cidade e distrito): informação sobre ocorrência de doenças endémicas e epidémicas entre 1890 e 1908. Síntese de informação segundo os Relatórios dos Serviços de Saúde de Lourenço Marques 1890-1908

ANO	LOURENÇO MARQUES MEDIDAS HIGIENICO-SANITÁRIAS	ANO	LOURENÇO MARQUES MEDIDAS HIGIENICO-SANITÁRIAS
1890	Construção do Matadouro Municipal	1903	Construção do Mercado Municipal
1891	Construção do Cemitério Municipal	1906	Aprovação das normas relativas à salubridade dos terrenos e prédios urbanos
1893	Projeto de regulamento sanitário da cidade	1907	Regulamentação da profilaxia antipalustre da cidade
1898	Criação de uma polícia sanitária de inspeção domiciliária	1907	Regulamentação da assistência médica ao indígena
1901	Projeto de reorganização do regulamento de sanidade marítima	1907	Proposta de criação de bairros para indígenas e proibição destes habitarem na cidade
1901	Elaboração, aprovação e implementação das medidas a adotar no combate à varíola	1907	Regulamento sanitário da cidade
1902	Divulgação dos procedimentos a adotar no combate à varíola	1908	Abertura do novo hospital de Lourenço Marques
1902	Divulgação dos procedimentos a adotar no combate à peste		

**Tabela 2** - Lourenço Marques (cidade e distrito): síntese da informação sobre principais medidas higiénico-sanitárias na viragem do século XIX [4]

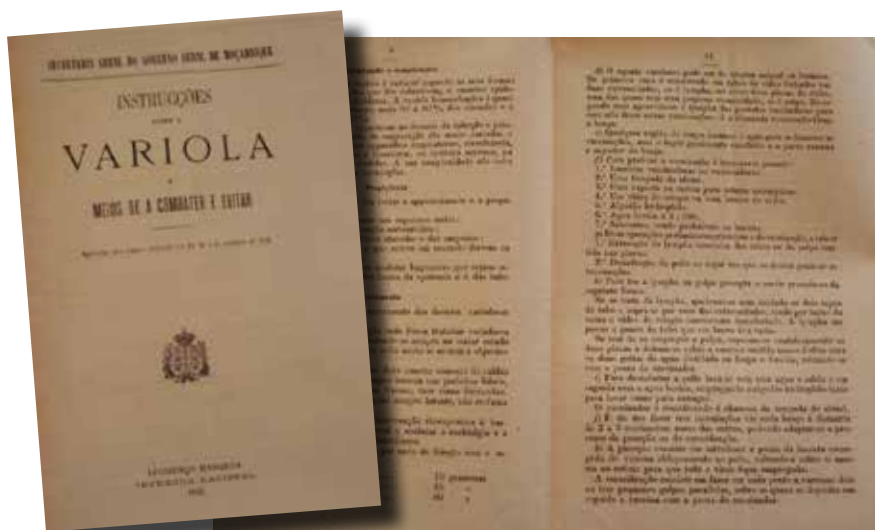


Fig. 2: Instruções sobre a varíola e meios de a combater e evitar. Lourenço Marques, 1902

o conjunto destas medidas veio reforçar as que habitualmente eram tomadas à medida que a cidade se confrontava com surtos pontuais de doenças que obrigavam a quarentenas, ao isolamento dos potenciais doentes e a desinfestações, e complementou-se com campanhas de vacinação em larga escala, sobretudo a partir de 1907, e uma maior regularidade das visitas sanitárias, da responsabilidade do delegado de saúde ou do seu representante, na tentativa de debelar o que se considerava serem os maiores flagelos: a varíola e a peste, que afetavam maioritariamente os africanos, e a malária, que dizimava os europeus.

As duas primeiras, contagiosas, impunham o isolamento e comungavam dos mesmos preceitos higiénico-sanitários. Em 1898, criou-se uma polícia sanitária de inspeção domiciliária para remover doentes para os pavilhões de isolamento, pôr de quarentena potenciais infetados, queimar as habitações depois de removidos os habitantes, determinar alterações ou demolir as restantes habitações, referenciar locais de enterramento de anteriores infetados, proceder à desinfestação de toda a área potencialmente contaminada e, no caso da varíola, proceder

obrigatoriamente a vacinações.

Em 1898, não havendo ainda enfermaria para variolosos em Lourenço Marques, repartiram-se os infetados entre o lazareto provisório da Ilha da Xefina e uma moradia isolada, num espaço ajardinado que viria mais tarde a integrar o Jardim Municipal Vasco da Gama [28], e só 8 meses depois de declarada a epidemia foi possível abrir uma enfermaria para variolosos, na cidade, apesar de esta ser também utilizada para isolar outras situações suspeitas de contágio [16].

No caso da peste, os doentes foram confinados aos lazaretos criados fora da cidade, na Ilha dos Elefantes e, sobretudo em Magude, onde desde 1899 estavam montadas meia dúzia de barracas de madeira e capim que constituíam os dois primeiros lazaretos (um terrestre e um fluvial) do distrito

[18]; Nenhum destes lazaretos foi evacuado durante este período tendo as suas instalações, falhas de quaisquer condições higiénico-sanitárias, servido em simultâneo para acolher leprosos e doentes infetados de varíola e peste, e só a ameaça de um surto de “peste sul-africana”, em 1901, levou a Junta de Saúde a tomar medidas higiénico-sanitárias adicionais, de natureza preventiva, extensivas a toda a cidade e, por isso, com maior impacto na saúde pública [19].

Estas medidas (tab. 3) contemplavam inspeções sanitárias e intervenções nos locais de trabalho, habitações e espaços públicos ou de uso comum. Impunham obrigações de limpeza e preceitos de higiene, definiam e apartavam espaços de trabalho e de habitação [20], prevendo desde logo a imposição de sanções por desrespeito ou incumprimento [21]. Porém, e apesar das eventuais sanções em que se podia incorrer, muito dificilmente estas medidas seriam cumpridas pelas famílias pobres de africanos, asiáticos e mesmo europeus que, com salários miseráveis, se amontoavam nos bairros periféricos da cidade, sem quaisquer condições de higiene e habitabilidade [22].

<b>LOURENÇO MARQUES: JUNTA DE SAÚDE, 1901</b>
<b>MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITÁRIAS ADICIONAIS</b>
Obrigações de despejar os armazéns, limpá-los com ácido sulfuroso, caí-los e providenciar ao seu arejamento antes de armazenar cereais ou outros produtos
Proibição dos armazéns servirem de dormitório aos empregados
Obrigações de cair internamente as habitações e demolir todas as palhotas e barracas sem condições de habitabilidade
Obrigações de limpeza de cisternas, tanques e reservatórios de água, terraços, pátios e quintais, queimando todos os detritos vegetais e animais e eliminando todos os equipamentos, géneros e condições, designadamente charcos e concentrações de águas paradas, que pudessem ser prejudiciais à saúde
Investigação das condições de cada habitação “em harmonia com espaço cientificamente necessário a cada indivíduo” - 14m3 / pessoa - reprovando as que não obedecessem a esses requisitos ou indicando as obras e transformações possíveis nesse sentido
Imposição de sanções por desrespeito ou incumprimento (multa, prisão, proibição de habitar na cidade...)

Tabela 3 - Lourenço Marques: principais medidas adicionais aprovadas e implementadas pela Junta de Saúde em 1901

Porque consideradas práticas indispensáveis à melhoria das condições de vida e saúde da população e não exclusivas do combate à peste, estas medidas reaparecerão como providências a tomar para debelar os surtos de varíola [21], sendo postas em vigor pela Portaria Provincial n.º 650 de 4 de novembro de 1901 e publicadas em folheto explicativo, editado pela Imprensa Nacional de Lourenço Marques, em 1902 (fig. 2), para ser distribuído por todas as sedes de distrito e de prelazia [23].

Anos mais tarde, serão também incorporadas no Regulamento de proylaxia anti-palustre da cidade, aprovado e posto em execução em 1907 [24], como indispensáveis à criação de um ambiente saudável e adverso à proliferação de mosquitos, para o que se referiam ainda outras recomendações que, apontando para uma proteção adicional, incluíam desde a utilização de redes mosquiteiras nas camas, janelas e portas, à abolição de reposteiros no interior das habitações e de trepadeiras fora delas, ou ainda à “petrolagem das estagnações das águas”, acumuladas em quintais, baixas e sargetas de ruas [25] que não pudessem ser eliminadas.

Não sendo uma doença de contágio direto, o isolamento do doente era recomendado pois sabendo-se que “os mosquitos infetam-se sugando o sangue dos doentes impaludados. . . (era) de toda a vantagem isolar estes doentes em quartos protegidos ou por meio de mosquiteiros” [25], para que estes se mantivessem fora do ciclo de transmissão. Porém, pretendia-se que a tónica fosse posta na erradicação das situações que propiciavam condições favoráveis ao aparecimento e disseminação da doença; sendo particularmente relevante o investimento no saneamento dos terrenos pantanosos e alagadiços.

As estratégias de combate a estas doenças assentavam assim num conjunto de preceitos e procedimentos base, comuns, que beneficiariam tanto do investimento no reforço de medidas preventivas, como num número significativo de obras públicas que, por princípio, a todos favoreceria. Por isso se esperava o envolvimento direto da população, também ela responsabilizada pela falta de higiene e limpeza da cidade, o que facilmente se depreende das conclusões de um dos trabalhos do Instituto Médico de Lourenço Marques onde se sublinha que “não era o pântano a única causa, embora fosse a principal, do número elevado de impaludados; haveria que atribuir culpas também à falta de drenagem das águas da parte alta e da parte baixa da cidade, à falta de canalização das águas e. . . haveria igualmente que atribuir culpas ao desleixo e à falta de higiene de muitos dos habitantes da cidade” [26], não deixando margem para dúvidas que o pântano não era o único responsável pela insalubridade da cidade e pelos surtos recorrentes de febres palúdicas [25].

Serviços de Saúde e de Obras Públicas pareciam assim em sintonia no que tocava a políticas de saúde pública e urbanização embora, no balanço dessa sintonia, se identificasse facilmente a população indígena e asiática como causa maior das doenças, e a população branca o alvo preferencial das medidas preventivas e principal beneficiária destas, e na generalidade das de saneamento e obras públicas da cidade.

O plano de António José Araújo (fig. 1) indiciava claramente esta

situação quando propunha e identificava já uma área a destinar ao bairro indígena e, neste contexto, as medidas tomadas no sentido do combate das principais doenças concretizaram, de forma inequívoca, essa ideia de segregação e exclusão social que lhe estava implícita.

Mau grado a cooperação internacional com outros especialistas [27], os progressos científicos que viabilizavam a eficácia das vacinas e os novos meios de diagnóstico e tratamento, sobretudo no caso da malária, que refletiam os avanços significativos no campo da saúde pública, a maioria das ações propostas e implementadas pelos Serviços de Saúde em Lourenço Marques, mais do que atuar eficazmente na profilaxia das doenças, relegou-as para a periferia da cidade, onde nenhuma intervenção foi feita no sentido de dotar essas áreas de condições de higiene e saneamento.

No início do século XX, os subúrbios de Lourenço Marques em crescimento constituíam-se como repositórios das situações que se queriam erradicar da cidade em prol da saúde pública e do bem-estar dos moradores. Acentuava-se a dicotomia cidade de cimento / cidade de caniço, traduzida em formas de tratamento diferenciadas, que impunham e justificavam a segregação do indígena porque, independentemente de todos os fatores que contribuíam para o estado de saúde “deficitário” ou “pouco satisfatório” da cidade, ele - o indígena - era considerado o principal fator de doença e primeiro responsável pela insalubridade da cidade e, muito particularmente, da propagação da malária.

Veja-se, por exemplo, a ata da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques, em maio de 1912 onde se lê que “. . . a presença do indígena dentro dos centros de população europeia constitui um perigo, por serem reservatórios de vírus, especialmente do vírus malárico, e que tem levado os higienistas a aconselharem a remoção dos bairros indígenas para pontos afastados das populações europeias, pois qualquer tentativa de profilaxia anti-palustre seria infrutífera em quanto se conservassem junto d’essas populações taes focos de infeção. . .” [29], ou o Art. 10.º do já referido regulamento da profilaxia anti palúdica onde se explicita que “os brancos não devem dormir no mesmo local com os pretos, porque estes atraem os mosquitos mais do que aqueles, e será de toda a vantagem que nas casas dos brancos não haja alojamento para pretos” [23]. Ambos os textos em consonância com as propostas concretas dos responsáveis pelo Serviço de Saúde da cidade, designadamente no que respeita à construção de bairros indígenas exclusivamente para pretos, onde apenas se permitiria a construção de palhotas ou de barracas de madeira e zinco iguais às que se demoliam e não eram permitidas na cidade, sendo proibidas todas as edificações em alvenaria “para que as mesmas pudessem ser facilmente destruídas, e sem grandes prejuízos, quando disso houvesse uma imperiosa necessidade” [23].

É esta atitude que perpassa a documentação oficial e os exemplos aqui utilizados testemunham claramente que esta articulação doença/saúde/crescimento urbano teve um papel determinante na forma particular de atuação dos Serviços de Saúde em Lourenço Marques, no início do século XX, evidenciando o carácter colonial dos seus objetivos, ao imporem

padrões de saneamento que visavam não a melhoria das condições de vida das populações, mas das condições de vida da população branca, no pressuposto da exclusão e segregação social da população indígena, principal agente de insalubridade e causa de doença.

## Considerações finais

Efetivamente, na capital da colônia, na primeira década do século XX, procuraram-se, testaram-se e regulamentaram-se estratégias de combate às principais doenças endêmicas e epidêmicas que implicaram o investimento no reforço de medidas preventivas e num número significativo de obras públicas e saneamento.

Porém, se as medidas adotadas foram conformes às praticadas na Europa e beneficiaram do conhecimento sobre as mais recentes investigações no domínio da medicina e da saúde pública demonstrando a sua importância e eficácia, os métodos revelaram-se sobretudo como vetores preferenciais de práticas e comportamentos coloniais, sendo impossível falar, por exemplo, de qualquer melhoria das condições de vida e de assistência à população indígena neste período. Esta, por razões de higiene, foi

proibida de viver na cidade e relegada para subúrbios insalubres, onde a assistência prestada se resumia a “raids” periódicos da polícia sanitária para vacinações compulsivas e, a profilaxia, à procura de eventuais focos de doenças entre os indígenas que pudessem escapar às autoridades sanitárias, mas que, em bairro circunscrito e afastado, se poderiam facilmente controlar, em última instância, interditando a área e queimando todas as habitações.

No início do século XX, os responsáveis pelos Serviços de Saúde, são perentórios: o objetivo “é limpar a cidade de habitações insalubres e habitantes imundos. Mais tarde se providenciará sobre a regularização (dos subúrbios) (...) Por agora, o que se pretende é mandar viver para fora da cidade os indígenas e os asiáticos que aqui habitam”[21].

Neste contexto, torna-se particularmente difícil avaliar a oportunidade e eficácia das medidas higiénico-sanitárias propostas independentemente dos métodos utilizados e das consequências da sua aplicação.

## Agradecimentos

FCT- Projeto UID/HIS/04311/2013

## Bibliografia

1. Agência Europeia do Ambiente. <http://www.eea.europa.eu/pt/themes/human>.
2. Shapiro MF (1983). *Medicine in the service of colonialism: Medical care in Portuguese Africa (1885-1974)*. PhD Thesis – University of California, Los Angeles.
3. Dube F (2009). *Colonialism, cross-border movements and epidemiology: a history of health in the Manica Region of Central Mozambique and Eastern Zimbabwe and the African response (1890-1980)*. Tese de Doutoramento – University of Iowa.
4. Carta do Chefe de Serviço de Saúde, José Oliveira Serrão de Azevedo, para o Chefe de Estado Maior de Lourenço Marques, 1907. AHU, 1528 DGU 5ª Repartição Moçambique.
5. Comissão de Melhoramentos Sanitários da Cidade de Lourenço Marques - Acta de 25 de Fevereiro de 1907. In: Relatório do Serviço de Saúde de 1907, Boletim Oficial, 1907:269
6. Cosme J (2006). As Preocupações Higiéno-Sanitárias em Portugal (2ª metade do século XIX e princípios do século XX). In: Revista da Faculdade de Letras HISTÓRIA, III (7):181-195.
7. Decreto de 14 de Setembro. AHU-Moçambique, Ofícios 1847.
8. O Hospital de Lourenço Marques. In: O Ocidente, 1881 (4-95): 100-101
9. Roque AC (2013). As histórias que ficaram por contar: Saúde, crescimento urbano e ambiente em Moçambique, no final do século XIX. In: Roque AC e E. Rodrigues E (coordenação). Atas do Congresso Internacional Saber Tropical em Moçambique: História, Memória e Ciência, Lisboa, IICT-JBT, 24-26 de outubro de 2012. IICT, Lisboa. Ed. Digital. CDRom ISBN 978-989-742-006-1.
10. Morais J (2001). Maputo: Património da estrutura e forma urbana. Topologia do lugar. Livros Horizonte, Lisboa, Portugal.
11. Fernandes JM (s/d). Moçambique. In: Património de Influência Portuguesa. FCG, Lisboa, Portugal. Consultado em 23 de março de 2016. In: <http://www.hpip.org/Default/pt/Conteudos/Contextos/AfricaSubsaariana/Mocambique>
12. Direcção Geral do Planeamento e Ordenamento Territorial (DINAPOT) e Ministério para a Coordenação da Acção Ambiental (MICOA), (2006), Moçambique. Melhoramento dos Assentamentos Informais, Análise da Situação e Proposta de Estratégias de Intervenção. Consultado em 23 de março de 2016. In: [http://www.sarpn.org/documents/d0002452/Mozambique\\_cities\\_slums\\_2006\\_Portuguese.pdf](http://www.sarpn.org/documents/d0002452/Mozambique_cities_slums_2006_Portuguese.pdf)
13. Relatório do Serviço de Saúde do Distrito de Lourenço Marques referido ao ano de 1897, elaborado por Aurélio Galhardo Barreiros, facultativo de 1ª classe, Delegado de Saúde de Lourenço Marques. AHU 1514, Direcção Geral do Ultramar, 5ª Repartição. Moçambique, Serviço de Saúde.
14. Soeiro A de FG (1893). Estudo do Saneamento da Cidade de Lourenço Marques. In: Revista de Obras Públicas e Minas, Lisboa, 25 (1984): 558-606.
15. Relatório anual da Província de Moçambique – Anno de 1904. Lourenço Marques.
16. Boletim Sanitário do Hospital Militar e Civil de Lourenço Marques – Anno 1899, mês de Março. Elaborado pelo Delegado de Saúde Alberto de Vasconcelos, facultativo de 1ª classe. AHU, 1514 DGU 5ª Repartição Moçambique (1897).
17. Relatório anual da Província de Moçambique – Anno de 1903. Lourenço Marques, Portugal.
18. Cópia do Relatório feito por António Maria Soveral, Alferes médico do Serviço de Saúde de Moçambique acerca do seu serviço na Manhiça e de um caso de peste atenuada no período de 25 de Outubro de 1902 a 3 de Dezembro de 1902. Lourenço Marques, 30 de Dezembro de 1902. AHU, 1516 DGU 5ª Repartição Moçambique (1902).
19. Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Abril. Elaborado por José de Oliveira Serrão, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
20. Cópia da Ata da 3ª sessão da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques, anexa ao Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Abril. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
21. Boletim Sanitário da Província de Moçambique - Anno de 1907, mês de Março. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1528 DGU 5ª Repartição Moçambique (1907).
22. Boletim Sanitário de Moçambique - Anno de 1901, mês de Maio. Elaborado por José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1508 DGU 5ª Repartição Moçambique (1901-1902).
23. Relatório do Serviço de Saúde da Província – Anno de 1903, mês de Novembro. Elaborado José de Oliveira Serrão de Azevedo, Chefe do Serviço de Saúde. AHU, 1524 DGU 5ª Repartição Moçambique (1902-1903).
24. Regulamento de prophylaxia anti-palustre da cidade de Lourenço Marques, aprovado por Portaria de 4 de Fevereiro de 1907. In: Relatório do Serviço de Saúde da Província de Moçambique, elaborado pelo Chefe do Serviço de Saúde, José de Oliveira Serrão de Azevedo. Lourenço Marques, 30 de Setembro de 1908. Lourenço Marques, 1908:106-108.
25. Azevedo JOS de (1908) Prophylaxia antipalustre em Lourenço Marques e Campanhas anti-malárias. Parte I. Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, III, fasc 1º, Imprensa Nacional, Lisboa, 1910:19-42.
26. Instituto Médico de Lourenço Marques (1936). Algumas palavras sobre a profilaxia do paludismo na cidade de Lourenço Marques. Africa Médica, II: 321-330.
27. Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1899, mês de Junho. AHU, 1513 DGU 5ª Repartição Moçambique 1877 (Moçambique 1L).
28. Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1898, mês de Junho. AHU, 1509 DGU, 5ª Repartição Moçambique (1894-1898).
29. Cópia da Ata da 42ª sessão da reunião da Junta de Saúde de Lourenço Marques – Sessão ordinária de 17 de Maio de 1912. Anexa ao Boletim Sanitário de Lourenço Marques – Anno de 1912, mês de Maio. AHU, 1527 MUDGC 8ª Repartição Moçambique – Serviço de Saúde (1911-1912).



# Planos integrados, lagos artificiais e medicina tropical – o caso de Cahora Bassa nos anos 1960-1970

*Integrated plans, artificial lakes and tropical medicine – the case of Cahora Bassa in the 1960s-1970s*

**Ana Paula Silva**

Investigadora de pós-doutoramento, Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia, Universidade NOVA de Lisboa, Portugal  
apl.silva@fct.unl.pt

## Resumo

Os planos integrados de aproveitamento das bacias hidrográficas dos rios africanos eram abrangentes e visavam vastas áreas territoriais, como o do Zambeze em Moçambique, elaborado pelas autoridades portuguesas entre 1956-1965. Este plano incluiu a construção de um grande lago artificial – a albufeira da barragem de Cahora Bassa – que se entendeu, então, ter graves consequências na saúde mental e física das populações afetadas pela obra. Entendimento este patente em alguns documentos tais como o “Reordenamento das populações das áreas a inundar pela albufeira de Cahora Bassa”, produzido pela Missão de Fomento e Povoamento do Zambeze (1967-1970) e das “Bases para o Estabelecimento do Programa Geral da Comissão Orientadora da Investigação Científica na Área a Inundar pela Albufeira de Cahora Bassa”, elaborado por Falcão et al. (1970). A análise destes documentos deu origem ao presente artigo que visa apresentar dados que sustentem a hipótese de que o trabalho desses técnicos e cientistas portugueses terá aberto o caminho para a Medicina Ambiental em Portugal e para a atual linha de investigação transversal do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, as “Doenças Emergentes e Alterações Ambientais”.

### Palavras Chave:

Planos integrados, lagos artificiais, Cahora Bassa, medicina tropical, medicina ambiental.

## Abstract

The integrated plans for harnessing hydro-graphic basins in Africa were comprehensive and aimed vast territorial areas, such as the one of Zambezi in Mozambique drawn by Portuguese authorities between 1956 and 1965. This plan comprised the construction of a large artificial lake – the Cahora Bassa dam's reservoir – which was then seen as having serious impact on physical and mental health of people affected by the project. This vision was evident in some documents such as the "Reorganization of the population living in the areas to be flood by the Cahora Bassa dam" produced by the Mission for the Development and Settlement of Zambezi Valley (1967-1970) and the "Bases for the Establishment of the General Programme by the Steering Committee of Scientific Research in the Area to be flood by the Cahora Bassa dam" prepared by Falcon et al. (1970). This article presents the analysis of those documents aiming at supporting the hypothesis that the work of those technicians and scientists paved the way for both the Environmental Medicine in Portugal and the current transverse-line of research of the Institute of Hygiene and Tropical Medicine – "Emerging Diseases and Environmental Change".

### Key Words:

Integrated plans, artificial lakes, Cahora Bassa, tropical medicine, environmental medicine.

## Introdução

A construção da barragem de Cabora Bassa (designação utilizada durante o período colonial português) fazia parte do plano de desenvolvimento integrado do rio Zambeze abrangendo 137000 km<sup>2</sup>. O plano visava o aproveitamento dos recursos naturais da região, o progresso social e económico das populações e o adensamento da ocupação humana de extensas áreas, consideradas fracamente povoadas. A criação da albufeira de Cabora Bassa levantou desde logo questões ecológicas importantes pois desenvolvia-se ao longo de 250 km, com uma área de 2700 km<sup>2</sup>. Para tratar essas questões, na Junta de Investigação do Ultramar, foi criada a “Comissão Orientadora da Investigação Científica” na área da albufeira [1]. No seu trabalho, a Comissão adotou, como quadro de referência, a publicação da Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) de 1969, “Man-made lakes: planning and development” [2], e visou dois objetivos: a aquisição de conhecimentos impossíveis de obter após a inundação da área, e a previsão de alterações ecológicas em resultado da criação da albufeira, que incluía a “Saúde e Nutrição”. Neste campo de investigação, visava identificar os fatores que pudessem interferir no quadro da saúde pública nos trópicos, como sejam: “a deslocação de mamíferos” acompanhados da deslocação simultânea da mosca tsé-tsé, o que poderia provocar a expansão da tripanosomíase bovina; “a transferência de roedores” que podiam ser veículo transmissor da peste bubónica; “a proliferação de várias espécies de mosquitos”, como os vetores da encefalomielite e filariose, favorecida pelas condições de abrigo das respetivas larvas pelas massas flutuantes de plantas na albufeira [1:10].

A Comissão visava, assim, na rubrica “Saúde e Nutrição”, a “saúde pública (...) no campo das endemias prevalentes e da nutrição” com o objetivo de “prever medidas a tomar anteriormente à reinstalação das populações”, assim como as que deveriam ser consideradas no decurso e depois daquela ação [1:17].

Neste artigo analisa-se o trabalho da Comissão no âmbito da saúde pública, visando-se inscrevê-lo na tradição da medicina tropical portuguesa, identificando continuidades e ruturas, ao mesmo tempo que pontuaremos as influências exteriores, nomeadamente a adoção da perspetiva ecológica na abordagem dos problemas estudados.

Assim, o presente trabalho desenvolve-se em três pontos. No primeiro, situa-se este artigo no contexto da “História da Medicina Tropical Portuguesa”; seguidamente, contextualizam-se os dados analisados no âmbito dos “Planos integrados de aproveitamento das bacias hidrográficas dos rios africanos”; no terceiro ponto, “Lagos artificiais – o caso de Cabora Bassa”, analisam-se os surpreendentes “Estudos do impacto ecológico de Cabora Bassa”, por referência aos “Man-made lakes: planning and development” [2], salientando-se os dados dignos de nota para a sustentação da hipótese aqui avançada.

## 1. História da Medicina Tropical portuguesa

A História da medicina portuguesa nos trópicos pode ser dividida em três grandes períodos: o primeiro teve início com os Descobrimentos e decorreu até ao século XIX; o segundo iniciou-se, no fim do séc. XIX, com a instituição da Medicina Tropical como especialidade autónoma, que teve um período colonial até 1974; e um terceiro que decorreu daí até à atualidade. Cada um destes três grandes períodos pode, porém, ser subdividido. Segundo Coelho do Vale [3], poderiam ser indicados, no primeiro, quatro subperíodos distintos: o das Descobertas, o do Império Oriental, o da Formação do Brasil e o Contemporâneo. Em todos eles, segundo aquele autor, a “assistência ao indígena no ultramar português” se revelou como “uma das mais altas preocupações da política ultramarina portuguesa” [3: 2551].

A historiografia existente tem-se debruçado fundamentalmente sobre os dois primeiros períodos e no segundo, principalmente até 1935, nomeadamente com os trabalhos de Cristiana Bastos [5,7] e Renilda Barreto [5], Philip Havick [6], Isabel Amaral [8], Ana Rita Lobo [9], Pedro Ribeiro [10] e Ricardo Castro [11]. Entre as exceções a esta regra encontram-se a obra de Pedro Abranches [4] *O Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Um Século de História 1902-2002* e de Martin Shapiro, *Medicine in the Service of Colonialism: Medical care in Portuguese Africa, 1885-1974* [12]. O 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical marcou em 2015 a diferença, propondo no seu racional seguir-se uma narrativa institucional mais abrangente e alargada ao período pós Segunda Guerra Mundial. São disso exemplo as comunicações apresentadas por Luís Costa, *Da Poluição Local à Higiene da Colónia: a Lepra entre um Mal Social e a Medicina Tropical (Guiné portuguesa 1951-1974)*, Isabel Amaral, *Impacto da II Guerra Mundial na Medicina Tropical Portuguesa – O Caso Aldo Castellani (1946-1972)* e Philip Havik, *Da Intervenção Colonial até à Cooperação Internacional: a Evolução Histórica do IHMT desde 1945*. Philip Havik sublinhou mesmo a necessidade de preencher uma lacuna na historiografia nacional, dado que a historiografia do IHMT ainda se encontra numa fase inicial e propôs uma comunicação que pretendia “preencher algumas lacunas no que diz respeito à sua evolução desde a Segunda Guerra Mundial”, nomeadamente o “papel de agente activo no quadro do controle e erradicação [sic] de doenças tropicais no espaço do império colonial para uma instituição vocacionada para a cooperação no âmbito da saúde pública internacional.” [13]

De um modo geral, as abordagens historiográficas anteriores à Segunda Guerra Mundial inscrevem-se nas relações entre ciência e política, quer o objeto de estudo analisado seja as políticas sanitárias e de saúde pública, as instituições, os atores e as suas práticas, ou as doenças e a sua epidemiologia, ou ainda a relação entre estas variáveis. Na verdade, a medicina tropical foi considerada uma das “ferramentas do império” [14] e, como Ricardo Castro bem demonstra,

o projeto de colonização portuguesa está intimamente associado ao protagonismo dos cientistas portugueses e ao processo de reconhecimento e afirmação da sua autoridade na cena nacional e internacional [11]. O protagonismo da Escola de Medicina Tropical, bem como o dos indivíduos, oscilou durante os diferentes regimes políticos: monarquia constitucional, Primeira República e Estado Novo, abrangidos pelo período analisado pelo autor.

Assim, este artigo, ao tomar como ponto de partida os trabalhos preconizados, na sequência do contrato de construção da barragem de Cabora Bassa (1967-1974), inscreve-se no período “imperial” e, segundo Pedro Abranches, num subperíodo que se segue ao “declínio”, durante “uma experiência frustrada” da história do IHMT e no “fim da era colonial”. Porém, a hipótese que pretendo aqui levantar é que as evidências que vou apresentar iniciam, ou abrem caminho, para uma das atuais “linhas transversais” de investigação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, nomeadamente as “Doenças Emergentes e Alterações Ambientais” [4].

A minha hipótese é, concretamente, que o trabalho preconizado pelos cientistas portugueses, em consequência das alterações ecológicas provocadas pela albufeira da barragem, terá de alguma forma aberto o caminho para a introdução da Medicina Ambiental em Portugal e, assim, o estudo das doenças resultantes das alterações provocadas no ambiente pela ação do Homem.

A Medicina Ambiental é um ramo da Saúde Ambiental cuja atividade visa prevenir ou proteger contra fatores que possam prejudicar a saúde das pessoas nos lugares onde elas trabalham ou vivem, nomeadamente quando são introduzidas alterações significativas no ambiente, como é o caso da construção de uma albufeira com a dimensão de Cabora Bassa. O termo Medicina Ambiental foi usado pelo Exército dos Estados Unidos pelo menos desde 1961 [15]. Posteriormente, foi fundada a *American Academy of Environmental Medicine* (AAEM) em 1965 por um grupo de clínicos de várias especialidades que se juntaram e formaram uma sociedade médica que evoluiu para aquela academia. Hoje é uma organização internacional de médicos especializados em Medicina Ambiental. [15]

O caso que vos apresento corrobora ainda o que Ricardo Castro [11] demonstra e Martin Shapiro [12] já tinha apontado: o comportamento das autoridades e dos cientistas portugueses, no que se refere à política colonial, incluindo a saúde, revela que o país se sentiu “sistematicamente na obrigação de reagir às acusações provenientes da comunidade internacional.” [11:6] E, se isto é verdade no período que precede os anos 60 do século XX, mais verdade se torna nessa década em que as Nações Unidas, com as resoluções 1314, 1514 e 2107 tornaram o colonialismo português “fuera de la ley” como Cueto Rodríguez [16:2720] sublinha, não obstante Portugal ter seguido as recomendações das Nações Unidas, nomeadamente no que toca ao desenvolvimento económico e social das colónias.

## 2. Planos integrados de aproveitamento das bacias hidrográficas dos rios africanos

Ao estudar a eletrificação nas colónias africanas portuguesas, constatei que os planos de produção hidroelétrica se inscreviam, geralmente, em planos mais vastos de aproveitamento das bacias hidrográficas.

Kate Showers aponta os anos 1930, como o tempo dos planos de aproveitamento das bacias dos rios africanos [17]. Porém, em Portugal, eles surgiram na década anterior, mais precisamente em 1925, com os estudos que o engenheiro Trigo de Moraes produziu na sequência da sua viagem a Moçambique para analisar os rios Búzi e Limpopo. No entanto, só após a Segunda Guerra Mundial esses planos ganharam relevo, no contexto de uma política económica de desenvolvimento de África, que visava coadjuvar a recuperação económica da Europa devastada pela guerra.

Assim, é no contexto internacional da recuperação da Europa, do Plano Marshall e da Guerra Fria que se devem inscrever os projetos de aproveitamento das bacias hidrográficas dos rios africanos nas colónias portuguesas. E, no contexto nacional, no regime ditatorial de Salazar que fazia um investimento tardio na ocupação material, económica e social das colónias. Esta política teria sido iniciada por Marcelo Caetano, enquanto Ministro das Colónias, em 1945, “turning towards a modernising and technocratic discourse on Portuguese African development that would deepen in the 1950s and 1960s”, segundo Cláudia Castelo [18:67].

Nesse contexto, a doutrina seguida sobre o aproveitamento das bacias hidrográficas foi apresentada pelo engenheiro Trigo de Moraes, na comunicação “A água na Valorização do Ultramar” proferida em 1951, no Instituto Superior Técnico, e mais tarde invocada e desenvolvida pelo engenheiro Bettencourt Moreno, na comunicação “Os Aproveitamentos Hídricos na Valorização do Ultramar” proferida em 1969, XIV Curso de Estudos Ultramarinos da Mocidade Portuguesa. A tese defendia que as colónias africanas, nomeadamente Angola e Moçambique, possuíam recursos hídricos extraordinários, cujo aproveitamento permitia um grande desenvolvimento económico do país baseado no fornecimento de água para a rega na agricultura e para a produção de energia elétrica barata, recurso fundamental para apoiar o desenvolvimento tanto da industrialização como do consumo doméstico. Estes fatores, por sua vez, atrairiam a população branca da metrópole para as colónias africanas, que se consideravam subpovoadas e, por isso, impedidas de darem os rendimentos possíveis [19].

Os projetos para o aproveitamento das bacias hidrográficas eram planos integrados no sentido em que era visado o aproveitamento da totalidade da bacia e não apenas o uso das águas dos rios. Estas seriam utilizadas na irrigação das áreas adjacentes onde se realizaria a agricultura, a pecuária e a silvicultura. A água serviria ainda para produzir eletricidade

dade barata que, para além do consumo nos centros urbanos, seria utilizada na exploração de minério existente nos solos abrangidos pela bacia do rio ou perto dela. Previa-se até a transformação desse minério *in situ*, para cujo efeito seriam instaladas indústrias siderúrgicas, grandes consumidoras de energia. Se, por um lado, a concretização destes projetos exigia a deslocação de pessoas, nomeadamente o afastamento dos indígenas dos seus *habitats* tradicionais; por outro lado, o aproveitamento das bacias hidrográficas resultaria em polo de atração de mais pessoas, nomeadamente colonos brancos.

Na análise do aproveitamento da bacia do Zambeze, verifica-se que este se inscreve no discurso português sobre o desenvolvimento colonial influenciado claramente pelo contexto internacional, o que poderá explicar a evolução gradual que os modelos de desenvolvimento português sofreram através dos tempos. De um modelo tecnocrático, mais focado na economia e nas infra-estruturas, outro emerge, revelando uma viragem “towards the ‘human side’ of development (...), which is evident in the Midterm Plan and the Third Development Plan” [18:79] e que terá estado na origem do carácter inédito, no contexto português, das preocupações sobre o impacto ambiental da barragem de Cabora Bassa.

### 3. Lagos artificiais – o caso de Cabora Bassa

A barragem de Cabora Bassa insere-se no Plano de desenvolvimento do Zambeze, cuja execução era da responsabilidade do Gabinete do Plano do Zambeze (GPZ) e que compreendia não apenas a construção daquela barragem, com uma albufeira de aproximadamente 2700 quilómetros quadrados, mas um vasto programa integrado que abrangia cerca de um quarto de Moçambique: com 137000 quilómetros quadrados de base, o qual com as zonas “co-interessadas” aumentava para 220000 quilómetros quadrados (duas vezes e meia a área da Metrópole) [1].

Este plano de desenvolvimento visava concretizar três objetivos específicos, a saber: o aproveitamento dos valiosos recursos naturais da região, o progresso social e económico das populações e o adensamento da ocupação humana de extensas áreas, então consideradas fracamente povoadas.

Segundo os engenheiros Fontes, Coutinho e Casanova, este plano foi realizado “ao longo de nove anos (maio de 1956 a agosto de 1965)” [20] e terá custado 200 mil contos, segundo Bettencourt Moreno [19]. Embora tivesse sido pensado antes, na verdade sofreu um impulso em março de 1956, quando as autoridades portuguesas tomaram conhecimento oficial da construção barragem de Kariba. Por despacho do Ministro do Ultramar de 10 de março de 1956 foi entregue o “estudo imediato dos rápidos de Cabora Bassa, no Zambeze, para aproveitamento hidroeléctrico e possivelmente hi-

droagrícola” à Brigada de Estudos Hidráulicos do Revuè, sob orientação do engenheiro Abecassis Manzanares, que elaborou o “Relatório da visita efetuada a Moçambique e Rodésia do Sul entre 27 de maio e 17 de junho de 1956”. Com base neste relatório, foi criada a Missão de Fomento e Povoamento do Zambeze e contratada a Hidrotécnica Portuguesa para orientar tecnicamente aquela Missão, bem como para elaborar os estudos necessários à programação do fomento e povoamento da bacia do rio Zambeze e zonas adjacentes em Moçambique [20,21].

Esses estudos foram desenvolvidos em três fases e deram origem ao Relatório Preliminar (1957-1958), com o reconhecimento geral dos recursos naturais, programação da sua inventariação e quantificação dos inerentes custos; ao Esquema Geral (1959-1961), com a avaliação das possibilidades económicas globais da região e seleção das potencialidades – objeto de estudo na fase seguinte; e ao Plano Geral (1962-1965), com os anteprojetos das obras selecionadas na fase anterior e o planeamento dos empreendimentos de maior interesse para o arranque do desenvolvimento do Vale do Zambeze. No Plano Geral são apontadas detalhadamente as potencialidades da bacia hidrográfica nos domínios da agricultura, da silvicultura, da pecuária, dos recursos mineiros e da energia.

Face à vastidão territorial e aos recursos inventariados, as autoridades portuguesas definiram prioridades e, entre elas, estava a construção da primeira fase do empreendimento hidroeléctrico de Cabora Bassa, com as respetivas linhas de transporte de energia. A barragem de Cabora Bassa iria, porém, criar uma albufeira que então se entendeu “levanta[r] questões importantes no domínio da ecologia com repercussões nos vários setores da atividade humana.” [1:1]

#### 3.1. Estudos do impacto ecológico de Cabora Bassa

Como Rui Lopes [20] descreve, o processo que levou à concretização do empreendimento de Cabora Bassa enfrentou muitas dificuldades políticas e económicas, por isso, o contrato de execução das obras só foi realizado em outubro de 1969. Seguidamente, na Junta de Investigação do Ultramar, foi criada a “Comissão Orientadora da Investigação Científica na área a inundar pela albufeira de Cabora Bassa”, com os objetivos de adquirir “conhecimentos impossíveis de obter após a inundação da área” e prever as “alterações ecológicas” provocadas pela criação da albufeira. No texto das “Bases para o Estabelecimento do Programa Geral da Comissão Orientadora da Investigação Científica na Área a Inundar pela Albufeira de Cabora Bassa”, os responsáveis pela investigação manifestam duas preocupações, a saber, o tempo limitado para a concretização das pesquisas, uma vez que a albufeira começaria a encher em junho de 1974; e a responsabilidade que lhes estava a ser atribuída. Tal como os membros da Comissão evidenciam:

*A responsabilidade que impende sobre Portugal quanto à qualidade dos trabalhos a executar é óbvia e aparece reforçada pelo facto de ter sido manifestado por vários cientistas estrangeiros o interesse em executar parte das tarefas para o que trariam até contributo financeiro.*

*A dimensão dos problemas que vão surgir e a dificuldade em encará-los constitui um desafio aos cientistas portugueses (...). [1:3]*

No mesmo texto reconhece-se a necessidade de elaborar um programa de trabalhos rigoroso, assim como o mérito do trabalho elaborado anteriormente pelo GPZ, nomeadamente as produções de 1965. Assume-se, como quadro de referência do tipo de problemas a abordar, a obra *Man-made lakes: planning and development*, FAO, 1969 e, identificam-se “os campos de investigação e de temas a considerar pelas equipas” [1:20]. Por um lado, visava-se a aquisição de “conhecimentos que se [tornariam] inacessíveis após a inundação da albufeira de Cabora Bassa” [1:21], através da inventariação de dados sobre Geologia e Geomorfologia, Botânica, Zoologia, Pedologia e Agropedologia, Pré-História e Arqueologia, Problemas Humanos: Antropologia e Geografia Humana, Saúde e Nutrição, Hidrobiologia e Pescas. Por outro lado, estudar-se-iam as alterações “previsíveis em consequência da inundação” nos reinos mineral e no relevo, vegetal, animal, humano, na saúde pública, no domínio hidrológico e das pescas e na climatologia. Neste último, proceder-se-ia ainda à “prevenção de alterações que se preveem nocivas, tais como: diminuição de terras agricultáveis, excessiva siltação, infestação de plantas nocivas, excessiva produção de hidrogénio sulfurado, aumento de insetos e caracóis transmissores de doenças (malária, bilharsia, etc.), diminuição de piscosidade no estuário, dispersão de parasitas humanos e animais” e ao “estímulo de alterações que se preveem benéficas como: produção de plantas aquáticas para alimentação, piscosidade da albufeira, piscosidade a jusante da barragem, navegabilidade do rio.” [1: 21-22]

Assim, os estudos feitos seriam não apenas para conhecer, mas para poder intervir, nomeadamente na operação “Arca de Noé” (transferência de animais da área a inundar para outros locais), sendo sabido que a deslocação de mamíferos, acompanhada da mosca tsé-tsé, podia provocar a expansão da tripanossomíase bovina; a transferência de roedores podia aumentar o risco da peste bubónica; e a proliferação de várias espécies de mosquitos a encefalomielite e a filariose; enfim que a variação do “meio ecológico” poderia “implicar dificuldades de adaptação a certos animais terrestres e afetar as condições de vida e a ação no equilíbrio biológico do meio aquático dos crocodilos e hipopótamos, etc.” [1:10-11]

Por sua vez, a equipa revelava possuir também consciência dos fenómenos inerentes à deslocação forçada das populações indígenas das zonas ribeirinhas, os quais vieram a ser designados por Cernea [23] como “desapropriados ambien-

tais”, quando afirmava que “os estudos servindo de base aos planos de transferência de populações” deveriam elucidar sobre as “suas características gerais”, “os seus modos de vida, as suas necessidades ou ambições.” E que a subsequente “integração antropológica” teria que ser circunscrita aos aspetos que melhor afirmassem a “continuidade aos valores fundamentais inerentes a cada uma das etnias.” [1:13]

Por outro lado, a Comissão reconhecia que “as reações humanas perante uma alteração que, afetando ainda que transitivamente modos de vida e não obstante todo o cuidado posto em diminuir os seus efeitos” eram “difíceis de prever” e capazes de provocar “inevitável desequilíbrio nos indivíduos e nas sociedades em causa” [1:15].

Na verdade, o enchimento da albufeira de Cabora Bassa iria fazer deslocar aproximadamente 24000 indivíduos. Não obstante o contrato para a realização da obra só ter sido assinado em 1969, a Brigada de Estudos Económico-Sociais da Missão de Fomento e Povoamento do Vale do Zambeze, começou a trabalhar sobre este problema em 1967, tomando como referência os procedimentos das autoridades rodesianas levados a cabo aquando da barragem de Kariba e das americanas no Vale do Tennessee. As autoridades portuguesas contavam até com a colaboração do sociólogo americano W. Rex Crawford e da embaixada dos Estados Unidos em Lisboa para o fornecimento de material audiovisual, “cuja projeção teria apreciável efeito psicológico (...) dado (...) acentuar que não eram só os africanos que tinham necessidade de ser desalojados por motivo de grandes empreendimentos.” [24:3] Previa-se que em 1973 se tivesse reinstalado a grande maioria da população a deslocar, a uma média de 8000 por ano, sendo o ano de 1974 dedicado aos “casos difíceis, característica que não é exclusiva da recetividade das populações mas também de fatores ecológicos (dificuldades de terras, de águas, etc.)” [25:2]

A equipa da “Comissão Orientadora da Investigação Científica na área a inundar pela albufeira de Cabora Bassa” tinha bem consciência da envergadura do processo de deslocação das populações desalojadas em consequência do enchimento da albufeira, ao afirmar que implicavam “traumatismos físicos e morais de considerável importância” por “rarefação do ambiente mítico positivo” [1:16].

Por um lado, esta consciência conjugava-se com a proposta da Brigada de Reordenamento de constituir equipas polivalentes de trabalho de acompanhamento das populações com um técnico de desenvolvimento comunitário (ou promoção social), chefe de setor, um ou dois técnicos adjuntos, um médico, chefe de setor, um médico veterinário, chefe de setor, um engenheiro agrónomo, chefe de setor, um ou dois assistentes sociais, coadjuvados pelos correspondentes técnicos de formação média. Estas equipas seriam ainda acompanhadas por técnicos de formação universitária dos quadros da Missão do Zambeze: engenheiros civis, economistas e geólogos [24]. Essas equipas visavam: a integração dos agricultores autóctones ainda em regime de subsistência na economia

monetária pela introdução de técnicas agrícolas mais progressivas; divulgação de culturas de rendimento animadoras de mercado; assistência técnica intensiva; estímulo à instituição de associações de base corporativa ou cooperativa assegurando uma comercialização perfeita; o fomento pecuário; e a promoção social pelo ensino profissional; incremento ao artesanato; melhoria das condições sanitárias; aumento da taxa de escolarização e a valorização da mulher.

Não obstante as intenções das autoridades portuguesas, como Allen e Barbara Isaacman salientaram em *Dams, Displacement, and the Delusion of Development. Cahora Bassa and Its Legacies in Mozambique, 1965–2007*, os deslocados raramente evocaram “images of prosperity or progress. Instead, Cahora Bassa evokes memories of forcible eviction from historic homelands, of concentration in crowded resettlement camps, and of unpredictable discharges of water that destroyed their crops and flooded their fields.” [27:4]

Porém, não se confirma na análise dos trabalhos aqui apresentada que as “deleterious social and ecological consequences of this massive state-imposed project never figured in the political calculus of colonial planners” [27:5]. Bem pelo contrário, a noção que se tinha dessas consequências levou a vários estudos, nomeadamente hidrobiológicos, sobre infestantes aquáticas e a pesca [28,29,30]. Assim como, foi estudado e planeado detalhadamente o deslocamento das populações, atendendo às suas culturas próprias e modos de vida [24,25], bem como dos animais [26].

Donde retiram os cientistas portuguesas essa “noção”? Como eles próprios afirmam, da obra da FAO, atrás referida.

### 3.2. Man-made lakes: planning and development

No verso da capa, à guisa de legenda da fotografia nela utilizada (Fig.1), está escrito que as barragens podem criar mais problemas do que aqueles que resolvem. “Human and other natural resource problems created by dams will not go away if they are ignored; they can, however, be minimized or solved advantageously when early thinking produce timely and sound action.”[2]

Nesta obra se afirma que a construção de grande lagos artificiais muda as formas de vida existentes, os “patterns of disease, and creates conditions in which the risk of explosive outbreaks of infections may be high” [2:19]. Naquela altura, assumia-se que os problemas criados pelo homem, resultantes de alterações significativas do meio ambiente, não podiam ainda ser bem definidos, mas que deviam seguramente ser “fully recognized”, nomeadamente porque a prevenção e o controlo de muitas infeções associadas aos grandes lagos artificiais exigiam um esforço considerável. Cada projeto teria as suas especificidades e, assim, apresentaria problemas próprios,

mas uma regra fundamental devia ser seguida em todos, pelos consultores em saúde pública, biologia e saneamento, desde o estágio mais precoce do projeto de uma nova albufeira, isto é, fornecer orientação em estudos que pudessem prever infeções provocadas por insetos e caracóis. Por outro lado, “human populations are altered, and problems are created by significant population movements from one area to another. Since their parasites travel with people, an awareness of the resulting spread of infections is required.” [2:19]

Estas palavras denotam com clareza que as barragens mudam as formas de vida das populações e os padrões das doenças, assim como criam condições que podem desencadear surtos infecciosos. E, ainda que os problemas de saúde que estas transformações do ambiente geravam não pudessem ainda ser totalmente definidos, eles deviam ser plenamente reconhecidos. Portanto, a prevenção e controlo de muitas infeções que pudessem estar associados aos lagos artificiais requeriam um esforço considerável de investimento socioeconómico na educação, na investigação científica e na reconversão das atividades de exploração e de produção das comunidades atingidas.

Por isso, a obra foi escrita com o propósito de ser um guia “for use in the earliest stages of planning a man-made lake to minimize human stress and maximize the overall social and economic achievement through timely consideration of secondary aspects” [2: vii]. E, embora a Comissão, contrariamente ao que era sugerido, estivesse a trabalhar num estágio tardio do planeamento da barragem de Cahora Bassa, não poderia deixar de seguir as orientações emanadas pelo orga-

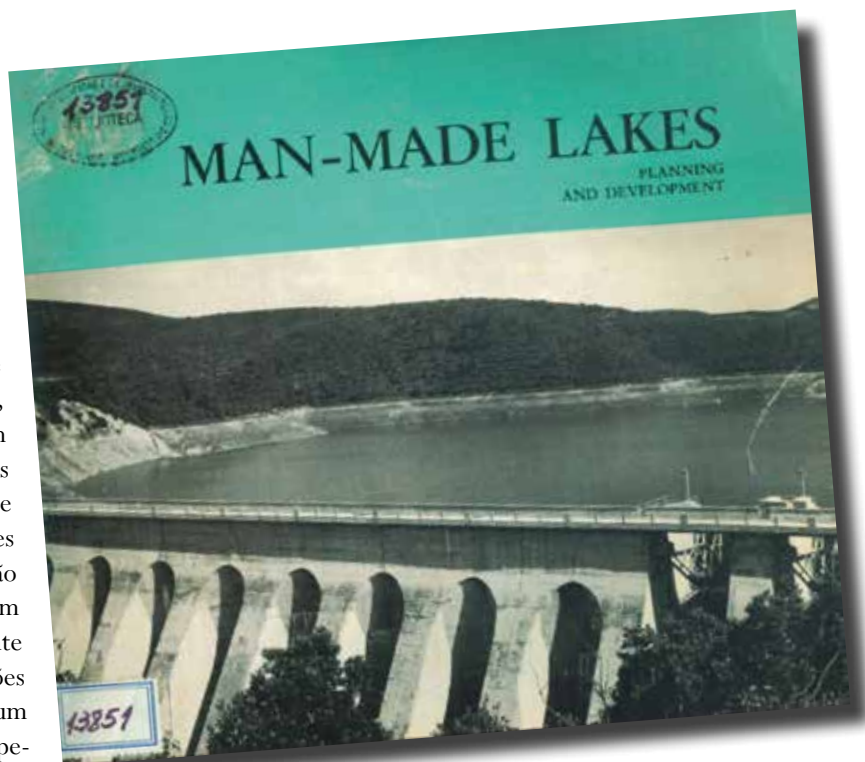


Fig. 1: Capa da obra Man-made lakes: planning and development... [2]

nismo das Nações Unidas, havendo uma clara correspondência entre os pontos que a Comissão preconizou na proposta do programa de trabalhos e os da obra.

Porém, há dois aspetos a reter a este respeito, o primeiro é que as resoluções das Nações Unidas “impediam” sobre as decisões tanto das autoridades quanto dos cientistas portugueses, sendo qualquer recomendação emitida por qualquer dos seus organismos vista como a ser seguida. A segunda é que as questões relativas às deslocações das populações inerentes ao enchimento da barragem estudadas pela Brigada de Estudos Económico-Sociais, da Missão de Fomento e Povoamento do Vale do Zambeze, datam de 1967, sendo portanto anteriores à publicação da obra em análise. O que aponta para um conhecimento por parte das autoridades, dos técnicos da administração e dos cientistas portugueses das obras de referência utilizadas pelos autores do guia da FAO.

De qualquer modo, torna-se notório, inclusive nas palavras da Comissão que existe uma cumplicidade entre os atores históricos no que diz respeito às intenções com que eram seguidas em Portugal as recomendações dos organismos das Nações Unidas, as quais Cueto Rodríguez denuncia como “la farsa que Portugal persiguió”, visando “robustecer los apoyos en la Metrópoli a la causa, por extender los externos y por ganarse la lealtad de la población autóctona contra a los proyectos “revolucionários” de los movimientos de liberación, los méritos demostrables en materia social y económica adquirirían una relevancia sobresaliente.” [16:2723]

Independentemente das intenções da política colonial, o facto é que a ação colonial portuguesa contribuiu para a transição para um novo paradigma na medicina tropical, a qual incluía até então uma atenção ao ambiente, na tentativa de compreender a epidemiologia das doenças, por um lado, e agindo sobre o ambiente, alterando-o, no sentido de controlar as condições que provocavam ou que agravavam as doenças tropicais, por outro. No entanto, em consequência dos lagos artificiais, o que passa a estar incluído nas investigações são os perigos para a saúde resultantes das alterações introduzidas pelo homem no meio ambiente e que levantavam questões tanto de saúde física como mental. Isto é, antes agia-se sobre o ambiente alterando-o para controlar condições que provocam ou agravavam doenças, depois passou a investigar-se os perigos para a saúde resultantes de alterações massivas do meio ambiente e a agir sobre as consequências na saúde do homem daí decorrentes.

Neste momento, não tive ainda acesso às fontes que me poderão fornecer dados sobre o que terá sido feito em Moçambique a este respeito, isto é, se o programa de trabalhos da Comissão foi executado e em que medida. Pois, segundo Pedro Abranches, não tendo havido em 1971 e 1972 referências nos respetivos relatórios de atividades relativas à colaboração com o IHMT, presume-se que esta colaboração entre o IHMT e as autoridades coloniais em Moçambique terá sido praticamente inexistente. Tal como Pedro Abranches refere:

(...) as relações do IHMT com o Instituto de Investigação Médica de Moçambique foram apenas de ordem cultural (...) Uma única vez é referido um estágio de um elemento do Instituto de Moçambique na ENSPMT, e isto apesar desse Instituto Provincial de Saúde Pública ser dirigido por um antigo assistente do IMT, Dr. Luís Tomás de Almeida Franco. [4:108]

Na verdade, no âmbito de uma política colonial de descentralização tinham sido criados em meados dos anos 1950 os Institutos de Investigação de Angola e Moçambique (1955) bem como Missões Permanentes na Guiné e S. Tomé e Príncipe, aos quais o IHMT prestava colaboração e para onde os cientistas no terreno enviavam dados. Mais tarde, em 29 de outubro de 1970, pelo decreto-lei nº 509/70, foram criados e regulamentados os Institutos Provinciais de Saúde Pública de Angola e Moçambique, mais uma medida que ilustra, por um lado, o seguidismo das autoridades portuguesas das recomendações das Nações Unidas, mas por outro, a negação de que possuía colónias, pelo que não tinha que descolonizar.

## Considerações finais

No período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento dos territórios africanos foi visto como um fator de relevo na recuperação económica da Europa devastada pelo conflito, designadamente através do aproveitamento das bacias hidrográficas, com produção de eletricidade barata para fomentar a agricultura, a criação de gado, a indústria extrativa e transformadora, e a colonização branca. Este movimento desenvolvimentista registou-se tanto no âmbito internacional como nacional. A particularidade do caso nacional residiu no facto das autoridades portuguesas se terem visto confrontadas com a necessidade interna de realizar um investimento tardio nas colónias africanas com vista ao seu desenvolvimento, mas sob pressão externa, nomeadamente das Nações Unidas. A questão era não estar em causa apenas o desenvolvimento da economia do império, mas o desenvolvimento económico e social das populações indígenas, com vista à sua autonomização. As autoridades portuguesas resistiram sempre a considerar a descolonização, negando que os territórios africanos fossem colónias, mas províncias ultramarinas, isto é, parte integrante do território de uma nação pluricontinental. De modo a aliviar a pressão externa, o modelo de desenvolvimento das colónias africanas portuguesas evoluiu, efetivamente, de um modelo mais tecno-burocrático, para um mais económico-social que tinha ainda, depois de ter eclodido a Guerra Colonial, o objetivo de levar as populações indígenas a perceber que estariam melhor sob administração portuguesa que dos movimentos de libertação.

Foi neste contexto que se enquadrou tanto o trabalho da Brigada de Estudos Económico-Sociais, da Missão de Fomento

e Povoamento do Vale do Zambeze (1967-1970), quanto o trabalho da Comissão Orientadora da Investigação Científica na área a inundar pela albufeira de Cabora Bassa, a partir de 1969, que abordaram as questões do impacto ecológico daí decorrentes na saúde mental e física das populações afetadas pela obra mais ambiciosa do colonialismo português tardio.

Com a análise dos documentos produzidos por aquelas equipas de trabalho, pretendeu-se levantar a hipótese de que, por essa via, tenha sido aberto o caminho à introdução da Medicina Ambiental em Portugal, isto é, a abordagem dos problemas de saúde pública causados pelas alterações significativas no meio ambiente, nomeadamente agravando aqueles que eram objeto da medicina tropical.

## Bibliografia

1. Falcão A, Amaral I, Cinatti R, Valdez V, Ramos M (1970). Bases para o Estabelecimento do Programa Geral da Comissão Orientadora da Investigação Científica na Área a Inundar pela Albufeira de Cabora Bassa. Lisboa, Arquivo Histórico Ultramarino.
2. Lagler KF (coord.) (1969). Man-made lakes: planning and development. United Nations development Programme. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations.
3. Valle, Cd (1953). História da Assistência ao Indígena no Ultramar Português. Lisboa. An Inst Med Trop 4: 2551-2557.
4. Abranches P (2014). O Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Um Século de História 1902-2002. Lisboa, Ordem dos Médicos.
5. Bastos C, Barreto R (coord.) (2011). A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios. Lisboa, ICS.
6. Havik PJ. Saúde Pública, microbiologia e a experiência colonial: o combate à malária na África Ocidental (1850-1915). In: Bastos C, Barreto R (coord.) (2011) A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios. Lisboa, ICS-online: 375-416.
7. Bastos C. Palácios, Palhotas e Pedras Recicladadas: Materialidade da Assistência Médica Colonial. In: Diogo MP, Amaral I (coord.) (2012). A outra face do Império. Ciência, tecnologia e medicina (sécs. XIX-XX). Lisboa, Edições Colibri: 163-182.
8. Amaral I. A Medicina Tropical e o Império Português em África: Diálogo entre Política, Ciência e Misticismo (1887-1935). In: Diogo MP, Amaral I (coord.) (2012). A outra face do Império. Ciência, tecnologia e medicina (sécs. XIX-XX). Lisboa, Edições Colibri: 131-147.
9. Lobo AR (2012). A História da Malária em Portugal na Transição do Século XIX para o Século XX e a Contribuição da Escola de Medicina Tropical de Lisboa (1902-1935). Tese de doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
10. Ribeiro P. As Missões Médicas nas Colónias Portuguesas: Expectativas e Repercussões na Medicina Tropical (1902-1935). In: Diogo MP, Amaral I (coord.) (2012). A outra face do Império. Ciência, tecnologia e medicina (sécs. XIX-XX). Lisboa, Edições Colibri: 149-162.
11. Castro R (2013). A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a Afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas. Tese de doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
12. Shapiro M (1983). Medicine in the Service of Colonialism: Medical care in Portuguese Africa, 1885-1974. Doctoral thesis. Los Angeles, University of California, USA.
13. Havik P (2015). Da Intervenção Colonial até à Cooperação Internacional: a Evolução Histórica do IHMT desde 1945. Consultado em 12 de outubro de 2015. In: [http://eventos.fct.unl.pt/sites/default/files/conghmt/files/philip\\_havik-pt.pdf](http://eventos.fct.unl.pt/sites/default/files/conghmt/files/philip_havik-pt.pdf)
14. Hendrick D (1981). Tools of Empire: Technology and European Imperialism in the Nineteenth Century. New York, Oxford University Press.
15. American Association of Environmental Medicine. Consultado em 12 de outubro de 2015. In: <https://www.aemonline.org/>
16. Cueto Rodríguez A (2015). Derecho internacional y política colonial: Portugal entre la negación de los principios y la "implementación" de las recomendaciones

Tendo tido o presente artigo um carácter eminentemente exploratório, sugere-se que em estudos futuros, se tente verificar: primeiro, a dimensão da implementação dos estudos preconizados pela Comissão; e, segundo, se o trabalho daqueles técnicos e cientistas portugueses abriu, efetivamente, o caminho para uma das atuais "linhas transversais" de investigação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, as "Doenças Emergentes e Alterações Ambientais". E, assim, a Medicina Ambiental ter sido introduzida em Portugal, através da Medicina Tropical. Na verdade, os estudos de impacto ambiental provocados por empreendimentos hidroelétricos só viriam a ser realizados em Portugal continental no fim dos anos 80 do século XX [31].

- (1945-1974). Pensar con la Historia desde el Siglo XXI. XII Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea [Actas del XII Congreso]. Madrid, Universidade Autónoma de Madrid: 2709-2727.
17. Showers KB (2012). Electrifying Africa: An Environmental History with Policy Implications. Geografiska Annaler: Series B: Human Geography: 193-221.
18. Castelo C. Developing 'Portuguese Africa' in late colonialism: confronting discourses. In: Hodge J, Hödl G, Kopf M (coord.) (2014). Developing Africa Concepts and practices in twentieth-century colonialism. Manchester and New York, Manchester University Press: 63-86.
19. Moreno BF (1969). Os Aproveitamentos Hídricos na Valorização do Ultramar. XIV Curso de Estudos Ultramarinos da Mocidade Portuguesa. Mocidade Portuguesa. Lisboa, Tipografia Silva.
20. Fontes FC, Coutinho Jda, Casanova LM. Plano Geral do Zambeze. In: Quintela AdC, Portel MM (coord) (2004). Alberto Abecassis Manzanares e a Engenharia Hidráulica em Portugal. Lisboa, Instituto Superior Técnico Departamento de Engenharia Civil e Arquitectura: 99-128.
21. Portuguesa H (1962). Bacia do Zambeze. Fomento e ocupação. Esquema geral. Estudos económico-sociais. Desenvolvimento económico. Programação. Ministério do Ultramar. Província de Moçambique. Missão de Fomento e Povoamento do Zambeze.
22. Lopes R. A Participação da República Federal da Alemanha na Construção da Barragem de Cabora Bassa: Implicações Políticas e Económicas. In: Clara F (coord.) (2009). Outros horizontes. Encontros luso-alemães em contextos coloniais. Lisboa, Colibri: 93-109.
23. Cernea MM. Disaster-Related Refugee Flows and Development-Caused Population Displacement. In: Cernea MM, Guggenheim S (coord.) (1993). Anthropological Approaches to Resettlement: Policy, Practice and Theory. Boulder, CO, Westview Press: 375-402.
24. Zambeze MdFePd (1967). Esquema Básico da Brigada para o Próximo Ano. (Proposta). Brigada de Estudos Económico-Sociais. In: Zambeze MdFePd (1967-1970). Reordenamento das populações das áreas a inundar pela albufeira de Cabora Bassa. Lisboa, Arquivo Histórico Ultramarino.
25. Zambeze MdFePd (1970). Memorando. Programa de Deslocações. In: Zambeze MdFePd (1967-1970). Reordenamento das populações das áreas a inundar pela albufeira de Cabora Bassa. Lisboa, Arquivo Histórico Ultramarino.
26. Zambeze GP (1972). Cabora Bassa: Operação de Salvamento e encaminhamento da Fauna. Lisboa, Arquivo Histórico Ultramarino.
27. Isaacman AF, Isaacman BS (2013). Dams, Displacement, and the Delusion of Development. Cahora Bassa and Its Legacies in Mozambique, 1965-2007. Athens, Ohio, Ohio University Press.
28. Loxton Hunting Associates RF (1975). Estudo e controlo das infestantes aquáticas em Cabora Bassa - Relatório final. Lisboa: Gabinete do Plano do Zambeze.
29. Jackson PBN (1973). Relatório Provisório sobre o Desenvolvimento de uma Indústria de Pescas em Cabora Bassa. Lisboa, Gabinete do Plano do Zambeze.
30. Jackson PBN (1975). Relatório Sobre o Plano de Desenvolvimento para a Indústria Piscatória em Cabora Bassa. Lisboa, Gabinete de Plano do Zambeze.
31. Fernandes JC (1989). Principais Impactes Ambientais de Aproveitamentos Hidroelétricos, Direção Geral de Recursos Naturais, Lisboa.



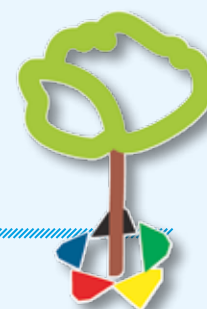


Esta exposição, inaugurada no dia 14 de Outubro de 2015, por ocasião do 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, propôs-se divulgar o património material em saúde relacionado com o tema do congresso. Integrou peças do Museu Maximiano Lemos (Universidade do Porto), do Museu da Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, do Museu do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa) e do acervo histórico da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz (Rio de Janeiro). Reuniu ainda alguns objetos de coleções particulares, emprestados por familiares de investigadores ou médicos que fizeram carreira nas colónias portuguesas no século XX.

A exposição “Tropicóps: conhecimento e práticas médicas no século XX” foi organizada em 9 núcleos temáticos. Neste guião reproduzimos apenas algumas fotografias dos objetos presentes, de forma a dar uma ideia geral desta mostra.

*This exhibition, inaugurated on 14 October 2015, during the 2nd Portuguese-Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine, aimed at showing the heritage of this medical field. The items displayed in it came from the Museum Maximiano de Lemos (University of Porto), Museum of Health of the National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge and the Museum of the Institute of Hygiene and Tropical Medicine (New University of Lisbon) and the historical collection of the Oswaldo Cruz Foundation (Rio de Janeiro). In addition, this exhibition showed some objects belonging to private collections borrowed from families of researchers and doctors who worked in the former Portuguese African colonies, in the twentieth century.*

*The exhibition “Tropics: knowledge and medical practices in the 20th century” was organized into nine thematic groups. This catalogue includes photographs of some objects with the aim of giving a general idea of the exhibition.*



## Introdução | Introduction

Entre sanzalas, sertões, campos e cidades desenvolveram-se os conhecimentos e as práticas da medicina tropical no século XX. Associando rituais, crenças, tradições e costumes ao conhecimento gerado pelo laboratório e o microscópio, os “trópicos” transportam-nos para um universo de registos multifacetados de agentes, cenários, objetos e práticas.

*In the 20th century, the methods, theories and practices of tropical medicine developed in the wilderness, plantations, villages and cities. By combining local rituals, beliefs and traditions with knowledge generated in the laboratory and from the microscope, the ‘tropics’ take us to a multifarious universe of landscapes, agents, objects and practices.*



**1.** Cenas do quotidiano numa sanzala em África. Reprodução de uma pintura de Albano Neves de Sousa, 1956. Original pintado em aglomerado de madeira (restaurado pelo Departamento de Conservação e Restauro da FCT/UNL, em 2013).

*Scenes from daily life in an african sanzala. Reproduction of an oil painting. Original painted on chipboard by Albano Neves de Sousa, 1956 (restored by the Departamento de Conservação e Restauro, FCT/UNL, in 2013).*

Proveniência/*Provenance*: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000646.



**2.** Bastão em madeira e marfim apresentando uma serpente em espiral. Moçambique. Fotografia de autor desconhecido.  
*Wood and ivory cane decorated with a serpent. Mozambique. Photo by unknown author.*

Proveniência/*Provenance*: Museu de História da Medicina Maximiano Lemos, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.



3. Figa em madeira, metal e pedras semipreciosas. Sul do Brasil. Fotografia de autor desconhecido.

*Wood charm with decorations in metal and semiprecious stones. Southern Brazil. Photo by unknown author.*

Proveniência/Provenance:

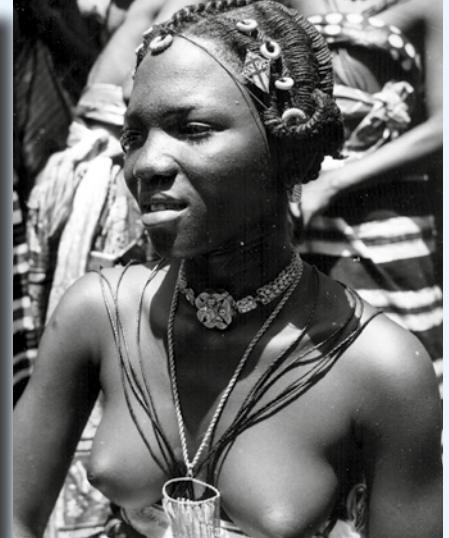
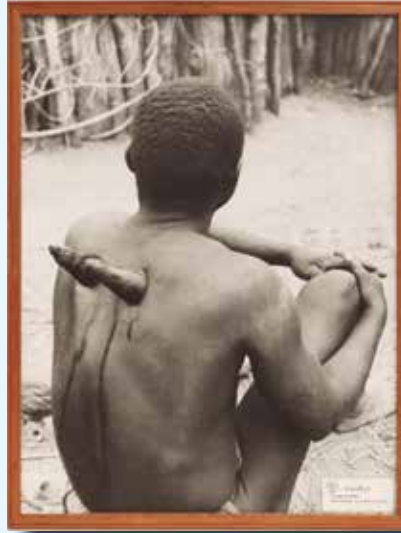
Museu de História da Medicina Maximiano Lemos, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

4. Aplicação de ventosas escarificadas em Angola (Guanhamas). Reprodução de fotografia de autor desconhecido.

*Application of scarified suction cups. Angola (Guanhamas). Reproduction of a photo by unknown author.*

Proveniência/Provenance:

Museu de História da Medicina Maximiano Lemos, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.



5. Mulher guineense exibindo como adereço o símbolo do Serviço de Luta Antituberculose (SLAT), c.1950. Reprodução de fotografia de autor desconhecido.

*Woman showing an adornment with the symbol of the Anti-Tuberculosis Service (SLAT). Guinea-Bissau. Reproduction of a photo by unknown author.*

Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT 0000754.



6. Chegada dos médicos de uma missão na Guiné-Bissau, c.1950. Reprodução de fotografia de autor desconhecido.

*Arrival of doctors from a mission. Guinea-Bissau. Reproduction of a photo by unknown author.*

Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.





**7.** Mala de cartão utilizada pelos médicos em missão do Instituto de Medicina Tropical, em viagens aéreas.

*Suitcase used by doctors in missions of the portuguese Institute of Tropical Medicine.*

Proveniência / Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical IHMT.0000805.



**8.** Mala metálica com reagentes e corantes para identificação de microrganismos ou parasitas, incluindo uma fotografia do último de 4 tabuleiros). Utilizada na Guiné-Bissau por investigadores médicos do Instituto de Medicina Tropical (c. 1930 -1940).

*Metal suitcase with reactive dyes for the identification of microorganisms or parasites. Used in Guinea-Bissau by medical researchers of the portuguese Institute of Tropical Medicine (c. 1930 -1940).*

Proveniência / Provenance:

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000674.



**9.** Capacete com abas de sombreamento, utilizado nas campanhas em África por investigadores do Instituto de Medicina Tropical.

*Helmet used in African missions by researchers of the Portuguese Institute of Tropical Medicine.*

Proveniência / Provenance:

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000746.

**10.** Botas de campo utilizadas nas missões médicas por investigadores do Instituto de Medicina Tropical.

*Boots used in medical missions by researchers of the portuguese Institute of Tropical Medicine.*

Proveniência / Provenance:

Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000748.





**11.** Estojo de cirurgia ambulatória, utilizando cautérios em platina (1930), propriedade de João Bento Paradinha (1904-1990), médico do Quadro das Colónias, aluno da Escola de Medicina Tropical de Lisboa, em Cabo Verde e em Moçambique.

*Surgical kit with platinum cauteries (1930), belonging to João Bento Paradinha (1904-1990), physician and former student of the Lisbon School of Tropical Medicine, in Cape Verde and Mozambique.*

Proveniência/Provenance: gentilmente cedido por Teresa e António Paradinha./ Collection of Teresa and António Paradinha.



**12.** Estojo de seringas em aço inoxidável utilizado em procedimentos dentários, propriedade de João Bento Paradinha (1904-1990). Composto de 2 seringas, 2 tubos com agulhas, 2 ampolas de Novocaina e 1 de adrenalina, utilizadas como anestésicos.

*Stainless steel syringes kit used in dental procedures, belonging to João Bento Paradinha (1904-1990). Composed of 2 syringes, 2 tubes with needles, 2 ampoules of Novocain and another of adrenaline used as anesthetics.*

Proveniência/Provenance: gentilmente cedido por Teresa e António Paradinha. Collection of Teresa and António Paradinha.



**13.** Selos postais policromados em esmalte comemorativos do 1º Congresso Nacional de Medicina Tropical, realizado em Lisboa, em 1952, emitidos em cada uma das províncias ultramarinas portuguesas.

*Polychrome enamel commemorative postage stamps issued for the 1st National Meeting of Tropical Medicine, held in Lisbon in 1952, in the portuguese overseas provinces.*

Proveniência/Provenance: Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



## Instituições | *Institutions*

As imagens selecionadas permitem estabelecer uma genealogia das principais instituições portuguesas associadas ao ensino, investigação e clínica tropical, desde a fundação da Escola de Medicina Tropical de Lisboa em 1902, até à inauguração do Instituto de Medicina Tropical, em 1958.

*The selected images portray the genealogy of the main portuguese institutions associated with education, research and tropical clinic, from the creation of the Lisbon School of Tropical Medicine, in 1902, to the inauguration of the Institute of Tropical Medicine, in 1958.*



**1.** Edifício da Real Fábrica da Cordoaria onde foi instalado o Hospital Colonial e a Escola de Medicina Tropical de Lisboa (1903). Reprodução de fotografia de autor desconhecido.

*Building of the Real Fábrica da Cordoaria (Royal Rope Factory) where the Colonial Hospital and the Lisbon School of Tropical Medicine of Lisbon (1903) were installed. Reproduction of photo by unknown author.*

Proveniência/*Provenance*: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000336.



2. Sala de aula prática da disciplina de parasitologia da responsabilidade de Ayres Kopke (de óculos, em pé à direita), na Escola de Medicina Tropical de Lisboa (c. 1920). Reprodução de fotografia de autor desconhecido. *Laboratory lecture on parasitology delivered by Ayres Kopke (figure on the right, wearing glasses), Lisbon School of Tropical Medicine (c. 1920). Reproduction of photo by unknown author.*  
Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000334.



3. Sala de aula prática da disciplina de parasitologia da responsabilidade Daniel Marques Perdigão (em pé à esquerda), preparador de Ayres Kopke, na Escola de Medicina Tropical de Lisboa, c.1920. Reprodução de fotografia de autor desconhecido. *Laboratory lecture on parasitology oriented by Daniel Marques Perdigão (standing on the left), Ayres Kopke's laboratory assistant. Lisbon School of Tropical Medicine, c. 1920. Reproduction of photo by unknown author.*  
Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000333.



4. Instituto de Medicina Tropical inaugurado em 1958, durante a realização do VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, em Lisboa, entre 5 e 13 de Setembro. Reprodução de fotografia de autor desconhecido. *Institute of Tropical Medicine inaugurated in 1958, during the VI International Congress of Tropical Medicine and Malaria, in Lisbon (September 5-13). Reproduction of photo by unknown author.*  
Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT 0000339.



5. Na cerimónia de inauguração do Instituto de Medicina Tropical em 1958, o diretor do Instituto Oswaldo Cruz (Brasil) proferindo o seu discurso. Reprodução de fotografia de autor desconhecido. *At the Inaugural ceremony of the Institute of Tropical Medicine Lisbon, 1958, the director of the Instituto Oswaldo Cruz (Brazil) delivering his speech. Reproduction of photo by unknown author.*  
Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT 0000535.



6. Selos postais emitidos por ocasião do VI Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária, realizado em Lisboa, em 1958. *Commemorative postage stamps of the 4th International Congress of Tropical Medicine and Malaria held in Lisbon, in 1958.*  
Proveniência/Provenance: Coleção de/Collection of Isabel Amaral.

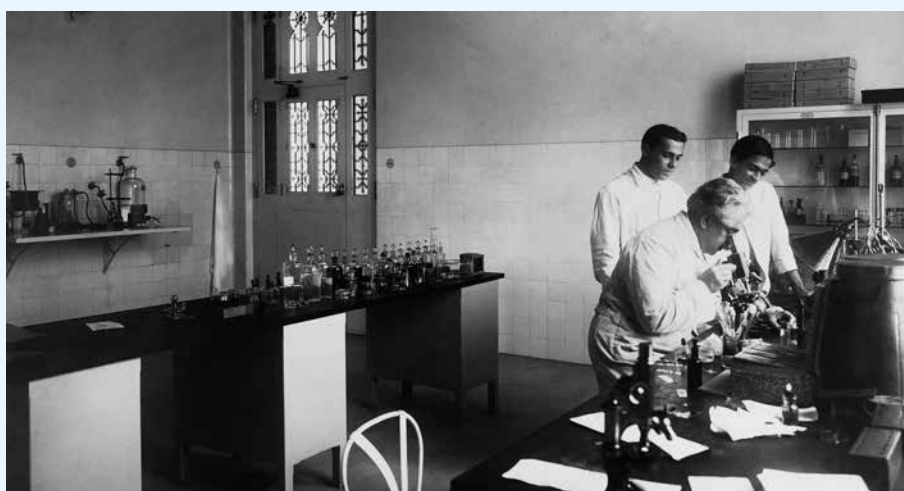


## Manguinhos revelado | *Manguinhos uncovered*

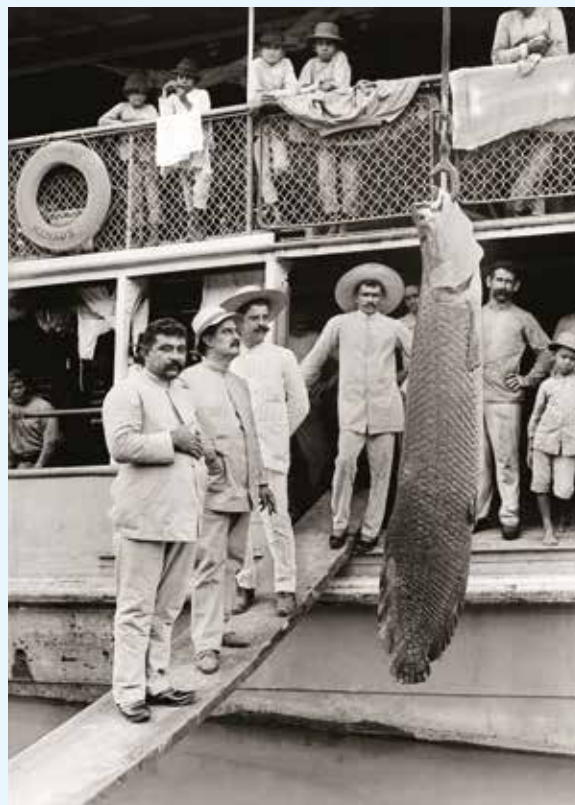
As imagens aqui apresentadas integram o acervo histórico da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, sob a guarda da Casa de Oswaldo Cruz. São várias as temáticas presentes nas imagens produzidas na primeira metade do século XX, referentes à institucionalização da microbiologia no Brasil e/ou às ações pioneiras da administração federal na área de saúde pública.

*The images here presented are part of the historical collection of the Oswaldo Cruz Foundation - Fiocruz, in the custody of the House of Oswaldo Cruz. The topics addressed in these images produced in the first half of the 20th century, correspond to the period of institutionalization of microbiology in Brazil and/or the implementation of public health measures by the federal administration.*

Reveladas a partir de negativos de vidro, as imagens do acervo histórico da Fundação Oswaldo Cruz reunidas nesta exposição remontam às origens da instituição, que nasceu como Instituto Soroterápico Federal em 1900, em Manguinhos, no Rio de Janeiro, para produzir soros e vacinas contra a peste bubônica. Em curto espaço de tempo, rebatizado de Instituto Oswaldo Cruz, transformou-se no maior centro de medicina experimental da América Latina. Este acervo ímpar da primeira metade do século 20 retrata práticas de institucionalização da microbiologia no Brasil e ações pioneiras na área da saúde pública.



**1.** Expedição do Instituto Oswaldo Cruz ao Amazonas e Acre. Embarcação utilizada na expedição. Ao centro, Carlos Chagas; à esquerda dele, Pacheco Leão. São Gabriel da Cachoeira, Rio Negro (AM), 1913.



**2.** Expedição do Instituto Oswaldo Cruz ao Amazonas e Acre. Os cientistas João Pedro de Albuquerque e Pacheco Leão (2º e 3º à esquerda) no vapor Rio Jamari, com um pirarucu pescado no rio Jurua, 1912.





3. Henrique da Rocha Lima em pombal no campus de Manguinhos. Ao fundo, chaminé dos fornos de incineração de lixo, da prefeitura do Distrito Federal, antiga função da Fazenda de Manguinhos.



4. Os cientistas Henrique da Rocha Lima e Ezequiel Caetano Dias (em primeiro plano) na Fazenda de Manguinhos, onde foi instalado o Instituto Soroterápico Federal, jun. 1904.



5. Expedição do Instituto Oswaldo Cruz ao Nordeste e Centro-Oeste. Acampamento dos integrantes da expedição, entre eles Belisário Penna e Arthur Neiva (2º e 3º à esquerda). Bebe-Mijo (PI), 1912.



6. Expedição do Instituto Oswaldo Cruz ao Nordeste e Centro-Oeste. Belisário Penna atende à população de Lages (PI), sob a sombra de juremas. 1912.



7. À esquerda da imagem, o Pavilhão Arthur Neiva; à direita, hangar do aeródromo de Manguinhos, do Aeroclube do Brasil; ao fundo, à esquerda, Hospital de Bonsucesso. Década de 1940.





8. Medicamentos em processo de embalagem, entre eles a vacina da manqueira, no Instituto Oswaldo Cruz. c.1920/1930.

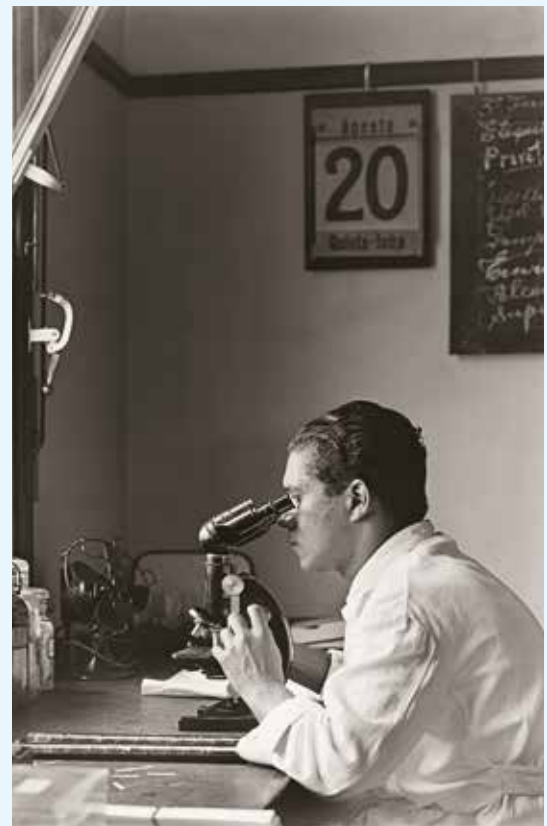


9. Procedimento de vacinação antirrábica em Santa Catarina.



10. Demonstração, publicada em manual, de abertura de ovo e retirada de embrião para preparo da vacina anti-amarílica, produzida pelo Serviço Nacional de Febre Amarela. Foto Sílvio Cunha, 1943.

11. Exame de tecido ao microscópio, no Laboratório de Histopatologia do Serviço Nacional de Febre Amarela. Foto A. Fialho, 1942.





12. Cientistas em charrete, no campus de Manguinhos. Entre eles, a partir da esquerda, Oswaldo Cruz (2°), Gustav Giemsa (3°) e Stanislas von Prowazek (4°). Ao fundo, o Pavilhão Mourisco em construção, 1908.



13. Cais que servia de acesso ao Instituto de Manguinhos. 1904.



14. Sessão da Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro, na biblioteca do Instituto Oswaldo Cruz. Presidindo a sessão, à cabeceira da mesa, Carlos Chagas (de perfil, na extrema esquerda da imagem). Em sentido horário, a partir de Chagas: Gilberto Guimarães Villela (2°), Alvaro Ozorio de Almeida (4°), Olympio da Fonseca Filho (5°), Julio Muniz (6°), Leocádio Chaves (7°), João Carlos Nogueira Penido (8°), Antonio Eugenio de Arêa-Leão (10°), Carlos Burle de Figueiredo (11°, parcialmente encoberto), Heráclides César de Souza-Araújo (12°), Carlos Bastos Magarinos Torres (13°), José Guilherme Lacôrte (14°), Adolpho Lutz (15°) e Miguel Ozorio de Almeida (16°). 1928.



15. Professores e alunos do Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, no Pavilhão Mourisco. Entre eles, José Monteiro Sampaio, Walter Oswaldo Cruz, Herman Lent, João Ferreira Teixeira de Freitas, Antonio Cardoso Fontes e Fábio Leoni Werneck. 1931-1932.





**16.** Carlos Chagas ladeado por seus filhos Evandro Chagas e Carlos Chagas Filho, no Pavilhão Mourisco. Foto J. Pinto. década de 1910; Os cientistas Alcides Godoy e Henrique de Figueiredo Vasconcellos no Caramanchão (atual Casa de Chá), que servia de refeitório, no campus de Manguinhos. 1907.



**17.** Visita de Albert Einstein ao Instituto Oswaldo Cruz. Em primeiro plano, Arthur Getulio das Neves, Carlos Chagas, Albert Einstein, José Carneiro Felipe; em segundo plano, Alcides Godoy, Astrogildo Machado, Roberto Marinho de Azevedo e Leocádio Chaves. Foto J. Pinto. 9 maio 1925.



**18.** Campus de Manguinhos. Quinino (atual Pavilhão Figueiredo Vasconcelos), Pavilhão Mourisco e, em primeiro plano, a torre do Pavilhão da Peste (atual Pavilhão do Relógio). c.1919.

**19.** Campus de Manguinhos. No sentido horário: anexo do Caramanchão (atual Casa de Chá), antiga Cavalaria (demolida), Cavalaria, Aquário (demolido), Quinino e Pavilhão Mourisco. Década de 1910.



Créditos da exposição:  
Presidente da Fiocruz - Paulo Gadelha  
Diretor da Casa de Oswaldo Cruz - Paulo Roberto Elian dos Santos  
Organização, seleção de imagens e elaboração do texto: Aline Lopes Lacerda; Paulo Pedro Soares  
Design gráfico: Comunicação da Casa de Oswaldo Cruz



## Doenças tropicais | *Tropical diseases*

As doenças tropicais nunca foram exclusivas dos trópicos e são muito poucas aquelas que se manifestam apenas nessas zonas. Atualmente a OMS considera oito doenças que ocorrem exclusiva ou especialmente nos trópicos, consideradas apenas como doenças infecciosas que proliferam em condições climáticas quentes e húmidas.

Neste grupo estão contempladas algumas dessas doenças que foram objeto de reflexão no 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical:

- Lepra;
- Tripanossomiase (doença do sono);
- Malária.

*Tropical diseases have never been exclusive of the tropics and there are very few that manifest only in those areas. Currently WHO considers eight tropical diseases that occur solely or especially in the tropics, considered as infectious diseases which proliferate in hot and humid climate conditions.*

*This group includes some of the diseases that were addressed in the 2nd Portuguese-Brazilian Meeting on the History of Tropical Medicine:*

- Leprosy;
- Trypanosomiasis (sleeping sickness);
- Malaria.



1. Reprodução fotográfica de um cartaz árabe de origem desconhecida, da autoria de Mofid Jaid, representando um doente atingido pela lepra (doença do leão). Tradução de Danielle Aramouni.

*Photographic reproduction of an Arab poster of unknown origin authored by Mofid Jaid, representing a leprosy patient (lion's illness). Translation by Danielle Aramouni.*

Proveniência/Provenance:  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000750.

2. Modelo de cera do rosto de um paciente de Lepra lepromatosa. Fotografia de autor desconhecido.

*Wax model of the face of a patient affected by Lepromatous leprosy.*

Proveniência/Provenance:

Museu de História da Medicina Maximiano Lemos,  
Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.



## Doenças tropicais e vetores | *Tropical diseases and vectors*

A emergência da medicina tropical, na Europa, no dealbar do século XX está associada à descoberta da etiologia das doenças tropicais e do mecanismo da sua transmissão à espécie humana por intermédio de vetores, geralmente, um inseto hematófago.

*The emergence of tropical medicine, in Europe, in the early 20th century is associated with the discovery of the etiology of tropical diseases and their transmission mechanism to humans by means of vectors, usually a hematophagous insect.*



1. Reprodução fotográfica de um cartaz árabe de origem desconhecida, da autoria de Mofid Jaid, representando o mosquito, vetor da leishmaniose. Tradução de Danielle Aramouni.

*Photographic reproduction of an Arab poster of unknown origin authored by Mofid Jaid, representing the mosquito, vector of leishmaniasis.*

*Traduction de Danielle Aramouni.*

Proveniência / *Provenance*: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000751.



2. Coleção de insetos recolhidos no âmbito dos estudos desenvolvidos pelo Instituto de Malariologia de Águas de Moura (c. 1930-1950). Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Collection of insects gathered in the context of research developed by the Malaria Institute of Águas de Moura (c. 1930-1950). Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência / *Provenance*: Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00462.



**3.** Coleção de insetos recolhidos pelo Instituto de Malária do Paquistão (Karachi). Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Collection of insects gathered by the Pakistan Malaria Institute (Karachi). Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência/Provenance:

Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00464.



**4.** Caixa com preparações microscópicas de larvas de Cabo Verde, recolhidas em 1951. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Box with microscopic preparations of Cape Verde larvae collected in 1951. Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência/Provenance:

Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00474.



## Tripanossomíase (doença do sono) | *Trypanosomiasis (sleeping sickness)*

Uma doença tipicamente tropical, hoje negligenciada.

Uma catástrofe sanitária e um problema de saúde pública para a qual concorrem, numa complexa agenda de interesses internacionais, saberes médicos, mas também condições económicas, sociais e culturais que favorecem o recrudescimento de uma doença considerada erradicada em África no final dos anos 60.

*A typical tropical disease now neglected.*

*A health disaster and a public health problem for which a complex agenda of international interests, encompassing not only medical knowledge but also economic, social and cultural factors compete. This competition concurred to the resurgence of the disease considered eradicated in Africa, in the late 60s .*



**1.** Brigada de serviços envergando fatos brancos com uma superfície de visco nas costas, para captura de glossinas. Método utilizado pela primeira vez na Ilha do Príncipe em 1911. Reprodução de fotografia de autor desconhecido.  
*Brigadier servants wearing white suits with a viscous surface on their back used to captures tse tse flies. Method first used in Principe Island, in 1911. Reproduction of a photo of unknown author.*

Proveniência/*Provenance*: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000610.



**2.** A Missão Permanente de estudo das tripanossomíases na Guiné (1945-1974). Peça realizada em 2014 por um artesão guineense a pedido de Luís Costa no âmbito do seu projeto de doutoramento.

*The Permanent Mission of study of trypanosomiasis in Guinea (1945-1974). Artefact performed in 2014 by a guinean craftsman at the request of Luís Costa as part of his PhD project.*

Proveniência/*Provenance*: Coleção de/ *Collection of* Isabel Amaral.





## Malária | Malaria

Imagens da luta anti-malárica em Portugal, nas primeiras décadas do século XX, por influência de Ricardo Jorge (1858-1991). As populações mais desfavorecidas deslocavam-se para zonas de cultura de arroz onde se multiplicavam os mosquitos transmissores da doença, sendo a zona de Setúbal uma das mais fustigadas pela doença na região. Neste espaço, surgiu, com o patrocínio da Fundação Rockefeller, a escola portuguesa de malariologia, destacando-se nela Francisco Cambournac (1903-1994), o primeiro diretor da OMS para África, em 1952.

*Images of the anti-malaria fight, in Portugal, in the first decades of the 20th century, under the influence of Ricardo Jorge (1858-1991). The most disadvantaged people commuted to rice growing areas where mosquitoes that transmit the disease multiplied. The Setúbal area was one of the most stricken by the disease in the region. With the sponsorship of the Rockefeller Foundation, the portuguese school of malariology has emerged, in which stood out Francisco Cambournac (1903-1994), the first OMS director for Africa, in 1952.*



**1.** Aula de campo do curso de malariologia, realizada nos arrozais de Águas de Moura. Reprodução de fotografia de autor desconhecido. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Fieldwork lecture of the course on malariology, in the rice fields of Águas de Moura. Reproduction of a photo by unknown author. Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência / Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.FOT.02479.



**2.** Trabalhadores num campo de cultivo de arroz, em primeiro plano e técnicos do Instituto de Malariologia (2º plano), possivelmente fazendo recolha de larvas e mosquitos. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Workers and technicians of the Malariology Institute in a rice field, possibly collecting mosquito larvae. Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência / Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.FOT.02509.

**3.** Deslocação para uma saída de campo nos arrozais do Sado, realizada pelo Instituto de Malariologia. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Fieldwork trip to Sado rice fields, carried out by the Malariology Institute. Collection of the Museu de Águas de Moura.*

Proveniência / Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.FOT.02486.





4. Maleta para consulta médica domiciliar, ou para realização de trabalho de campo pelos malariologistas do Instituto de Malariologia de Águas de Moura. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Portable kit for home medical consultation or conducting the fieldwork by malariologists from the Malariology Institute of Águas de Moura. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance:  
Museu da Saúde INSA,  
MS.ATF.00320.

5. Mala utilizada nas saídas de campo para recolha e acondicionamento de insetos, e controlo da eficácia na utilização de DDT sobre os mosquitos. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Bag used in field trips to collect insects and packaging, and monitor the effectiveness in the use of DDT on mosquitoes. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance:  
Museu da Saúde INSA,  
MS.ATF.00358.



6. Lupa binocular frontal, modelo Magni-Focuser, utilizada em trabalhos entomológicos. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Frontal binocular magnifying glass, Magni-Focuser model, used in entomological work. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance:  
Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00397.

7. Termómetro utilizado para medir a temperatura da água no momento de captura de larvas. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Thermometer used to measure the water temperature when capturing larvae. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance:  
Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00420.





8. Rede para captura de gambusias. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Net to capture Gambusia. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência / *Provenance:*

Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00452.



9. Selos postais comemorativos do programa internacional da OMS (1955-1962), destinado a promover a erradicação do paludismo (malária), emitidos pelo Ministério do Ultramar nas províncias ultramarinas portuguesas, em 1962.

*Commemorative postage stamps of international program of WHO (1955-1962), to promote the eradication of malaria, issued by Ministry of Overseas in the portuguese provinces, in 1962.*

Proveniência / *Provenance:* Coleção de / *Collection of* Isabel Amaral.



## Educação e saúde | Education and health

A propaganda educacional difundindo normas de combate à malária em Portugal e nas províncias ultramarinas até aos anos 60, com enfoque na proteção contra os vetores e na defesa de opções terapêuticas eficazmente testadas pela medicina europeia.

*Educational propaganda disseminating standards to fight malaria on mainland Portugal and portuguese colonies in the 1960s. Special emphasis was given to protection from vectors and therapeutic options effectively tested by european medicine.*



1. Pulverizador manual de DDT utilizado no Instituto de Malariologia de Águas de Moura. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*DDT sprayers used in the Malariology Institute of Águas de Moura. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00368.



2. Caixa metálica para DDT Técnico, utilizado em Águas de Moura. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Metal Box for Technical DDT used in the Malariology Institute of Águas de Moura. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00455.



3. Frasco de vidro com rolha de cortiça contendo Verde de Paris, fabricado em Inglaterra. Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Glass jar with cork stopper containing 'Greenglide' manufactured in England. Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.EQP.00506.

4. Cartazes de divulgação de medidas de proteção contra a Malária, utilizados no Instituto de Malariologia de Águas de Moura, Portugal (1940). Coleção do Museu de Águas de Moura.

*Posters publicizing protective measures against malaria used in the Malariology Institute of Águas de Moura, Portugal (1940). Collection of Águas de Moura Museum.*

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.CRT.00391, MS.CRT.00393, MS.CRT.00394.





5. Cartaz utilizado na sensibilização dos europeus para a proteção contra a malária, em África.

Poster publicizing protective measures against malaria in Africa. Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT000460c.



6. Um enfermeiro local certificando-se de que o paciente tomava o medicamento. Angola. Reprodução de fotografia de autor desconhecido.

A local nurse making sure that the patient was taking the tablet. Reproduction of a photo by unknown author.

Proveniência/Provenance: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT.0000689.

8. Frasco de confeitos de Sulfato de quinina de cor azulada, doseados a 0,10 grs. Produzido pelo laboratório J. Neves & C<sup>a</sup>, fundado pelo farmacêutico José Vicente das Neves em 1892. Coleção do Museu de Águas de Moura.

Bottle of confectionery bluish color quinine sulfate, dosed at 0.10 grams. Produced by the laboratory J. Neves & C<sup>a</sup>, founded by the pharmacist José Vicente das Neves, in 1892. Collection of Águas de Moura Museum.

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.MDC.00521.



7. Caixa de Quinino 0,10 g utilizada pelos Serviços Anti-Seasonáticos - D. G. S. Coleção do Museu de Águas de Moura.

Quinine box 0.10g used by Anti-Malaria Services - D.G.S. Collection of Águas de Moura Museum.

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.MDC.00518.



10. Embalagem de ampolas de 150mg de dicloridrato de amopiroquina, fabricado pela Parke & Davis, África do Sul. Coleção do Museu de Águas de Moura.

150 g ampoules packaging of amopyroquine dichlorhydrate manufactured by Parke & Davis, South Africa. Collection of Águas de Moura Museum.

Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.MDC.00531.



9. Embalagens de ampolas de 5c.c de Solvoquina-Cálcio para injeções intraglutéas, provenientes de Hamburgo, Alemanha.

Box of 5c.c ampoules of Calcium Solvoquina for intragluteal injections. Hamburg, Germany. Collection of Águas de Moura Museum.

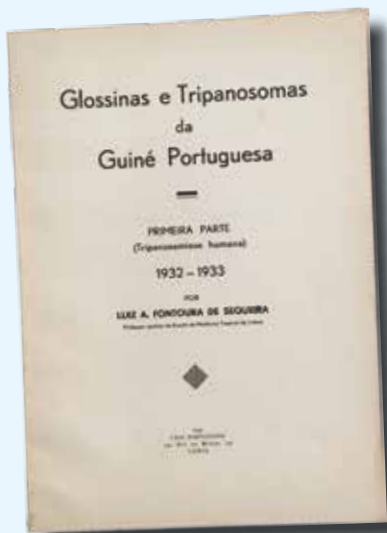
Proveniência/Provenance: Museu da Saúde INSA, MS.MDC.00527.



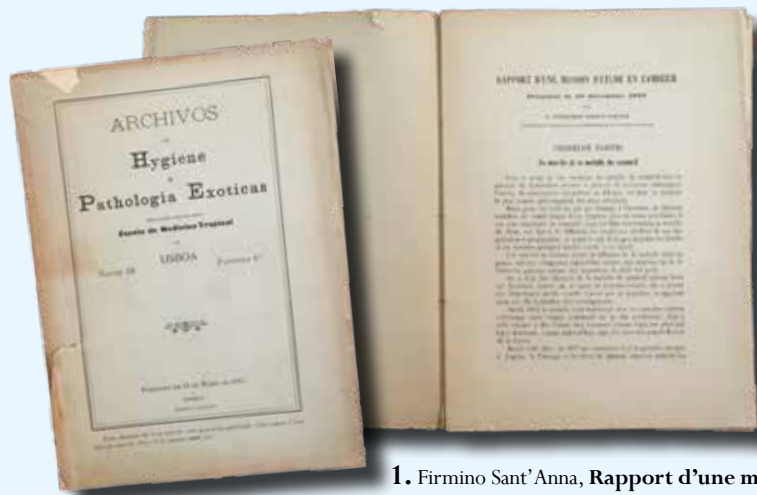
**Publicações | Publications**

Do vastíssimo espólio documental sobre a história da medicina tropical e da saúde global nos séculos XIX e XX selecionaram-se a título ilustrativo algumas obras, com o objetivo de retratar as principais problemáticas que foram objeto de análise neste 2º Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, cruzando doenças, atores, instituições, saberes e práticas na constelação dos diferentes significados de “trópicos”.

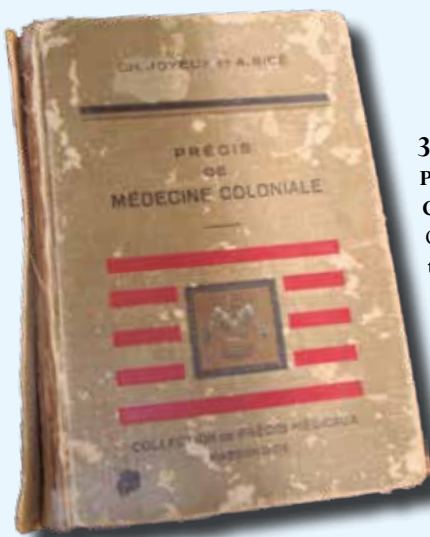
*A few publications of the vast documental collection and publications on nineteenth and twentieth century tropical medicine were selected, covering the main topics associated with the 2nd Portuguese-Brazilian Meeting on Tropical Medicine, discussing, illnesses, actors, institutions, knowledge and practices associated with the different meanings of the “tropics.”*



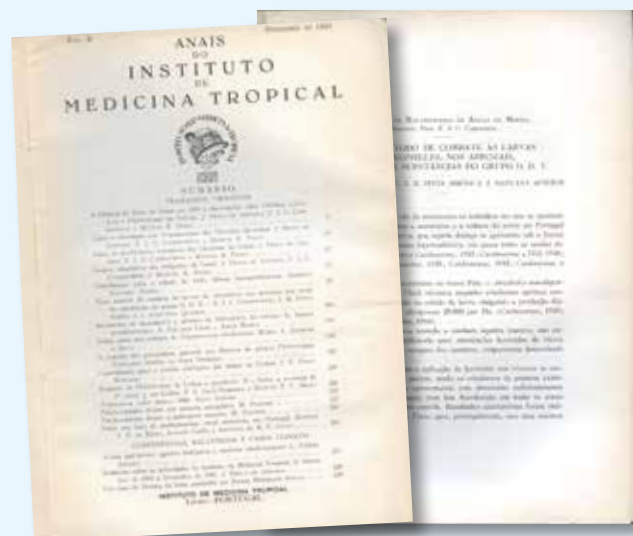
**2.** Luiz Fontoura de Sequeira, **Glossinas e Tripanosomas da Guiné Portuguesa** (primeira parte – tripanosomíase humana), Casa Portuguesa, Lisboa, 1935 - Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



**1.** Firmino Sant'Anna, **Rapport d'une mission d'étude en Zambézie**, Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, 1912, Vol. III, fasc 2º, 115-213 - Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



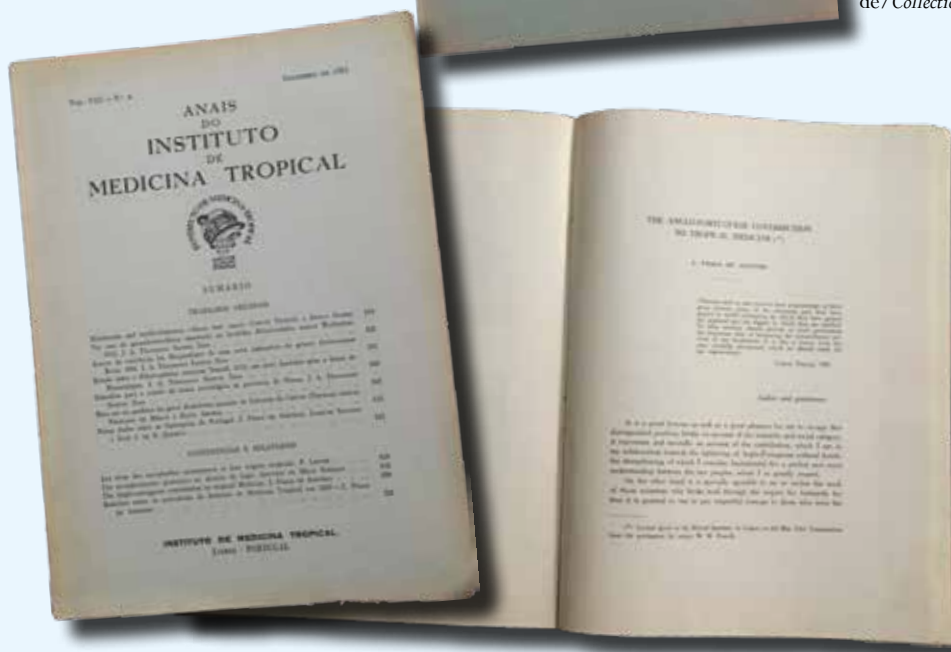
**3.** Charles Joyeau, A. Sicé, **Précis de Médecine Coloniale**, Masson et Cte, Éditeurs, 2ème édition, Paris, 1937 – Espólio de João Bento Paradinha, gentilmente cedido por Teresa e António Paradinha. *Collection of* Teresa e António Paradinha.



**4.** Francisco Cambournac, Pitta Simões, Santana Queiroz, **Novo Método de Combate às Larvas de Anopheles, nos arrozais, por meio de substâncias do Grupo DDT**, Anais do Instituto de Medicina Tropical, 1945, Vol II, 103-139 – Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



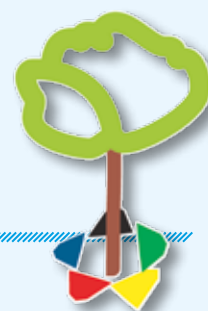
5. Fernando Cruz Ferreira, **Anofelismo e Sezonalismo em S. Vicente de Cabo Verde**, Lisboa, 1945 - Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



6. João Fraga de Azevedo, **The Anglo-Portuguese Contribution to Tropical Medicine**, Anais do Instituto de Medicina Tropical, 1951, Vol VIII, nº 4, 689-721 – Coleção de/Collection of Isabel Amaral.



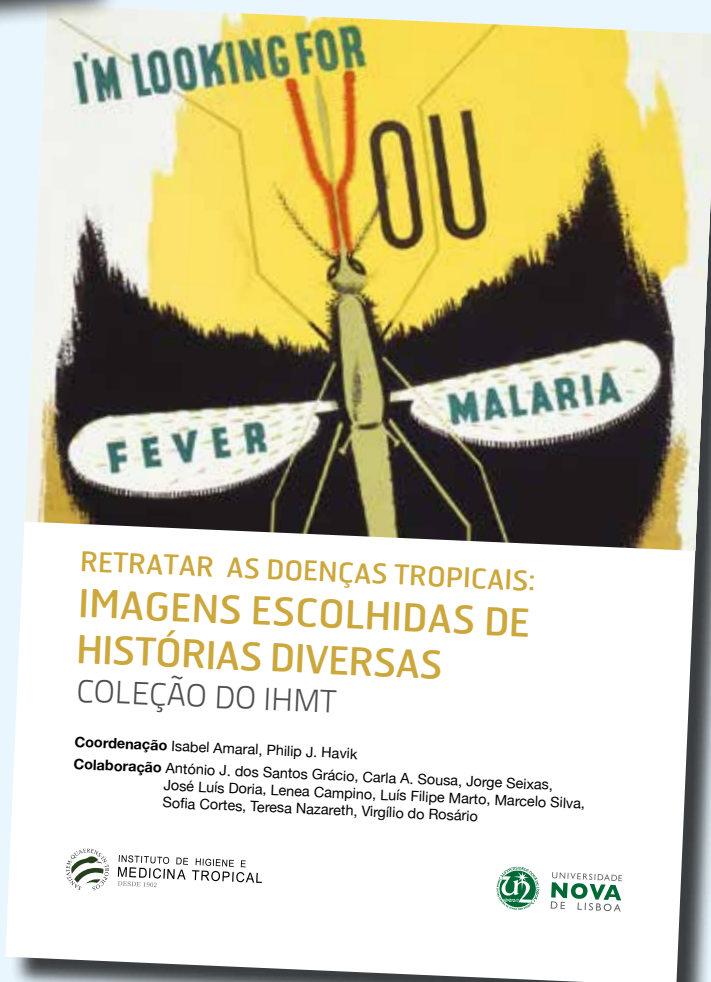
7. João Fraga de Azevedo, **O Lançamento da 1ª pedra para o novo edifício do Instituto de Medicina Tropical**, Anais do Instituto de Medicina Tropical, 1952, número especial dedicado ao Congresso Nacional de Medicina Tropical (celebrado em Lisboa, de 24 a 29 de Abril de 1952) – Discursos – sessão inaugural e de encerramento, cerimónias e organização, 3757-3764 – Coleção de/Collection of Isabel Amaral.





8. Alexandre Medcalf, Sanjoy Bhattacharya, **Tropical Diseases – Lessons from History**, Orient BlackSwan, 2014 - Coleção de/ Collection of Isabel Amaral.

Isabel Amaral, Philip Havik (coordenação), Retratar as Doenças Tropicais – imagens escolhidas de histórias diversas, catálogo da exposição realizada de 10 de Novembro a 19 de Dezembro de 2014 na Faculdade de Ciências e Tecnologia/UNL



**FICHA TÉCNICA / CREDITS**

**COORDENAÇÃO / COORDINATION**

- Isabel Amaral

**TRADUÇÃO / TRANSLATION**

- Ana Carneiro

**APOIO TÉCNICO / TECHNICAL ASSISTANCE**

- Divisão de Comunicação e Relações Exteriores, FCT/UNL

**ARQUITECTURA E DESIGN / ARCHITECTURE AND DESIGN**

- Rui Olavo, FCT/UNL

**IMPRESSÃO / PRINT**

- Costa & Valério, Artes Gráficas

**EMPRÉSTIMOS / LOAN**

- Acervo histórico da Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz
- Museu da Saúde, INSA, Lisboa
- Museu Maximiano Lemos, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto
- Museu do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa
- Familiares de João Bento Paradinha, Lisboa
- Agostinha Carvalho, Lisboa
- Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa

**APOIOS / SUPPORT**

- Centro Interuniversitário de História e das Ciências e da Tecnologia CIUHCT
- Arez Romão e Amélia Rocha





## INFORMAÇÕES GERAIS

Os Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical publicam artigos originais nos domínios da medicina tropical, saúde pública e internacional, ciências biomédicas e afins. Quaisquer tipos de artigos científicos podem ser submetidos aos "Anais" para publicação, nomeadamente: artigos históricos, de investigação ou de revisão, ensaios, notas de investigação e cartas ao editor. Apenas por convite, serão aceites todos os géneros jornalísticos (editoriais, crónicas, entrevistas, notícias, reportagens, artigos de opinião ou análise e foto reportagens). Para efeito de citação, o nome abreviado dos "Anais" é: *An Inst Hig Med Trop*.

O painel diretivo é composto pelos seguintes editores: Paulo Ferrinho (Editor Chefe); Zulmira Hartz (Editora Executiva); Paula

Fortunato e Paulo Caldeira (Editores Assistentes); Amabélia Rodrigues, Eronildo Felisberto, Fernando Cupertino, Filomeno Fortes e Moshin Sidat (Editores Internacionais). Os editores temáticos são: Isabel Amaral, Philip Havik e José Doria (Trópicos e medicina: conceitos e história); Lenea Campino e Ricardo Pereira (Doenças da pobreza, negligenciadas e emergentes); Henrique Silveira e Silvana Belo (Vetores e hospedeiros intermediários); Jorge Seixas e Sónia Dias (Saúde dos viajantes e migrantes); Gilles Dussault e Giuliano Russo (Atores e sistemas de saúde); Miguel Viveiros e Zulmira Hartz (Ensino e atividades pedagógicas). Consultores: Inês Fronteira (Epidemiologia), Luzia Gonçalves e Maria do Rosário Oliveira Martins (Estatística)

## INSTRUÇÕES PARA AUTORES

### Propostas para publicação

- Os textos devem ser redigidos em português e escritos no *WORD*, em letra do tipo *Times New Roman*, tamanho 12, com espaço de 1.5 entre linhas. Cada página deve estar numerada (começando em 1) no canto inferior direito. Por convite poderão ser aceites e publicados artigos em espanhol, francês ou inglês.
- Os ensaios e artigos originais de investigação, revisão ou históricos devem ter no total (excluindo sumário, palavras chave e legendas) um número máximo de 6000 palavras e podem conter até 30 (para os artigos de investigação), ou 60 referências bibliográficas, ou (para os artigos de revisão e históricos).
- As notas de investigação não devem exceder 1500 palavras, podendo incluir uma figura ou tabela, e até 15 referências bibliográficas.
- Os editoriais (apenas submetidos por convite) e as cartas ao editor (submissão espontânea) não devem exceder as 1.500 palavras, nem conter tabelas ou figuras; não têm resumos e terão um máximo de 5 referências bibliográficas.
- O título, sempre bilingue (português e inglês), deve estar em letras maiúsculas e centrado. Imediatamente abaixo devem constar os nomes dos autores (nomes para citação científica) e, abaixo de cada autor, o respetivo título académico, a sua afiliação institucional (departamento, instituição, cidade, país). Só é obrigatória a indicação de endereço completo, telefone e endereço de correio eletrónico do autor para correspondência.
- O resumo é obrigatório (exceto nos editoriais e cartas ao editor) e vem imediatamente após o título e os autores, devendo ser sempre bilingue, com a versão portuguesa antecedendo a inglesa. Cada versão do resumo não deve exceder 200 palavras.
- Imediatamente após os resumos devem constar obrigatoriamente até 5 palavras-chave, igualmente em português e inglês; Os autores devem utilizar a terminologia que consta no *Medical Subject Headings* (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
- Nos artigos de investigação, as seções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução (incluindo objetivos); Materiais e métodos; Resultados e discussão (junto ou em separado); Conclusões; Agradecimentos; Bibliografia e Conflitos de Interesses.

- Nos artigos históricos, as secções internas devem ser as seguintes (por esta ordem): Resumos; Palavras-chave; Introdução; Análise; Conclusão; Agradecimentos; Bibliografia e conflitos de interesse.
- A exatidão e rigor das referências são da responsabilidade do autor. As referências bibliográficas devem ser citadas consecutivamente ao longo do artigo, entre parêntesis retos e numeradas sequencialmente. Na seção "Bibliografia", devem ser listadas pela mesma sequência numérica.
- No caso dos artigos históricos, nas citações do texto, incluindo notas de rodapé, é obrigatória a citação do número de páginas correspondentes à transcrição utilizada, separada por dois pontos – exemplo: [1: 445-446]; na bibliografia final, cada obra citada deverá corresponder apenas a uma entrada/referência.

### Exemplos de referência na bibliografia final:

1. Azevedo SF de, Coelho M, Carvalho F (1949). As parasitoses intestinais nas crianças de alguns asilos de Lisboa. *An Inst Med Trop* 6: 47-64.  
(Livros)
2. Faust EC, Russell PF, Jung RC (1974). *Craig and Faust's Clinical Parasitology*. Lea & Febiger, Philadelphia, USA.
3. Leonhardt C (1937). Los Jesuítas y la Medicina en el Rio de la Plata. *Estudios* 57: 103-118.  
(Capítulos de livros)
4. Sá MIC de, Dias MIT. Brucella. In: Ferreira WFC, Sousa JCF de (2000). *Microbiologia* (2º vol). Lidel, Portugal.  
(Teses)
5. Faria NCG (2007). Use of Natural Products to Enhance Activity of Antifungal Drugs through Chemosensitization of the Pathogenic Yeasts *Candida* spp. and *Cryptococcus neoformans*. Master Thesis. Universidade NOVA de Lisboa, Portugal.  
(Trabalhos em eventos)
6. Meyer W, Kidd S, Castañeda A, Jackson S, Huynh M, Latouche GN, Marszewska K, Castañeda E, and the South American/Spanish Cryptococcal Study Group (2002). Global molecular epidemiology offers hints towards ongoing speciation within *Crypto-*

coccus neoformans. In: 5th International Conference on Cryptococcus and Cryptococcosis [Book of Abstracts]. South Australian Postgraduate Medical Education Association; Adelaide, Australia (March 3-7).

(Documentos em formato eletrônico)

7. Biblioteca Virtual, Centro de Documentação e Informação da FAPESP (2010). Nanossonda de ouro no diagnóstico do *Paracoccidioides brasiliensis*. Consultado em 27 de agosto de 2012. In: <http://www.bv.fapesp.br/pt/projetos-regulars/28292/nanossonda-ouro-diagnostico-paracoccidioides-brasiliensis>.

- As tabelas, igualmente em WORD, devem ser inseridas no texto na posição em que, preferencialmente deverão aparecer na versão final. As fotografias e figuras devem ter resolução mínima de 300 dpis e, pelo menos, 1200 pixels de largura e altura proporcional. São admitidos os formatos de ficheiros JPEG e TIFF. Tabelas, figuras e fotografias devem ter legendas em WORD e devem ser citadas no texto, e numeradas por ordem sequencial (fig.1; tab. 1, etc.). Nos textos a submeter para apreciação devem ser colocadas no local onde preferencialmente aparecerão na versão final, mas devem obrigatoriamente ser submetidas também em ficheiro separado (com o formato e a resolução definidos nas normas). Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vetorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. As legendas das figuras devem ser inseridas no final do texto, imediatamente após a bibliografia.

#### **Sobre a submissão:**

- O artigo é submetido obrigatoriamente segundo as normas indicadas anteriormente (exceto com autorização prévia expressa dos editores em casos de justificada relevância institucional ou internacional que justifique, por exemplo, exceder o limite quanto ao tamanho dos artigos) e acompanhado, sempre que possível, além do documento WORD e ficheiros de imagem que são obrigatórios, de uma cópia integral em formato PDF, podendo ser recusado por manifesto incumprimento das normas de publicação.
- A revista segue os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*: ao submeter o artigo, o autor correspondente assume implicitamente que todos os autores citados contribuíram significativamente para a elaboração do mesmo e que concordaram integralmente com o conteúdo da versão submetida.

Também assume implicitamente a transferência, no caso de se verificar a aceitação para publicação, de direitos autorais para os "Anais" (ficando salvaguardada a autoria do trabalho) e que o seu conteúdo não está publicado, nem foi nem será submetido para publicação (no todo ou em parte) em qualquer outro local.

- Para a submissão, os artigos de investigação devem ser acompanhados por uma declaração de aprovação do Comité de Ética da instituição responsável pelo estudo.
- A submissão deve ser feita para o endereço de correio eletrónico seguinte: [anais@ihmt.unl.pt](mailto:anais@ihmt.unl.pt)

#### **Após a submissão:**

- Cada artigo será revisto por dois especialistas no assunto verificado. Esses revisores poderão ser elementos do painel editorial e/ou especialistas externos convidados. Em qualquer caso, a identidade dos revisores será sempre mantida em anonimato. Os "Anais" também garantem a confidencialidade, perante os revisores, sobre a identidade e filiação institucional dos autores.
- Durante o processo de revisão, os autores poderão ser solicitados a prestar esclarecimentos e/ou efetuar correções à versão inicial mais de uma vez, se necessário.
- Prevê-se que, desde a submissão até à divulgação da aceitação/rejeição do artigo, não decorram mais de 3 meses. As correções e esclarecimentos pedidos aos autores devem ser respondidos num prazo máximo de 15 dias.
- A decisão final sobre a aceitação/rejeição da obra submetida para publicação cabe sempre ao painel editorial, independentemente das opiniões dos revisores.
- Será enviada ao autor responsável pela correspondência uma prova tipográfica em formato PDF que terá que ser revista e devolvida no prazo de 48 horas. Não são aceites nesta fase quaisquer alterações, apenas correção de gralhas ou erros de formatação do artigo. Ressalva-se que a localização das imagens e quadros poderá não ser exatamente a indicada pelo autor.
- Em caso de erros detetados apenas a pós a publicação as alterações só podem ser feitas na forma de uma errata.
- A inclusão do texto num dado número dos Anais está sujeita aos critérios editoriais sendo o(s) autor(es) livre(s) para retirar o trabalho submetido e aceite, até duas semanas após informado(s) de sua aceitação.



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL  
Vol. 15, 2016, 1-208; ISSN 0303-7762