Sebastião Pimentel Franco
Dilene Raimundo do Nascimento
Anny Jackeline Torres Silveira
(organizadores)

UMA HISTÓRIA BRASILEIRA DAS DOENÇAS

Vol. 7

FT

COLEÇÃO

HISTÓRIA

Uma História Brasileira das Doenças
Vol. 7

ORGANIZAÇÃO

Sebastião Pimentel Franco
Dilene Raimundo do Nascimento
Anny Jackeline Torres Silveira

FINO TRAÇO
EDITORA

Todos os direitos reservados à Fino Traço Editora Ltda.
© Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer
meio sem a autorização da editora.

As ideias contidas neste livro são de responsabilidade de seus organizadores
e autores e não expressam necessariamente a posição da editora.

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação | Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

H59

Uma história brasileira das doenças, volume 7 / organização Sebastião Pimentel Franco, Dilene Raimundo do Nascimento, Anny Jackeline Torres Silveira. - 1. ed. - Belo Horizonte, MG: Fino Traço, 2017.
324 p. : il. ; 23 cm.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-8054-338-4

1. Doenças - Brasil - História. I. Silveira, Anny Jackeline Torres. II. Nascimento, Dilene Raimundo do. III. Franco, Sebastião Pimentel.

16-35493 CDD: 616.00981
CDU: 614(81)(09)

CONSELHO EDITORIAL COLEÇÃO HISTÓRIA

Alexandre Mansur Barata | UFJF
Andréa Lisly Gonçalves | UFOP
Gabriela Pellegrino | USP
Iris Kantor | USP
Junia Ferreira Furtado | UFMG
Marcelo Badaró Mattos | UFF
Paulo Miceli | UniCamp
Rosângela Patriota Ramos | UFU

FINO TRAÇO EDITORA LTDA.

Rua Nepomuceno 150 | Casa 3 | Prado | CEP 30411-156
Belo Horizonte. MG. Brasil | Telefone: (31) 3212-9444
finotracoeditora.com.br

Apresentação 7

1 Zika's ghosts 11
Ilana Löwy
CERMES 3 Paris, and COC, Fiocruz

2 As "parcelas invisíveis" da (não) saúde/doença do trabalhador: em foco a história da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950) 33
Anna Beatriz de Sá Almeida

3 A institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil e seus vários começos 69
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

4 As enfermidades e doenças profissionais nas origens da Organização Internacional do Trabalho (OIT) 89
Norberto O. Ferreras (UFF)

5 Sífilis e relações de gênero na Bahia 113
Ricardo dos Santos Batista

6 Mulheres do lar, homens provedores e desigualdade na história social da hepatite C 133
Rosangela Gaze

7 Homens e mulheres com H(GH):gênero, masculinidades e anabolizantes em jornais e revistas de 2010
Patricia Silveira de Farias, Fátima Cecchetto, Paulo Rodrigo Pedroso da Silva

8 AIDS: a emergência da década de 1980 183
Dilene Raimundo do Nascimento

9 Doenças negligenciadas: ancilostomíase em cem anos de história no Brasil 201

Anny Jackeline Torres Silveira

10 Narrativas da Doença de Chagas no Ceará: apontamentos iniciais 221

Zilda Maria Menezes Lima

Gisafran Nazareno Mota Jucá

11 A Fundação Rockefeller e a constituição da pesquisa e de especialidades biomédicas em São Paulo (1916-1968) 241

Maria Gabriela S. M. C. Marinho (UFABC)

12 Prelúdios de uma epidemia: divergências entre médicos brasileiros e da Fundação Rockefeller em torno do diagnóstico de febre amarela (1920 – 1930) 267

Paloma Porto

13 A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro 295

Sebastião Pimentel Franco (UFES)

André Nogueira (UFES)

Sérgio Luiz Marlow (UFES)

Apresentação

Estamos contentes em apresentar o Vol. 7 da coletânea *Uma história brasileira das doenças* e, seguindo nossa tradição na composição dos outros volumes, procuramos reunir pesquisadores de várias universidades e centros de pesquisa do Brasil, que tematizam a saúde e a doença em suas investigações.

Desta feita, ante o impacto da ocorrência de infecção por Zika em mulheres grávidas, em especial no Nordeste do país, que resultou em relatos de possível correlação com um quadro de microcefalia em seus bebês, convidamos uma especialista no assunto para apresentar sua análise sobre essa questão em nosso primeiro capítulo. Ilana Lowi, pesquisadora do CERMES 3 de Paris, que tem trabalhado em parceria com a Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz em várias atividades de pesquisa e docência, discute as controvérsias sobre esse assunto.

O campo da saúde ocupacional e os processos que levaram à organização de instituições, seja nacional ou internacional, em prol da saúde do trabalhador são temas dos capítulos de Anna Beatriz de Sá Almeida, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, de Luiz Carlos Fadel Vasconcellos, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e Norberto Ferreira, da Universidade Federal Fluminense. A caracterização de uma doença como doença do trabalho é fruto de um processo longo e pleno de revéses. É como nos diz Fadel Vasconcellos, "a institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil tem vários começos".

O tema da doença relacionada a gênero é muito caro para o campo de História das Doenças. Neste volume, é discutido por Ricardo dos Santos Batista, da Universidade Estadual da Bahia, no que diz respeito à mulher e o combate à sífilis na Bahia. Rosângela Gaze, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, nos mostra que a visão diferenciada da mulher como "do lar" e o homem como "provedor" resulta numa desigualdade de representação

da doença quando se analisa a história social da hepatite C. O capítulo de Fátima Cecchetto et al, do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, que discute a questão do uso de anabolizantes, evidencia as relações de gênero e a construção das masculinidades na sua análise.

Num momento em que a discussão dos conceitos de doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas está em pauta, reunimos historiadores das doenças para contribuir com essa discussão nesse volume: doenças emergentes como a Aids, discutida por Dilene Raimundo Nascimento, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; doenças negligenciadas, cuja análise de Anny Jacqueline Torres da Silveira, da Universidade Federal de Ouro Preto, mostra o papel da instituições internacionais na construção do termo de doenças negligenciadas como a ancilostomíase e, ainda como doença negligenciada, a Doença de Chagas é trazida por Zilda Maria Menezes de Lima e Gisafran Nazareno Mota Jucá, ambos da Universidade Estadual do Ceará, que procuram analisar os significados de "adoecer de Chagas", a partir de depoimentos de pessoas atingidas pela doença.

Analisar a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil nos permite acessar a História da Saúde e das Doenças no país. Maria Gabriela Marinho, da Universidade Federal do ABC, privilegia sua análise nas intervenções da Fundação Rockefeller no campo da chamada filantropia científica, com ênfase no financiamento de instituições de ensino e pesquisa no estado de São Paulo. Por seu lado, Paloma Porto Silva, da Universidade Federal de Minas Gerais, analisa as divergências entre médicos brasileiros e da Fundação Rockefeller no que diz respeito ao diagnóstico da febre amarela.

Por último, o capítulo que trata da história da lepra no Espírito Santo, apresenta uma ampla análise historiográfica da doença que ultrapassa o território capixaba. Passa pelo contexto nacional em relação à doença, a criação de instituições nacionais de saúde voltadas para a questão da lepra e a internação compulsória, medida adotada pelo governo federal e absorvida pelos estados e pelos médicos. Nesse sentido, entre 1930 e 1945, foram construídos 18 novos leprosários em 15 estados brasileiros, um deles no Espírito Santo, a chamada Colônia de Itanhenga, inaugurada em 1937. E é esse leprosário que os autores Sebastião Pimentel Franco e André Nogueira,

ambos da Universidade Federal do Espírito Santo, adentram para analisar a história da lepra no Espírito Santo.

Os organizadores deste volume 7 da Coletânea *Uma história brasileira das doenças* desejam que os leitores possam se beneficiar com a amostra da diversidade de objetos, métodos, fontes e perspectivas analíticas que compõem a história das doenças, da saúde e da medicina feita atualmente. Desejamos a todos uma boa leitura.

Os organizadores

1

Zika's ghosts

Ilana Löwy
CERMES 3 Paris, and COC, Fiocruz

Zika fever is a relatively "old" disease, since the Zika virus was isolated in 1947 in Africa, but also a very new one: it had reached the headlines in fall 2015, when observations made in north-eastern Brazil linked an infection with the Zika virus (ZIKV) with an increased risk of microcephaly, a severe birth defect. Until then Zika was seen as a relatively harmless, self-limiting pathology characterized by fever and rash. Its diagnosis was important mainly in order to distinguish between this, supposedly very mild viral disease, and akin, more dangerous viral infections transmitted by the mosquito *Aedes aegypti*, above all dengue fever and chikungunya. With the reports about a potential links between infection with ZIKV during pregnancy and microcephaly in newborns, this disease radically changed its character: from merely bothersome, Zika infection became a major public health treat. It was declared in February 2016 by the WHO a "Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)"[1]. The definition of Zika as PHEIC was suspended in November 2016, but WHO continues to see ZIKV infection as serious threat to international health[2].

Initial observations of an increase in the frequency of microcephaly in Northern Brazil were followed by a controversy on the validity of the criteria employed to define this condition (VITORIA et al, 2016). The introduction of a more restrictive definition of microcephaly in March 2016 reduced the number of reported cases but did not put in question the initial hypothesis

of existence of a causal link between microcephaly and Zika epidemics[3]. This hypothesis was confirmed in detailed studies (BRASIL et al, 2016). At the same time, specialists gradually extended the definition of Zika-induced fetal anomalies (FRANCA et al, 2016; ARAÚJO et al, 2016). They observed that children born to women infected by ZIKV during pregnancy, especially its early stages may display a numerous other anomalies: enlargement of chambers of the brain, microcalcifications in the brain, absence of corpus callosum, arthrogryposis (rigidity of articulations) impaired sight and/or hearing, and potentially developmental delays (OLIVEIRA MELO et al, 2016). In early 2017 (when this text is written), scientists do not question any more the supposition that Zika is the cause of the described birth defects. On the other hand, it is less clear what the precise risk of ZIKV infection during the pregnancy is, what is the relative risk of a symptomatic infection versus asymptomatic one, what are the risks linked with a ZIKV infection late in pregnancy, and, above all, whether the ZIKV effects on the fetus are amplified by other elements (JOHANSSON et al, 2016; BRASIL, 2016; BARRETO DE ARAÚJO et al., 2016; ALVARO and SCHWARTZ, 2016; JAENISCH et al, 2017). The latter interrogation stems from the observation of a very high concentration of cases of Zika induced microcephaly in the North East of Brazil. Other countries, and other Brazilian states which similar rates of Zika infection, displayed a much lower frequency of severe microcephaly in newborns, a phenomenon which puzzles the experts (BUTLER, 2016; COLLUCI, 2016).

After a dramatic surge of 2015-2016, the prevalence of Zika in Brazil has greatly decreased. Nobody knows what will happen next: near entire disappearance of the disease, its transformation into a chronic, albeit lower level threat, or return of new epidemic waves, comparable to those of dengue fever (VOGEL, 2016). A frightening disease with no known cure, Zika has rapidly became an "epidemic of fear" and "epidemic of signification." When scientists, physicians and public health experts have only very partial understanding of the studied phenomenon, they are obliged, to paraphrase Michel Callon and his colleagues, to act in a very uncertain world (CALLON, LASCUMES and BARTHE, 2009). On the other hand, new diseases do not

appear in a void. They came into being in a "full world" – full of already existing scientific, medical and public health practices, lay and professional beliefs, institutional constraints and political variables. This "full world" shapes the new disease and is shaped by it. The American writer William Faulkner famously stated that, "the past is never dead: it's not even past." (FAUKNER, 1951, p. 80). This text follows two domains of biosocial practice in which previously existing structures and practices shaped the reaction to the 2015-2016 Zika epidemics in Brazil: the failure to control ZIKV's vector, the mosquito *Aedes aegypti,* and the thorny question of women's reproductive rights. The high level of uncertainty about the consequences of ZIKV infection may recall the confusion of the early days of AIDS epidemics (BASTOS, 2016). Brazil successfully overcame this early confusion, and was hailed for its exemplary response to the AIDS crisis (GOMEZ, 2014). An efficient response to the Zika crisis may however be more challenging. It involves not only the control human bodies and biomaterials, but also of ecosystems which favor the coexistence of humans and *aegypti* mosquitoes, and is entangled with the highly stratified access to contraception and abortion in Brazil.

*

The mosquito *Aedes aegypti,* the main vector of ZIKV, was officially eliminated from Brazil in 1958 in the framework of the PAHO directed, continent-wide campaign to eradicate this mosquito. In the 1950s and early 1960s many Central and South American countries were declared *aegypti* free (MAGALHAE, 2016). Alas, these achievements did not last long. Countries which successfully eliminated this mosquito were infected again by mosquitoes which came from countries where this insect continued to be present, mainly the Caribbean Islands and the south of US. *Aedes egypti* returned to Brazil in the late 1960s. In July, 1967, *Aedes aegypti* was found in Belem (Para). In August, 1967, when technicians of the National Department of Rural Endemic Diseases (DNERu) arrived to Belem, they found a significant presence of *aegypti* in the city and several inland localities. DNERu's inspectors immediately started an energetic eradication campaign which mobilized numerous, newly recruited sanitary agents.

The campaign was successful and in 1973 the PAHO again declared that Brazil is *aegypti* free (FRANCO, 1969, p.135-56; MAGALHAES, 2016, p. 385-6). Alas, the second period of "official" eradication of *aegypti* from Brazil was even more short-lived than the first. In 1976 this mosquito was found in Rio de Janeiro and Salvador, Bahia, then in nearly all the Brazilian states. Its reappearance was followed by increasingly severe outbreaks of dengue fever, a disease which was absent from Brazil for 50 years. The first among them, the 1981-82 epidemic in the state of Roraima was followed by numerous other outbreaks, among them a major epidemic in Rio de Janeiro in 1986 (SERUFO et al, 1993)[4].

Brazil's failure to halt the spread of dengue contrasts with it success to control other transmissible diseases (BARRETO et al, 2011; GADELHA and CARNEIRO, 2016). The widespread presence of dengue fever was interpreted as an indicator of persistence of serious social problems. A survey made in the late 1980s found out that 33.8% of Brazilian homes lacked a clean water supply, and 39.8% had no garbage collection. The catastrophic sanitary situation in the rapidly expanding favelas coupled with the degradation of security conditions in these sites facilitated the spread of *aegypti*. (NACIF PIMENTA, 2015; GADELHA et al., 2016). Additional elements that favored the spread of this mosquito, and thus of dengue fever, were an increase in the volume of air travel, *aegypti's* growing resistance to insecticides, and the low priority attached to costly mosquito eradication programs (MARZOCH, 1994)[5]. In the 1990s, Brazilian public health experts insisted on the importance of the mobilization of communities affected by dengue fever. Such mobilization, they argued, would be achieved through the education of the public and through the persuasion of community leaders to promote measures against multiplication of mosquitoes. At the same time, public health specialists recognized that targeted campaigns to reduce the density of mosquitos in a given locality, often based on spraying of insecticides, provided only a short-term, "symptomatic" solution, while educational campaigns had a limited effect only in a degraded physical environment. As the journalist Mac Margolis put it, "Aedes has million incubators (…) potholes and potted plants, plastic scrap and rubber ti-

res, a ditch or a muddy footprint" (MARGOLIS, 2002). Specialists had recognized that a long-lasting prevention of dengue fever is not possible without an adequate allocation of resources to combat the conditions which favor the proliferation of mosquitoes, above all lack of clean water, sewer systems and systematic collection of garbage, an ambitious and expensive endeavor which was not seen as a high priority by the Brazilian authorities (BRAGA and VALLE, 2007; SERUFO et al, 1993, p.165; MARZOCHI, 1994, p. 239-41).

In the 1980s, 90s and 2000s Brazilian health ministry promoted a series of "dengue plans" which looked very promising — on the paper. At the same time Brazil continued to be plagued by severe epidemics of dengue. *Ad hoc* measures such as fumigation to get rid of mosquitoes halted urban epidemics, but did not prevent the return of dengue few years later. In late 20th and early 21st century the acceleration of migration to the cities, and consequences of climate change further aggravated the difficulty to control *Aedes aegypti* (MARZOCHI, 1994, 235-45; CASTRO, KHAWJA and JONHNSTON, 2010). Dengue fever epidemics, public health experts explained,

> have their deepest roots in the explosive expansion of the urban environment, with a major portion of the urban population lacking basic environmental infrastructure (…); in order for a dengue control program to be sustainable, it requires urban transformations that reduce the odds of the vector's survival and which consequently decrease the transmission. (…) If there are no effective vector control alternatives to overcome the current technical, scientific, and operational difficulties, the future prospects are for the problem to become worse, due to an increase in cases of dengue hemorrhagic fever, especially among children. (TEIXEIRA and al., 2009, p.S15).

The same factors that favor the persistence of dengue fever, favor also the spread of Zika. An avoidance of labor-intensive and costly long term solutions necessary to control the *aegypti* mosquitoes and their replacement by short-term interventions and search for an elusive "technical fix" is the first "ghost" that haunted Brazil's answer to the 2015-2016 Zika epidemics

The second obstacle to reduction of harms linked with Zika epidemics are hindrances to women's reproductive rights in Brazil. The criminalization of abortion in Brazil reduces the options of women who contracted Zika during pregnancy. A woman who is either infected by Zika early in pregnancy and fears the consequences of this infection for her future child, or learns later in pregnancy that the fetus displays signs of abnormal brain development, cannot legally decide to interrupt the pregnancy. It is not clear whether Zika-related birth defects are more frequent among women from lower socio-economic strata. Some Brazilian experts have argued that this is the case: poor women are more exposed to mosquitoes and cannot afford insect repellents. Moreover they have a more limited access to efficient contraception, and therefore more difficulties to delay a pregnancy (LOTUFO, 2016; LESSER and KITRON, 2016). Other experts claim that infection with ZIKV, like other diseases produced by arboviruses, is only weakly correlated with social class. Or, to be more accurate, the presence of the *aegypti* mosquito is directly linked with poverty, but the probability to be infected by a virus carried by this mosquito is only partly affected by social class: mosquitoes do not respect the boundary between the rich and poor neighborhoods. Moreover, when the rate of infection by a virus in a given population is very high, 50% or more (this seem to be the case of prevalence of infection by Zika in French Polynesia and in North East of Brazil) it is difficult to assume that the middle class will be protected from this virus. On the other hand the consequences of such an infection may still strongly depend on social class. Physicians observed as unusual density of cases of brain defects in babies born to lower class ZIKV infected mothers in the North East of Brazil, the first site of display of Zika-microcephaly link (BUTLER, 2016; COLLUCI, 2016; VOGEL, 2016). And, in spite of the official discourse of Brazilian health authorities, mothers of children with Zika-induced neurological impairments often receive inadequate help, if any (OLIVEIRA 2016).

The question whether a Zika infected woman who feels that she cannot face the uncertainty about the future of her child should be allowed to interrupt her pregnancy is outside the scope of official debates on Zika

epidemics in Brazil, although it was evoked by activists and journalists. Brazilian government focuses its efforts to halt the Zika epidemics on the fight against the *Aedes aegypti* mosquito, hoping that a technical solution, such as selective sterilization of male mosquitoes or infection by the *Wolbachia* bacterium will successfully limit the proliferation of this insect. However it is very difficult to predict how rapidly/whether mosquitoes can be eliminated from the affected regions[6]. Experts also hope that the pharmaceutical industry will soon produce an efficient anti-Zika vaccine. Several firms (e. g., Inovio Pharmaceuticals, GeneOne Life Sciences, Sanofi-Pasteur) attempt to manufacture such a vaccine. Production and testing of such anti ZIKV vaccine will, however, take probably several years – if the scientists will be lucky (RODRIGUEZ, 2016). In the meantime, Brazilian specialists such as the virologist Pedro Vasconcelos, and the pediatrician Maria Angela Rocha express their hopelessness and feeling of impotence. As Dr. Vaconcelos put it, "we have our feet and hands tied down." (COSTA, 2015; AZEVEDO, 2015). But was this statement accurate? Was despair and inaction were the only possible answer to fears and anguish of pregnant women infected with ZIKV during the 2015 -2016 epidemic wave?

Zika epidemic was not the first occasion in which many pregnant women faced a risk of giving birth to severely impaired child. There is an important historical precedent for this situation: physicians' reaction to infection with rubella (German measles) in the 1950s and 60s. Physicians knew, from the 19th century on, that "heredosyphilis" induced severe malformation of the newborn child. However, until the 1940s, they were not aware of the fact that other maternal infections, including some which looked perfectly benign, could also induce fetal malformations. Rubella was the first virus connected with inborn impairments. In 1941, an Australian ophthalmologist, Norman Gregg, observed link between congenital blindness and infection by rubella virus during pregnancy (GREGG, 1941)[7]. Gregg's observations were rapidly confirmed and extended by other doctors. Women infected with the rubella virus in the first trimester of pregnancy, physicians knew in already in the early 1950s, were at high risk of giving birth to a child with severe fetal malformations. The rubella virus attacks the fetal central neural system and can induce numerous fetal malformations: blindness, deafness

(and not infrequently the combination of both), neurological problems and microcephaly. Pediatricians also noted that it was impossible to predict the severity of such malformations: some children born to infected mothers were healthy, some had sensory impairment(s) but no additional health problems, others displayed severe neurological and cognitive problems[8]. Accordingly, already in the 1940s some experts openly affirmed that a woman who contracted rubella during pregnancy should be entitled to a legal termination of pregnancy (MURPHY, 1947, p. 106).

Many women who contracted rubella early in pregnancy and were aware of links between this disease and inborn malformations felt unable to continue a pregnancy transformed and distorted by stress and fear. In the 1950s physicians had estimated that infection with the rubella virus produced major fetal malformation in 10 to 20% of the affected pregnant women (SHERIDAN, 1964; Neva, 1964)[9]. Some doctors believed some that such a risk was not sufficient to justify an abortion, since in the majority of cases the woman will be eliminating a healthy fetus. Others believed that pregnant women can decide which level of risk they are willing to accept. In practice, the latter opinion prevailed, at least in Western Europe. In the 1940s, 50s and 60s, abortion was criminalized in nearly all Western European countries; only the Scandinavian countries legalized "eugenic" abortions for a severe risk of birth defect. Doctors who performed abortions in other countries risked prison and the loss of their medical license. Nevertheless, numerous British and French doctors provided abortions to pregnant women infected with rubella. Women who were infected with rubella early in pregnancy and then wished to terminate the pregnancy, were nearly always able to find a practitioner who will perform this act, either in a private practice, or, in the majority of the cases, in a public institution. Physicians who performed abortions in public hospitals and clinics were persuaded that a considerable risk of severe inborn impairments, coupled with pregnant women's anguish, justified this intervention[10]. Many also believed that a woman who cannot afford consult a gynecologist in private practice are no less entitled than an affluent woman to decide whether they are capable to continue a pregnancy which may end with a miscarriage or a birth of a severely impaired child.

In her widely debated paper on rubella and abortion of 1959, the British pioneer of medical genetics, Julia Bell, from the Galton Laboratory, University College, London, stated that, "now the facts of the situation have accumulated so that one can state without doubt that rubella in the early weeks of pregnancy is such a menace to the normal development of the fetus that it constitutes a risk one cannot allow to be taken for the unborn child." (BELL, 1959a, p. 686). An infection with the rubella virus leads to risk of severe handicap to the unborn child but also of acute distress and difficulty for the future mother, perhaps for the rest of her life (BELL, 1959b). Only a pregnant woman, Bell and her colleagues believed can decide whether she is ready and capable to take care of a special needs child. Many women felt that they could not provide such care, especially in absence of sufficient collective support for people with severe disabilities. Abortion, Bell explained in 1959, that is, ten years before the decriminalization of abortion in the UK, has become the generally recognized treatment for the risk of fetal malformation induced by infection with the rubella virus, "to such an extent has this become routine treatment that maybe we can no longer hope to get measure of the risk involved or discover what proportion of such occurrences can be expected to result in a normally developed child." (BELL, 1959a, p. 686.)

In 1961-1962, the Thalidomide scandal – an epidemics of fetal malformations produced by a popular tranquilizer Thalidomide – increased the public's awareness of environmental causes of birth defects[11]. The Thalidomide scandal was immediately followed (1962-1964) by an important epidemics of rubella in Europe and the US. At that time, doctors were able to confirm an infection of a pregnant woman with the rubella virus by measuring the rise in the titer of anti-rubella antibodies in her blood. The availability of a serological test increased pressure on doctors to provide abortions to affected women who did not wish to continue their pregnancy[12]. Under the double pressure of the Thalidomide scandal and the rubella epidemics, abortion for a risk of fetal malformation became increasingly perceived by health professionals and the general public in Western Europe and North America as an acceptable way of managing such a risk (COVENTRY, 2000; REAGAN, 2010; LÖWY, 2014).

Zika virus is a new case of an infectious agent strongly suspected of producing severe inborn impairment. At the height of microcephaly epidemics pregnant women in rural Pernambuco reported that they are scared by what they know about the Zika infection and its consequences (COSTA, 2015). Brazilian doctors have no answer to their fears. When asked about the possibility that women will be allowed to abort a fetus at risk of brain anomalies, the usual answer of Brazilian experts was: "abortion is a crime". In another time and place physicians who, like their Brazilian colleagues, worked in countries that criminalized abortion, had a different attitude towards women's hardship. There is a widespread agreement, the British obstetrician Bevis Brock of St. Bartholomew's Hospital, London explained in 1959, that,

> when a pregnant mother, having had rubella, is aware of the risks and is prepared to face them, then no one would try to persuade her to accept termination. But if she feels unable to face the appalling anxiety of a pregnancy overshadowed by fear of a blind or deaf child, then it requires strong convictions to refuse this request" (BROCK, 1959).

Brazil's Zika epidemics of 2015-2016 many similarities with rubella epidemics in the UK in mid-20 century, with one important difference: many British doctors were willing to provide abortions to women infected with rubella virus, and they established de facto a new standard of care. British doctors who opposed in 1968 the liberalization of abortion in the UK argued this that it is not necessary to change the existing legal framework, because it already allows the performance of "justified" abortions, that is, those seen as legitimate by medical experts. A new, more liberal law which will shift decisions about abortion from doctors to pregnant women will merely favor termination of pregnancy for "selfish" or "frivolous" reasons[13]. Unlike their British colleagues, Brazilian physicians seem to be unwilling to provide abortions to pregnant women who fear that their infection by a neurotropic virus will lead to a birth of a severely handicapped child, or at least openly proclaim that they provide such a service.

Upper middle class Brazilian women can usually obtain a safe abortion, including for a fetal indication, but the majority of pregnant women

in Brazil do not have such a possibility. From the 1990s on, the advent of an abortive drug, cytotec (misoprostol) – readily available on Brazilian the black market – reduced the use of more risky abortive methods, and decreased the mortality from illegal abortions (GUILHEM and AZEVEDO, 2007; DINIZ and CORREA 2008; DINIZ and MADEIRO, 2012). On the other hand abortions performed outside the medical circuit are still linked with a high morbidity and, not infrequently, humiliation as well. Women who starts a medical abortion on their own, then seek help in a hospital, may be treated with scorn or at best with indifference by the personnel. Estimated 55% of women who underwent a self induced abortion were hospitalized: for many among them this is a stressful and difficult experience. Ethnographic studies display suffering of poor women, often very young, who suffered complications from cytotec-self induced abortion. Not infrequently their suffering is amplified by the harsh treatment they received in a public hospital (NUNES, MADEIRO and DINIZ, 2013; McCALLUM, MENEZ and dos REIS, 2015).

Illegal activities are difficult to study. It is not known how many women who feared that their Zika infection put their future child at risk and were unwilling to continue a pregnancy in the shadow of this risk decided to interrupt this pregnancy, and in which conditions they did it. It is reasonable to assume that women from lower social strata who believed that they contracted Zika when pregnant and felt unable to continue a pregnancy, often aborted isolated and frightened. Unlike many (although probably not all) British and French women who sought a abortion following rubella infection before the legalization of this act in their respective countries, their chances to find caring and supportive health professionals were probably not very high. The lack of access to legal and safe abortion aggravated these women's plight (DIINIZ, 2016; STERN, 2016). It is also reasonable to assume that affluent Brazilian women who want to terminate an pregnancy after a confirmed Zika infection or after being told that they carry a fetus with brain anomalies had a different experience. First, because they had an access to accurate diagnosis, and many were reassured that they did not contract Zika. Second, because those who learned that they were infected with Zika early in pregnancy and/or that they carry a fetus with a severe brain malformation, and elected to terminate the pregnancy, were able to

do it in reasonably safe conditions. Brazilian social scientists often focus on misery, and are less interested in investigating privilege. The drastic stratification of access to accurate diagnosis of potential risks to the fetus and a safe interruption of pregnancy is the second "ghost" that haunted Brazil's reaction to the Zika epidemics.

*

Studies of epidemics are usually focused on moments of an acute calamity. They start at a given moment in time, describe an event limited in space and duration, follow a plot line of increasing and revelatory tension, move to a crisis of individual and collective character, then drift toward a closure. Such a closure is often a halt of the disease's spread, frequently attributed to a successful biomedical and/or public health interventions which limited the spread of pathogens. The popularity of a linear and well-contained plot of a epidemics' narrative is not very surprising. We all yearn for stories with a well-defined beginning, and a happy end. But epidemics are often less tidy than international, national or local governing bodies would care to admit, and most disease episodes do not map onto neat, linear narratives (VARGHA, 2016). Real-life messiness of epidemics contrasts with the widely shared striving for progress stories and an aspiration to perceive developments in modern medicine through a promise of salvation. Such a promise helps to hold together the unstable worlds of science and public health, and links their counter-intuitive, counter-factual and paradoxical histories, presents and future (KEHR, 2016).

Realistic, non-stylized histories of epidemics are often untidy, complex, multilevel, and haunted by the ghosts of unresolved previous events (VENKAT, 2016). Investigation of epidemics outbursts may be enriched through more concerted attention to that which is subdued, hidden, and repressed in social life, and through an attention to the specific ways power links individual bodies to the collective body politics. Such linking may operate through ideology, which, to follow Louis Althusser's definition, is the imaginary relationship of individuals to their real conditions of existence (GAMMELTOFT, 2014)[14]. Existential threats such as an epidemics awake people's sense of contingency, their awareness of vulnerability, their fears

of disintegration. Promoters of faith in the inexorable advances of science aspire to replace such fears with a promise of a secure and predictable future. Ghosts of unresolved issues and vexing problems are, however, difficult to suppress. Worse, the more one tries to exclude them from pacified tales of scientific and medical progress, the more tenacious they tend to become (SUBRAMANIAM, p. 224-5). We should resist the temptation to tell ourselves soothing and tidy stories which does not interrogate our preconceived ideas, accept to face our existential uneasiness, include in our narratives disturbing elements which refuse to be put to rest, confront unsettling issues and "stay with the trouble" (MURPHY, 2015)[15].

Bibliography

ALTHUSSER, Luis. *Lenin and Philosophy and Other Essays*. Ben Brewster, trans. New York: Monthly Review Press, 1971.

ALVARADO, Maria Gabriela and SCHWARTZ, David. Zika virus infection in pregnancy, microcephaly, and maternal and fetal health: What we think, what we know, and what we think we know. *Archives of Patholology and Laboratory Medicine*. Accepted for publication 04, 08, 2016. Doi: 10.5858/arpa.2016-0382-RA. 2016.

ARAUJO, Abelardo; SILVA, Marcus Tulius; and Alexandra Araujo. Zika virus-associated neurological disorders: a review. *Brain*, v.139 p. 2122–30, 2016.

AZEVEDO, Ana Luca. Intervista com Pedro Vasconcelos: "Estamos com os pes e maos atados". *O Globo*, 05, 12, 15 http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/estamos-com-os-pes-maos-atados-diz-medico-sobre-zika-18227041.

BARRETO de ARAÚJO, Thalia Velho; RODRIGUES, Cunha Rodrigues; Ximenes. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes; et al. Association between Zika virus infection and microcephaly in Brazil, January to May, 2016: Preliminary report of a case-control study. *Lancet Infectious*

Diseases. Published Online 15, 09, 2016. http://dx.doi.org/10.1016/. S1473-3099(16)30318 -8. 2016.

BARRETO, Mauricio; TEIXEIRA, Gloria; BASTOS, Francisco; XIMENES, Ricardo, BAETA, Rita; RODRIGES Laura. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet,* v. 377, p.1877-89, 2011.

BASTOS, Cristiana. A história social da Zika. *CLAM*, julho 2016.

BELL, Julia (a). On rubella in pregnancy. *British Medical Journal*, v1, p. 686-8, 1959.

BELL, Julia (b) .Correspondance, *British Medical Journal,* v.1, p. 1302, 1959.

BEWIS Rubella in pregnancy. *British Medical Journal*, v.1, p. 1117, 1959.

BRAGA, Ima Aparecida and Valle, Denise. Aedes aegypti: historico do controle no Brasil. *Epidemiologia e Servicos de Saude* v.16, p. 113-18, 2007.

BRASIL, Patricia; PEREIRA Jr., Jose; GABAGLIA, Claudia Raja; DAMASCENO, Luana; WAKIMOTO, Mayumi; RIBEIRO NOGUEIRA, Rita M.; SIQUEIRA, Patricia Carvalho; SIQUEIRA, André Machado; CARVALHO, Liege Abreu de; Denise Cotrim da Cunha; Guilherme CALVET; NEVES Elizabeth; MOREIRA Maria, BAIO, Ana Rodrigues, CARVALHO, Paulo Nassar de, JANSEN, Carla, VALDERRAMOS Stephanie, CJERRY; Ana Bispo de Filippis; and Karin Nielsen-Saines. Zika virus infection in pregnant women in Rio de Janeiro," *New England Journal of Medicine,* v.375, p. 2321-34, 2016. (first published on line 04, 03, 2016).

BRASIL, Patricia. More pieces to the microcephaly–Zika virus puzzle in Brazil, *Lancet Infectious Diseases*. 15, 09, 2016. http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30372-3 . 2016.

BUTLER, Declan. Brazil's birth defects puzzle. *The Nature*, v. 536, p. 475-6, 2016.

CALLON, Michel; LASCOUMES, Pierre; and BARTHE, Yannick, Yannick. *Acting in an Uncertain World: An Essay on Technical Democracy*, translated by Graham Cambridge, Mass.: MIT Press, 2009 (first published in French in 2001).

CASTRO, Arachu; KHAHYASMIN Khawja; and JOHNSTON, James. Social inequalities and dengue transmission in Latin America. In: Ann Herring and Alan Swedlund (eds), *Plagues and Epidemics: Infected Spaces Past and Present*, Oxford & New York: Berg, 2010, p. 231-50.

COLLUCCI, Cláudia. Brazil to investigate if other factors act with Zika to cause congenital defects. *British Medical Journal,* v.354, p. 4439, 2016. Doi: 10.1136/bmj.i4439, 2016. (Published on line, 11, 08, 2016).

COSTA, Camilla. Microcefalia: Mães no sertão vivem angústia de não ter diagnóstico definitivo'. BBC Brazil, 15, 12, 2015. http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151214_maes_itapetim_cc

COSTA, Camilla. Infectologista relata choque e desespero ao se deparar com início de epidemia de microcefalia'. Interview with the pediatrician Maria Angela Rocha, from Oswaldo Cruz Hospital, Recife. BBC, São Paulo, 30, 11, 2015 http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/11/151127_depoimento_medica_microcefalia_cc

COVENTRY, Peter.*The Dynamics of Medical Genetics: The Development and Articulation of Clinical and Technical Services Under the NHS, Especially at Manchester c. 1945-1979*, Manchester University, 2000 (unpublished PhD thesis).

CUMMINIS-BRUCE, Nick. Zika vaccine still years away, W.H.O. says. *New York Times,* 09, 03, 2016.

DALLY, Ann. Thalidomide: Was the tragedy preventable. *The Lancet*, v. 351 p. 1197–9, 1998.

DINIZ, Debora; and CORREA, Marilena (cord.) *Aborto e Saude Publica: 20 anos de pesquisas no Brasil,* Brasilia: Ministerio do Saude Publica, 2008.

DINIZ, Debora; and MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres, *Ciência & Saúde Coletiva,* v.17, n° 7, p.1795-1804, 2012.

DINIZ, Debora. *Zika virus and women. Cadernos de Saúde Pública,* v. 32, n°5, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046316.

FAUKNER, William. *Requiem for a Nun*. New York: Random House, 1951.

FRANÇA, Giovanni; SCHULER-FACCINI, Lavinia; OLIVEIRA, Wanderson; HENRIQUES, Claudio; CARMO, Eduardo; PEDI, Vaneide; and

NUNUES, Marília. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 livebirths with complete investigation. *The Lancet*, published online, 29, 06, 2016. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30902-3.

FRANCO, Odair. A erradicação do Aedes aegypti. In, Odair Franco (org). *História da febre amarela no Brasil.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde Departamento Nacional de Endemias Rurais, 1969.

GADELHA, Paulo; and CARNEIRO, Fernando Ferreirao. Zika, microcefalia, saneamento ambiental e o princípio da precaução. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 05, 04, 2016.

GADELHA, Paulo; LIMA, Nísia Trindade; RANGEL, Valcler; and STABELI, Rodrigo Stabeli. The role of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the contributions from the Oswaldo Cruz Foundation in response to the outbreak of the zika virus, *Policy in Focus,* v. 13, p. 23-25, 2016.

GAMMELTOFT, Tine. Toward an anthropology of the imaginary: Specters of disability in Vietnam. *Ethos,* v. 42, n° 2, p.153–74, 2014.

GOMEZ, Eduardo. What reverses decentralization? Failed policy implementation, civic supporters, or central bureaucrats' expertise? The case of Brazil's AIDS program. *Administration and Society*, v. 46, n° 8, p. 929–59, 2014.

GREGG, Norman MacAlister. Congenital cataract following German measles in the mother. *Transactions of the Ophthalmological Society of Australia,* v.3, p. 35–46, 1941.

GUERRA Fernando Antônio Ramos; LLERENA JR., Juan Clinton; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CUNHA, Cynthia Braga da; and THEME FILHA, Mariza Miranda. Confiabilidade das informações das declarações de nascido vivo com registro de defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.2, p.438-446, 2008.

GUILHEM, Dirce and AZEVEDO, Anamaria Ferreira. Brazilian public policies for reproductive health: Family planning, abortion and prenatal care. *Developing World Bioethics,* v. 7, n° 2, p. 68–77, 2007.

HARAWAY, Donna. When species meet: Staying with the trouble. *Environment and Planning D: Society and Space,* v. 28, p. 53–55, 2010.

JAENISCH, Thomas; KERSTIN Daniela Rosenberg; BRITO, Carlos; BRADY, Oliver; BRASIL, Patricia; and MARQUESE, Ernesto TA. Risk of microcephaly after Zika virus infection in Brazil, 2015 to 2016. *Bulletin of the World Health Organization,* v. 95, p.191–8, 2017. Doi:http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.178608.

JOHANSSON, Michael; ROMERO, Luis Mier-y-Teran; REEFHUIS, Jennita; GILBOA, Suzanne; and HILLS, Susan. Zika and the risk of microcephaly. *New England Journal of Medicine*, 25, 05, 2016. Doi: 10.1056/NEJMp1605367. 2016.

JOSE, Carlos; SOUZA, Andréa Marcia; TAVARES, Valéria Aparecida; JAMMAL, Marcos Cézar; and SILVA, Josimar Gerônimo. Dengue in the South-Eastern region of Brazil: Historical analysis and epidemiology. *Revista de Saude Publica*, v. 27, n° 3, p. 157-67, 1993.

KEHR, Janina. Messianic medicine: Treating disease in the time that is left. *Somatosphere: Science, Medicine and Anthropology*, vol. 25, n.7, 2016. http://somatosphere.net/?p=12668.

LESSER, Jeffrey and KITRON, Uriel. The social geography of Zika in Brazil. *NACLA Report on the Americas*, v. 48, p.123-9, 2016.

LOTUFO, Paulo Andrade. Zika epidemic and social inequalities: Brazil and its fate. *Sao Paulo Medical Journal*, v.134, n° 2, p. 95-96, 2016.

LOWY, Ilana. Prenatal diagnosis: The irresistible rise of the 'visible fœtus'. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, v. 47, p. 290–9, 2014.

MAGALHAES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968).* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

MAMMERI, Quentin; FILLION, Emanuelle; and CHAPENOIS, Benedicte. Le juge et le diagnostique prenatal depuis la loi de 4 mars 2002, *Alter, European Journal of Disablity Research,* v. 9, p. 331-53, 2015.

MARGOLIS, Mac. The bug is back. *Newsweek International*, 17, 06, 2002.

MARZOCHI, Keyla Belizia Feldman. Dengue in Brazil - situation, transmission and control. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 89, p. 235-45, 1994.

McBRIDGE, William G. Thalidomide and congenital abnormalities. *The Lancet,* v. II, p. 1358, 1961.

McCALLUM Cecilia; MENEZ, Greice; and REIS, Ana Paula dos. The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia. *Historia Ciências, Saude - Manguinhos* v.23, n°1, p. 37-56, 2015.

MELO, A S M; MALINGER, G.; XIMENES, R.; SZEJNFELD, P.P.; SAMPAIO, S.A.; and DE FILIPPIS, A.M.B.. Zika virus intrauterine infection causes fetal brain abnormality and microcephaly: tip of the iceberg? Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, v. 47; p. 6-7, 2016.MURPHY, Douglas. *Congenital Malformations: A Study of Parental Characteristics With a Specific Reference to the Reproductive Process*. (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1947.

MURPHY, Michelle. Unsettling care: Troubling transnational itineraries of care in feminist health practices. *Social Studies of Science*, v.45, p. 717- 37, 2015.

NEVA, Franklin; ALFORD, Charles; and WELLER, Thomas. Emerging perspective on rubella. *Bacteriological Reviews*, v. 28, n° 4, p. 444-51, 1964.

NUNES, Maria das Dores; MADEIRO, Alberto; and DINIZ, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n° 8, p. 2311-18, 2013.

OLIVEIRA, Sheila Jaqueline Gomes dos Santos; MELO, Emanuela Santos; REINHEIMER, Daniele Machado; GURGEL, Ricardo Queiroz; SANTOS, Victor Santana; and MARTINS-FILHO, Paulo Ricardo Saquete. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of newborns with microcephaly and presumed congenital Zika virus infection. *Archive of Women' Mental Health*, 2016. Doi 10.1007/s00737-016-0654-0

PERELMAN, Janice. *Favela: Four Decades of Living On the Edge in Rio de Janeiro*. New York: Oxford University Press, 2010.

PIMENTA, Denise NACIF. Determinação social, determinantes sociais da saúde e a dengue: caminhos possíveis? In: VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; and CUNHA, Rivaldo Venâncio da (coord.). Dengue: teorias e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 407-47.

REAGAN, Leslie. *Dangerous Pregnancies*: *Mothers, Disabilities and Abortion in Modern America.*Berkeley*:* University of California Press, 2010.

ROBB LARKINS, Erica. *The Spectacular Favela: Violence in Modern Brazil*. Berkeley: California University Press, 2015.

RODRIGUES, Laura. Zika: the tragedy and the opportunities. *American Journal of Public Health*, v.108, n° 4, p. 582, 2016.

SANTOS, Claudia dos; DUARTE Nunez; and GOLDENBERG, Samuel. Zika virus and microcephaly: Challenges for a long-term agenda. Trends in Parasitology, 19, 04, 2016, p.1-3. Doi: 10.1016/j.pt.2016.03.008. 2016.

SERUFO, Jose Carlos; SOUZA, Andréa Marcia; TAVARES, Valéria Aparecida; JAMMAL, Marcos Cézar; and SILVA, Josimar Gerônimo. Dengue in the South-Eastern region of Brazil: Historical analysis and epidemiology. *Revista de Saude Publica*, v. 27, n° 3, p. 157-67, 1993.

SHERIDAN, Mary. Final report of a prospective study of children whose mothers had rubella in early pregancy. *British Medical Journal*, v. II, p. 536-39, 1964.

STERN, Alexandra Minna. Zika and reproductive justice. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n° 5, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00081516.

SUBRAMANIAM, Banu. *Ghost Stories for Darwin: The Science of Variation and the Politics of Diversity*. Champaign: University of Illinois Press, 2014.

SUNADAY Times Insight Team. *Suffer the Children: The Story of Thalidomide.* London: André Deutsch, 1979.

TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição; BARRETO, Florisneide; and BARRETO, Maurício Lima. Dengue: vinte e cinco anos da reemergência no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, Sup. 1, p. S7-S18, 2009.

VARGHA, Dora. After the end of disease: Rethinking the epidemic narrative. *Somatosphere: Science, Medicine and Anthropology*, 17. 5. 2016.
http://somatosphere.net/?p=12281

VENKAT, Bharat Jayram. Awakening. *Somatosphere: Science, Medicine and Anthropology*, 25, 5, 2016. http://somatosphere.net/?p=12333

VENTURA, Lima Deisy de Freitas. From Ebola to Zika: International emergencies and the securitization of global health. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 32, n° 4, 2016.

VILLE, Isabelle; and LOTTE, Lynda. Évolution des politiques publiques: handicap, périnatalité, avortement. In : *Final Report of the ANR project-09-SSOC-026 Les enjeux du diagnostic prénatal dans la prévention des handicaps: l'usage des techniques entre progrès scientifiques et action publique*. Paris, 2013.

VITORA, Cesar Gomes; SCHULLER-FACCINI, Lavinia; MATIJASEVICH, Alicia; RIBEIRO, Erlane; and PESSOA, André. Microcephaly in Brazil: how to interpret reported numbers? *The Lancet,* 13, v. 38, n° 7 (10019), p. 621-4. 2016. Doi: 10.1016/S014. 0-6736(16)00273-7. Epub Feb 7, 2016.

VOGEL, Gretchen. One year later, Zika scientists prepare for a long war. *Science* , v. 354, n° 6316, p. 1088-9, 2016.

(Endnotes)

1. *Notes*

Some Brazilian researchers criticized the PHEIC declaration, seen as mainly as a warning that an dangerous disease found in a developing or intermediary country should stay where it is, and not migrate to the developing world (VENTURA, 2016).

2. On updates of WHO's view of Zika see: http://www.who.int/emergencies/zika-virus/en/

3. http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs

Reporting on fetal malformation is imperfect in Brazil: e. g., GUERRA et et, 2004.

4. Information on an earlier, 1976 dengue epidemic might have been suppressed by the Brazilian military regime. MARGOLIS, 2002.

5. In the mid 20th century favelas were seen as relatively safe places, less plagued by crime than the more affluent neighborhoods. The security

situation in the favelas deteriorated dramatically, however, with the rise of the favela-based drug traffic. (PERLMAN, 2010; larkins, 2015).

6. Dr. Marie-Paule Kieny, assistant director general at the WHO, explained in a press conference held March 9, 2016, that, "spraying insecticides to kill mosquitoes has had no evident effect on halting the spread of dengue fever, raising concerns that it may be equally ineffectual in checking the spread of the Zika virus." She added that Zika vaccine is probably at least a few years away. (CUMMINIS-BRUCE, 2016).
7. On the history of rubella epidemics and its role in the abortion debate see, Reagan, 2010.
8. Microcephaly can be also induced by infection of a fetus with cytomegalovirus, herpes simplex virus, varicella virus and the parasite *Toxoplasma gondii*, the etiological agent of toxoplasmosis.
9. 10-20% malformations was an average estimate. Some physicians believed that the proportion of affected fetuses was higher, and others believed that it was lower.
10. On the attitude of UK doctors see COVENTRY, 2000, chapter 7, and on the attitudes of French doctors, VILLE and LOTTE, 2013.
11. The first description of the link between thalidomide and birth defects was made by the Australian physician William McBride. (McBRIDE, 1961). On the history of the thalidomide scandal see, Sunday Times Insight Team, 1979; DALLY, 1998.
12. Such a diagnosis was difficult in the 1980s too. The most famous French case of a 'prejudice of being born', the Perruche verdict of 2000, is a judgment in favor of a mother who was mistakenly informed in 1982 that she did not have rubella in early pregnancy, then gave birth to a severely handicapped child. (MAMMERI, FILLON and CHAMPENOIS, 2015).
13. The main focus of UK debates on the liberalization of abortion, Peter Coventry proposed, was not interruption of pregnancy per se, but women's right to decide by themselves whether they want to be mothers. (COVENTRY, 2000).
14. Gammetoft's quote of Althusser is from ALTHUSSER, 1971.

15. Murphy had borrowed the expression “to stay with the trouble” from HARAWAY, 2010.

2

As "parcelas invisíveis" da (não) saúde/doença do trabalhador: em foco a história da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950)[1]

Anna Beatriz de Sá Almeida[2]

> "A civilização atual multiplica as possibilidades industriais e cria, a cada instante, novas formas de trabalho. [...] no uso de qualquer simples utensílio da vida quotidiana, nós ignoramos a soma de esforço anônimo que nele se concretizou. Nem sempre esse esforço é dado sem outro ônus além da fadiga. Muitas vezes, no objeto que contemplamos e de que usamos prazerosos, está uma parcela invisível da saúde do anônimo trabalhador, que lentamente conquistou com o pão quotidiano a morbidez que o há de matar" (Medeiros, *apud* Azevedo, 1927).

1. Uma versão anterior deste texto foi publicada na *Revista Mundos do Trabalho*, vol.7, n.13, jan-junho de 2015, p.65-84, sob o título "As 'Doenças do Trabalho' no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-1950)".
2. Historiadora e doutora em História pela Universidade Federal Fluminense. Pesquisadora adjunta do Departamento de Pesquisa em História da Saúde e das Ciências da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Contato: almeida.annabeatriz@gmail.com.

A sociedade, os indivíduos "contemplando" e "usando prazerosamente" objetos feitos de "parcelas" perdidas "de saúde do anônimo trabalhador" que aos poucos ("lentamente", "cotidianamente", "diariamente") vai se matando e morrendo pelos "ônus" adquiridos no exercício do seu ofício. Essa dura e mórbida imagem da exploração do trabalhador, tão profundamente descrita no texto de Maurício de Medeiros,[3] traduz de maneira ímpar a fundamental importância dos estudos que envolvem os campos do trabalho, doença e saúde. Ao longo deste artigo, ressaltaremos momentos de destaque ocorridos ao longo de "lutas e disputas" da tríade trabalho, saúde e doença no Brasil, na primeira metade do século XX.

O processo de constituição da área da medicina do trabalho no Brasil será analisado, a partir, principalmente, das ações e propostas de um dos seus principais atores/agentes e intelectuais: os médicos do trabalho (Gramsci, 1979; Bourdieu, 1983; 1989; Rosenberg; Golden, 1992). Optamos pelo período de análise que abarca de 1919 a 1945, por considerarmos um período marcante e inicial do processo de constituição da medicina do trabalho brasileira, conclusão obtida pela análise das fontes históricas encontradas ao longo da pesquisa (Almeida, 2004). Foi esse o período das primeiras políticas, da instituição de normas e leis, de importantes debates e eventos e de intensa publicação de artigos, livros e periódicos, espaços fundamentais ao processo de instituição das políticas sociais de trabalho[4] e, mais especificamente, as de medicina e da higiene do trabalho no Brasil. Nesse sentido, é ampla e diversa a arena de debates e atuações que passaremos a analisar,

---

3. Maurício Campus de Medeiros: jornalista, deputado federal do RJ (1921-1922 e 1927-1930) e Ministro da Saúde (1955-1958). Nasceu no Rio de Janeiro em 14/07/1885. Diplomou-se em farmácia em 1903 e foi escolhido delegado brasileiro ao I Congresso Internacional de Estudantes, reunidos na cidade italiana de Milão em 1906. No ano seguinte, concluiu o curso de medicina. Depois de formado, substituiu seu irmão Medeiros e Albuquerque em uma seção diária da Gazeta de Notícias, iniciando sua longa militância na imprensa, continuada nos anos seguintes através do *Correio Paulistano* e *A Notícia*. A atuação permanente na medicina e no jornalismo marcaria toda a sua vida profissional.

4. Há uma extensa bibliografia que trabalha com esse período, da qual podemos destacar: OLIVEIRA; VELLOSO; GOMES. *Estado Novo*; MEDEIROS, Jarbas. *Ideologia Autoritária no Brasil*: 1930/1945. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1978; GOMES. *A invenção do trabalhismo;* BASTOS, Pedro Paulo Zahluth & FONSECA, Pedro Cezar Dutra. (orgs.) *A Era Vargas*: desenvolvimentismo, economia e sociedade. São Paulo: Editora da UNESP, 2012.

destacando a atuação dos médicos - que se tornariam os especialistas desse novo campo de saber - e dos demais atores políticos (grupos empresariais, deputados, senadores, trabalhadores, partidos políticos, associações, advogados, juristas, médicos legistas, entre os de maior atuação) que estavam, direta ou indiretamente, envolvidos com essas novas e disputadas questões do campo da política, do trabalho e da saúde, alvo de diversas opiniões e atuações (Armus, 2015; Cottereau, 1978; Gallo, 2015; Herrera, 2015; Marques, 2015, Mattos, 2014; Vergara, 2005).

A 1ª Lei de Acidentes do Trabalho (1919) e a Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional (1923)

No final dos anos da década de 1910, o deputado trabalhista Maurício de Lacerda[5] apresentou uma série de projetos dedicados à regulação das condições de trabalho propondo a criação do Departamento Nacional do Trabalho, o estabelecimento da jornada de oito horas; a criação de juntas de conciliação e arbitragem e a fixação de normas para o trabalho de mulheres e menores, entre outras medidas (Nascimento, 1989). Os meses de junho e julho desse ano foram um marco no debate da questão social na Câmara dada a concentração de projetos apresentados nessa linha, em um contexto de grande pressão dos trabalhadores. Segundo Gomes: "Estes são os meses da maior mobilização de massas operárias até então verificada no Brasil: a

5. Nota bibliográfica sobre Maurício de Lacerda. Jornalista; dep. fed. RJ 1912-1920; rev. 1922; rev. 1924; dep. fed. DF 1930; rev. 1930; rev. 1935. Nasceu em Vassouras (RJ), em 01/07/1888, filho de Sebastião Eurico Gonçalves de Lacerda e Maria da Glória Paiva de Lacerda. Era irmão de Fernando de Lacerda e Paulo de Lacerda, líderes do Partido Comunista do Brasil, depois chamado Partido Comunista Brasileiro (PCB). Foi eleito deputado à Assembléia Legislativa do estado do Rio de Janeiro, e em 1912 deixou o gabinete presidencial para eleger-se deputado federal pelo estado do Rio. A partir dessa época, acompanhou os movimentos reivindicatórios do proletariado no Distrito Federal, iniciando-se no estudo da doutrina socialista. Em 1915 e 1918, foi reeleito deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro, tornando-se então ardoroso defensor do nacionalismo. Durante sua permanência na Câmara Federal, acumulou os cargos de vereador de Vassouras (1913-1923) e de prefeito dessa cidade (1915-1920). Fonte: CPDOC/FGV, DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO BRASILEIRO – DHBB. Rio de Janeiro, FGV, 200. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/mauricio-paiva-de-lacerda>. Acesso em 01/09/2016.

greve paulista de 1917" (Gomes, 1979: p.65). De certo, não por mero acaso, o projeto apresentado em 1915, pelo senador paulista Adolpho Gordo,[6] foi arquivado sem tramitar pelas comissões e pela plenária, embora o mesmo tratasse de temas, tais como os acidentes do trabalho e a normatização das jornadas de trabalho, muito reivindicado das mais diferentes formas pelos trabalhadores, seus partidos e associações, desde o final do século XIX e ao longo da primeira década do século XX.

Em 1917, por intervenção do Deputado Maurício de Lacerda e outros, o antigo projeto do Senador Adolpho Gordo foi reapresentado com alterações do próprio deputado e de outros colegas e após sofrer revisões por parte da Comissão Especial de Legislação Social, foi dividido em duas partes, dois sub-projetos: uma específica de acidentes e doença do trabalho e outro agrupando temas da regulamentação da jornada de trabalho. O sub-projeto sobre os acidentes do trabalho foi aprovado, quase sem alterações, pela Câmara e pelo Senado, tendo resultado na lei 3.724 de 15 de janeiro de 1919, a primeira lei de acidentes do trabalho no país, conhecida como a Lei Adolpho Gordo. Era um contexto de pressão das classes trabalhadoras e de reação/ação dos grupos empresariais,[7] sendo que coubera aos últimos agirem contra importantes conteúdos do texto do Projeto de Código do Trabalho, buscando que somente fossem aprovados os aspectos que os mesmos julgassem serem favoráveis aos próprios, em detrimento das reivindicações operárias.

A conjuntura durante e após a 1ª Guerra Mundial (1914-1919) fora marcada no Brasil por um clima de grande insatisfação social e por muitas e expressivas manifestações operárias, no Rio de Janeiro e em São Paulo, pelo Tratado de Versalhes (1919) e pelo impacto da catástrofe do incêndio do New York Hotel (1917), que estava em construção e dizimou centenas de trabalhadores (Gomes, 1979: p. 65-66).

---

6. Em 1915, o Senador Adolpho Gordo apresentou um projeto englobando temas pertinentes à regulamentação do trabalho, o qual fora arquivado, voltando a ser colocado no debate, com modificações, pelo Deputado Maurício de Lacerda.

7. A proposição de pagamento de pensão aos acidentados foi alvo de críticas do Centro Industrial do Rio de Janeiro que defendia a indenização por uma só quantia, crítica que recebeu o apoio de muitos industriais entre os quais Jorge Street. Cf. *Jornal do Comércio*, 07 de julho de 1917 - Seção Publicações e Pedidos.

A saúde pública também foi um dos temas da agenda política do país ao longo das décadas de 1910 e 1920, movimentando diversos grupos e instituições no debate sobre os rumos da saúde no Brasil. Eram os intelectuais e atores médicos criando agendas políticas para conhecer e atuar no Brasil do interior, cada vez mais valorizando o discurso da doença do país ser a pobreza, a ignorância e a alta de ações do campo da saúde pública. Esses mesmos atores médicos pouco se envolviam nos debates acerca das péssimas e sofríveis condições de trabalho e de vida dos operários nas cidades do litoral, realidade esta que causava inúmeros acidentes, doenças e mortes de trabalhadores. Nas cidades, os olhares dos sanitaristas estavam voltados para as epidemias e as suas consequências na vida política e econômica das mesmas (Trindade, 1999).

O projeto da criação de um novo ministério encontrou resistências na Comissão de Saúde Pública do Congresso, acirrando o debate acerca da centralização e descentralização dos serviços e da atuação do poder legislativo e dos poderes locais. O debate acabou conduzindo os deputados a concordarem com a criação de um novo órgão federal com mais poderes do que a existente Diretoria Geral de Saúde Pública, mas ainda sem o status de Ministério: o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), instituído em 1920 e regulamentado em 1923 (Brasil, 1923).

O tema da medicina e das doenças do trabalho na proposta aprovada aparecia como uma atividade de "polícia sanitária das fábricas e oficinas". Com a regulamentação de 1923 do DNSP foi instituída a *Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional* (Brasil, 1923). Esboçava-se assim a constituição de um setor e de possíveis políticas e ações mais específicas. Entre as atividades de sua competência, destacavam-se: o licenciamento e autorização de transferência dos estabelecimentos industriais e oficinas; as visitas às fábricas e oficinas, inspecionando os locais de trabalho e os operários; a promoção do afastamento dos operários acometidos por lepra, tuberculose e qualquer outra doença infecto-contagiante; a responsabilidade pela análise das substâncias usadas nas indústrias; a adoção de medidas voltadas à proteção da saúde dos operários e dos moradores das vizinhanças dos estabelecimentos (Brasil, 1923).

As reivindicações e lutas dos trabalhadores, nas primeiras décadas deste século, pela melhoria das suas condições de vida, é uma história obscurecida pelo ideário político do Estado do pós-30. Ao analisar tais práticas, Gomes afirma que "se as conquistas materiais da classe trabalhadora durante estas décadas foram pequenas e efêmeras, seu ganho principal foi de natureza expressiva e traduziu-se na construção de uma identidade social" (Gomes, 1988: p.30). Essas experiências e lutas são elementos básicos para a compreensão da *práxis social* instituída no pós-30. É fato que algumas interpretações do período, centradas no conceito de "ideologia da outorga", defenderam que o Estado do pós-30 elaborara a legislação social antecipando-se às reivindicações sociais. Cabe destacar que críticas a essa leitura, que apaga todo o processo de constituição da classe trabalhadora enquanto ator político nas primeiras décadas do século, já foram feitas por outros autores (GOMES, 1979; 1988; VIANNA, 1976; SANTOS, 1987; entre outos). Como afirma Vian (1976) explica-nos, em uma das suas obras que reestruturou os paradigmas dos estudos da história do movimento operário e do papel do movimento operário na 1ª República, o conceito de corrente da ideologia da outorga, seu objetivo foi apagar a memória das classes trabalhadoras, apresentando-as como incapazes de reivindicar seus direitos (Vianna, 1976).

Consideramos a Lei de Acidentes do Trabalho de 1919 e a organização da Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional em 1923 importantes exemplos da atuação do Estado mediante o seu contexto histórico e o enfrentamento de forças antagônicas no que tangia à questão da relação saúde e trabalho. Isso não quer dizer que estejamos julgando a efetividade da atuação desses instrumentos e órgãos na melhoria das condições de trabalho dos operários, mas sim apontando para a efetiva formulação de normas reguladoras, em determinada conjuntura histórica e para o início da delimitação de uma nova área de saber e de ação dos médicos ligados aos temas sociais: a medicina e a higiene do trabalho.

De uma maneira mais geral, a literatura que se dedica ao tema da relação Estado e Sociedade no Brasil, aponta a 1ª República como um momento pouco destacado de crescimento do aparelho de Estado. Essa abordagem implica em considerar a República Velha como um interregno no processo de formação

do Estado brasileiro entre o Império e o período do pós-30, caracterizando a dominação oligárquica, característica do período, como obstrutora desse processo. Partilhando de análises mais recentes que reavaliam o tipo de atuação do Estado nas primeiras décadas da República, visualizamos elementos de um processo de centralização e intervenção do Estado no período, independente do julgamento do sucesso do mesmo, sendo a saúde pública um espaço privilegiado de análise (Reis, 1989; Hochman, 1993; Hochman & Armus, 2004; Trindade, 1999; Castro Santos, 1985; 2004). Nas palavras de Hochman (1998: p.40): "de fato, a capacidade reguladora da União sobre o campo da saúde expandiu-se de maneira considerável especialmente na década de 1920, legando ao período varguista uma estrutura administrativa com um poder ampliado de intervenção sobre a saúde pública".

Inserida nesse contexto, destaca-se a importância da formação de uma burocracia pública, isto é, de um grupo de profissionais médicos, empregados do Estado e especializados em saúde pública, que, novamente citando Hochman (1998: p.56), dariam início ao processo de separação entre as elites estatais profissionais e as elites políticas:

> O período varguista herdava uma estrutura estatal e uma burocracia com razoável capacidade de atuação autônoma sobre o território nacional: o que aconteceu foi um deslocamento das atenções para a regulação dos efeitos de interdependência entre trabalhadores urbanos, empresários e o Estado, através da expansão das políticas de previdência social, e com elas, a assistência médica, produzindo bens coletivos para grupos específicos (Hochman, 1998: p.56).

Também os campos da previdência e do trabalho passavam a ser alvo de ações por parte do Estado, como podemos perceber com a instalação a partir de 1923, com a Lei Eloi Chaves, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com a Lei de Acidentes do Trabalho, em 1919, e a organização do Conselho Nacional do Trabalho, em 1923, por exemplo. "A década de 20 assistiu à gênese de um sistema previdenciário que ganhará contornos mais definidos no pós-30 e será uma das políticas-chave no estabelecimento das

relações entre o Estado varguista e os trabalhadores. Esse sistema previdenciário, vinculado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), fornecerá serviços de assistência médica aos trabalhadores a ele associados independentemente das políticas e das estruturas do Ministério da Educação e Saúde Pública" (Hochman & Fonseca, 1999: p.74).

A Cadeira de Higiene Industrial e Profissional do Curso de Higiene e Saúde Pública (instituído pela Reforma de Ensino de 1925), da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi, por outro lado, uma primeira tentativa de institucionalização, salvo alguma experiência anterior por nós desconhecida, do ensino de higiene industrial no Brasil. O titular da cadeira, o médico higienista João de Barros Barreto, autor do clássico *Tratado de Higiene* e de tantas outras obras sobre higiene, é considerado pela literatura acerca do tema como um dos pioneiros no trato da questão da higiene do trabalho.[8]

O 1º Governo Vargas (1930-1937) e a criação do MTIC (1931)

O primeiro governo Vargas foi marcado por um conjunto de ações (leis, agências etc.) no campo das políticas sociais, buscando legitimar o novo Estado e criar o novo cidadão/trabalhador responsável pelo desenvolvimento e crescimento harmônico da nova nação. Alvo preferencial de atenção e de políticas estava a criança, e mais especificamente, a criança trabalhadora, na medida em que ela era o cidadão/trabalhador do futuro, sendo, portanto, fundamental proteger e garantir o seu desenvolvimento (Fonseca, 1990; Sousa, 2000)

8. O médico João de Barros Barreto, nascido no Distrito Federal, formou-se em 1912 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Iniciou suas atividades como Inspetor Sanitário da Diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro em 1914, tendo sido nomeado após concurso, no ano seguinte, Inspetor Sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios do Interior. Em 1917, concluiu o curso do Instituto Oswaldo Cruz. Com bolsa de estudos concedida pela Fundação Rockfeller fez cursos na John Hopkins School of Higiene and Public Health e na Harvard School of Public Health (1924-1925). Ocupou a cadeira de livre docente de higiene na Faculdade Nacional de Medicina (1925-1936) e de professor no Curso de Higiene e Saúde Pública do IOC. Representou o Brasil em diversas reuniões da Sociedade da Liga das Nações e da Organização Internacional do Trabalho. Foi diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS) do Ministério da Educação e Saúde (1937-1939 e 1941-1945), tendo grande importância na organização e reforma das políticas de saúde ocorridas ao longo destes períodos quando era Ministro Gustavo Capanema.

Retomando algumas das considerações feitas anteriormente sobre o processo histórico de criação das políticas de saúde pública e de previdência, em especial, da assistência médica, gostaríamos de frisar mais uma vez os caminhos paralelos que tais políticas construíram ao longo da história:

> O desenvolvimento das políticas de previdência e de saúde pública a partir dos anos 1920 se deu de forma paralela, com poucos pontos de interseção. [...] Tal herança também indicava a tendência de que a assistência médica aos trabalhadores urbanos, apesar de substantivamente vinculada ao campo da saúde, comporia políticas sociais e residiria em instituições organizadas sob uma lógica bastante diversa" (Hochman, 2001: p.133).

Nesse contexto, foram instituídos o Ministério da Educação e da Saúde Pública, um ano depois renomeado Ministério da Educação e Saúde (MES) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), entre outras instituições voltadas para as políticas sociais do novo governo:

> A doutrina do Estado Novo propõe todo o poder necessário ao Estado, visto como única instituição capaz de garantir a coesão nacional e de realizar o bem público, para além dos interesses reais, mas mesquinhos dos indivíduos e dos grupos. Desenvolve, também, a crença no homem excepcional, portador de *virtú*, como o único capaz de expressar e construir a nova ordem (Oliveira, 1982).

As políticas sociais criadas eram apresentadas como frutos e benesses desse novo projeto de nação, desvinculando-as de qualquer processo histórico social anterior de reivindicações e de diagnósticos da necessidade das mesmas. Nos estudos sobre a formulação de uma política social no Brasil, destacam-se as primeiras experiências de legislação social e de debates sobre o papel do Estado frente à questão social durante a República Velha e a pressão dos movimentos das classes trabalhadoras, mas o período pós-30

é consensualmente considerado um marco na incorporação definitiva da política social enquanto função do Estado.

Ao discutir a questão da justiça e dos direitos sociais no Brasil, Santos (1987: p.78) vincula diretamente cidadania e trabalho, ao propor o conceito de "cidadania regulada" enquanto conceito-chave para a análise da política social do pós-30:

> Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas* em lei (Santos, 1987: p.78).

A esses cidadãos são dirigidas as políticas sociais no âmbito do trabalho e da previdência. O trabalho passa a ser o meio de o ser humano atingir a riqueza e a cidadania, sendo responsável pelo progresso do país. Ao analisar as relações entre Estado, patronato e trabalhadores, Gomes (1979: p. 23) destaca que

a constituição de uma legislação social está no cerne das relações capital/trabalho, tanto na órbita da sociedade civil, o que coloca o problema das relações diretas patronato/ trabalhadores, quanto na órbita do próprio Estado, que vai assumindo papel cada vez mais destacado na questão, colocando-se como um terceiro elemento decisivo, com o qual cada um dos outros terá que entrar em contato, isoladamente ou não (Gomes, 1979: p. 23).

A criação do MTIC (1930) e a implementação de todo um conjunto de leis sociais são ações, em nossa perspectiva, exemplares da incorporação da política social enquanto função do Estado.[9] O Estado pós-30 é analisado por

9. No conjunto das políticas sociais desenvolvidas pelo Estado no pós-30, a criação do MTIC, a organização da Justiça do Trabalho, em 1934, e outras leis sociais simbolizam,

Gomes (1982) enquanto um Estado cujos objetivos políticos são a promoção do bem-estar nacional e a realização do bem comum. A harmonia e a paz social são elementos constitutivos do ideal de Estado. Dessa forma, segundo a autora, para além de uma mera "manipulação simbólica", a elaboração das políticas sociais teve grande importância no estabelecimento do apoio político junto às classes populares. O Estado teria o papel de regulador das iniciativas privadas em defesa do bem coletivo. Assim, se por um lado assegurava a propriedade privada e a iniciativa industrial, por outro protegia o trabalho/trabalhador por meio da legislação social. Segundo Gomes (1982: p. 222): "é dentro desta concepção que o projeto político do Estado Novo é definido: no plano econômico, como a articulação das forças vivas do individualismo, sem qualquer hipertrofia ou esmagamento, e no plano social, como a proteção do trabalho pela harmonização e proteção de todas as classes".

A questão social representa simbolicamente, nesse contexto, "a encarnação dos males brasileiros e o cerne do projeto político-ideológico do Estado Novo" (Gomes, 1982: p.120). O conjunto de práticas desenvolvidas no campo dos direitos sociais, mais especificamente a legislação social implementada por este Estado transformaram significativamente as relações entre o capital e o trabalho, montadas segundo as práticas da ordem liberal.[10] Concordamos com a análise de Santos ao dizer que "um dos propósitos

---

no nosso entender, caminhos percorridos por este Estado tendo em vista a construção da Nação, por meio da implementação da justiça social e da valorização moral e física do trabalhador nacional, sendo de certa forma uma resposta às demandas e reivindicações por justiça social nas primeiras décadas do século e também uma estratégia visando a incorporação dos interesses de setores sociais nas políticas de Estado.

10. LEOPOLDI, Maria Antonieta P. "Estratégias de ação empresarial em conjunturas de mudança política". PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999, p. 115-178. O artigo de Leopoldi (1999: p. 117) é interessante pelas suas considerações sobre o papel dos corpos técnicos nas novas agências e políticas governamentais. Vide o texto: "Enquanto o Ministério do Trabalho dava início a uma onda beligerante, criando regulamentos sobre o trabalho na indústria e no comércio, num processo de construção de uma 'cidadania regulada', que incorporava trabalhadores na ordem social e política através das leis trabalhistas, sindicais e previdenciárias, os empresários eram chamados a também se organizarem em associações, de classe de caráter corporativo. A adesão ao modelo corporativista, com a formação de entidades reconhecidas como representativas da classe pelo Ministério do Trabalho, abriu o acesso dos empresários industriais - os primeiros a se adequarem ao apelo governamental - às agências decisórias nas áreas de política industrial, legislação trabalhista e sindical, comércio exterior e política tributária".

básicos da análise de políticas públicas, no que diz respeito à política social, consiste na explicação de quando e porque se modificam estas políticas e de que forma transformam as relações capital e trabalho" (Santos, 1981: p.5).

Criado o MTIC, era necessário muni-lo de quadros técnicos funcionais que o capacitassem a desempenhar suas funções, a produzir toda a legislação social atinente à nova ordem que se implantava:

> Outro componente do pensamento político nos anos 30 é a defesa do papel predominante, prioritário e exclusivo das elites no processo de mudança social. Descartando a visão rousseauniana de bondade natural do indivíduo e acentuando o nível de ignorância e despreparo das populações, só restam como atores possíveis da reconstrução nacional as elites intelectuais [...]. Essa crença, entretanto, exige a formação de novas elites, portadoras de novas ideias, possuidoras de treinamento especializado, capazes de solucionar a dicotomia vigente entre o "Brasil real" e o "Brasil legal" (Oliveira, 1982: p.33).

Com relação ao nosso tema específico, em seu discurso de posse no MTIC, o próprio Ministro Lindolfo Collor destacara o papel da sua pasta e dos seus quadros técnicos, enfatizando a importância da intervenção do Estado na melhor adequação das relações de trabalho, estimulando a organização racional do trabalho. Um dos caminhos pelo qual o 1º Governo Vargas enfrentou a questão social foi a elaboração de leis de proteção ao trabalhador que, para além de regular as condições de trabalho - protegendo o trabalhador no seu físico e na sua moral - dignificassem o cidadão-trabalhador, eliminando o seu sentimento de inferioridade e subordinação e enaltecendo o princípio da colaboração: "Ao lado de um Executivo forte e pessoal, o segundo grande instrumental político para a produção de novos arranjos institucionais era a montagem de um Estado Corporativo que, ao mesmo tempo, separava os indivíduos e reunia-os pela hierarquia global e harmônica de uma ordem social corporativa (Gomes, 2012: p.80).

A área da saúde do trabalho foi um dos *locus* de debate, formulação e implementação de políticas do trabalho, enfatizado pelo Estado pós-30 e, nesse

sentido, relevante na compreensão do conjunto das políticas de valorização do trabalhador e do trabalho no Estado Novo. Gomes (2012: p.72) ressalta que "tratava-se pela primeira vez no Brasil de edificar uma arquitetura de Estado Nacional moderno que ampliava suas funções de intervencionismo econômico e social, ao mesmo tempo que montava uma burocracia tecnicamente qualificada e impessoal, segundo moldes weberianos".

Era fundamental, para tanto, contar com um aparato técnico especializado (médicos, juristas, economistas etc.) que fosse construindo as práticas e o conhecimento nesse campo, até então pouco desenvolvido:

> Configuram-se novas estratégias de poder, que preveem uma ampliação considerável das funções estatais. O Estado penetra nos domínios da sociedade civil, assumindo claramente o papel de direção e organização da sociedade. Assim, se autoelege o educador mais eficiente junto às classes trabalhadoras, argumentando ser o "bem público" o móvel de sua ação (Velloso, 1982: p. 72).

As décadas de 30 e 40 foram, no entender da literatura que trata do assunto, pilares dos debates, do enfrentamento de grupos com interesses diversos e da formulação das políticas públicas voltadas para o trabalhador, das quais destacamos as relativas à saúde do trabalho/trabalhador. Cabe destacar o papel relevante das agências do MTIC, considerado por nós, como dito acima, como um ator e um *locus* fundamental nesse campo de disputas, quer por sua atuação mais direta na regulamentação das condições de trabalho de forma geral, quer por seu poder normativo no que se refere à higiene, medicina e segurança do trabalho, de forma específica. Tão logo foi criado, o MTIC passou a receber relatórios e reivindicações de diversos segmentos da classe trabalhadora nacional. Araújo (1981) destacou o memorial enviado pelos operários em fábricas de tecidos que em meio a solicitações de melhoria salarial, regulação do horário de trabalho e outras,

reivindicavam higienização e fiscalização sanitária das fábricas, bem como a reforma da Lei de Acidentes.

Na órbita do Ministério do Trabalho, o cidadão-trabalhador estava sendo objeto de um conjunto de políticas que de um lado relacionavam-se com as normatizações compensatórias e a implementação de direitos sociais (aposentadoria, seguro doença, indenização etc.) e de outro, estavam mais diretamente voltadas para a regulamentação das condições de trabalho (medicina, segurança e higiene do trabalho).

Em 1930, a Inspetoria, sendo integrante do Departamento Nacional de Saúde Pública, passou à esfera do recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública. Tal transferência durou pouco mais que um mês, posto que logo após a criação do MTIC, em novembro de 1930, a Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional foi transferida à competência desse outro novo ministério. No ano seguinte à criação do MTIC, em 1931, foi organizado o Departamento Nacional do Trabalho (DNT), criando-se uma seção voltada à organização, higiene e segurança do trabalho, que mais tarde resultaria em uma nova inspetoria. A Inspetoria do Trabalho foi criada, em 1933, com a nomeação do inspetor chefe e a transferência para o DNT dos fiscais da lei de nacionalização. Porém, somente após a promulgação do Regulamento do Departamento, em meados de 1934, começou o funcionamento normal da Inspetoria como órgão de fiscalização das leis trabalhistas.[11] Nesse momento, foram nomeados os três primeiros médicos do trabalho com a função de inspecionar as fábricas, fazer inquéritos sobre condições de trabalho e pesquisas sobre moléstias profissionais. Segundo o Regulamento do DNT, instituído pelo Decreto 24692 de 12 de julho de 1934.[12]

---

11. Brasil. *Relatório do MTIC de 1934*. (Dr. Agamenon Magalhães). Rio de Janeiro: Departamento de Estatística e Publicidade, 1935.
12. cf. Decreto 24.692 de 12 de julho de 1934. Regulamento do DNT:
Artigo 4. O inspetor chefe terá sob sua direção todo o serviço de inspeção e fiscalização no Distrito Federal, cabendo-lhe especialmente velar pelo fiel cumprimento das leis e regulamentos sobre a organização e regulamentação do trabalho. Parágrafo único. Cabe, também à Inspetoria, receber e homologar as convenções ou ajustes motivados pelas leis que regulamentam o horário de trabalho.
Artigo 43. Incumbe aos inspetores técnicos zelar pela fiel aplicação das leis e prescrições oficiais relativas à regulamentação, higiene e segurança do trabalho nos estabelecimentos e nas explorações onde são ocupadas pessoas assalariadas de ambos os sexos.

Assim, seria responsabilidade da Inspetoria aplicar as leis e fiscalizar as condições de higiene e segurança do trabalho, bem como elaborar inquéritos e propor medidas de proteção à saúde do trabalhador. Inúmeros artigos publicados à época analisam a atuação do governo nesse campo, dentre os quais podemos destacar o escrito por Fernando Callage, no qual o autor destaca que

> nenhuma obra é mais meritória do que essa do atual governo em higienizar as fábricas tornando-as um ambiente salutar de trabalho. Quando se procura, por todos os modos, dar uma assistência social ao trabalhador, seria, mesmo, incompreensível, que não se cuidasse da sua saúde, que o deixasse à margem de quaisquer cuidados e interesses profiláticos (Callage, 1939: p. 1).[13]

Ao relatar as atividades da Inspetoria do Trabalho ao longo de 1934, o então diretor da mesma, Dr. Luís Franco, argumenta acerca da necessidade de maiores investimentos na organização da mesma com o objetivo de realizar as suas atividades com maior êxito, em menos tempo e com um nível menor de dificuldades. Observa também em seu relatório que a experiência da Inspetoria deveria ser objeto de atenção por parte daqueles que elaboram as leis e os regulamentos: "é de lamentar que a exiguidade do tempo não permitisse que na formação das leis fosse ouvida esta Inspetoria, cuja prática no exame diuturno da matéria poderia fornecer elementos tendentes a evitar o conflito de dispositivos contraditórios e as falhas prejudiciais à sua aplicação" (Franco, 1935: p. 114.).

Art. 44- Compete aos inspetores técnicos, além de suas incumbências com referência à fiscalização, fazer inquéritos sobre as condições gerais de trabalho e realizar pesquisas sobre moléstias profissionais, propondo medidas de proteção e prevenção em defesa dos trabalhadores".

13. CALLAGE, Fernando. A Questão Social e a Cultura Brasileira. *Revista do Trabalho*, 7(12), dezembro, 1939, p. 1.

Um ponto bastante frisado pelo chefe da inspetoria foi acerca da necessidade da criação de um setor técnico nesse local com condições de responder adequadamente a todas as solicitações recebidas com agilidade e precisão:

> Também não se deve esquecer que nas diversas leis, cujo cumprimento tem de ser fiscalizado pela Inspetoria, existem disposições de natureza técnica, quer quanto à aptidão profissional de engenheiro, quer sob o ponto de vista de higiene industrial. [...] Ainda recentemente teve essa Inspetoria de resolver sobre uma consulta a respeito de emprego de uma substância química – o flúor – e opinar sobre o serviço de curtumes, lançando mão dos *conhecimentos especializados dos Drs. Edison Cavalcante e Zey Bueno*" (Franco, 1935: p.116).

A fala do Dr. Luís Franco nos dá indícios acerca da luta pelo reconhecimento da importância da Inspetoria, decorrente disso o pedido de mudanças na estrutura do serviço e também do papel dos especialistas – os técnicos em higiene industrial e engenharia – no cotidiano das atividades do setor.[14] Ele mesmo afirma em seu discurso, conforme grifamos, que os Drs. Edison Cavalcante e Zey Bueno, dois dos primeiros médicos contratados pelo Ministério, eram possuidores de "conhecimentos especializados".

A Inspetoria recebia diversas consultas sobre o uso de produtos químicos e os seus efeitos na saúde dos operários sobre a questão da exposição constante ao frio, ao calor, à umidade, sobre os prejuízos e os impedimentos do uso de mão de obra infantil e feminina em determinadas atividades, entre inúmeras outras questões. Era necessário, portanto, dar ao serviço mão-de-obra

14. No artigo "Higiene do Trabalho", *Revista do Trabalho*, 7(5), maio, 1939, o Dr. Fernando Callage, do Instituto de Direito Social de São Paulo, destaca a importância da existência de efetivas leis de fiscalização das condições de trabalho: "É verdade que no Brasil já possuímos uma legislação bastante copiosa sobre a matéria, mas pouco se tem cumprido, legalmente, pela falta de controle, com as disposições da lei, daí, necessariamente, o dever social e cristão de um órgão fiscalizador, razão, porque, o governo pensa em criar uma lei de fiscalização da higiene do trabalho, tendo já sido elaborado, por uma comissão de médicos higienistas, um projeto de lei sobre a matéria" (Callage, 1939: p. 198).

especializada, capaz de responder a tempo e a hora aos questionamentos e ao mesmo tempo fiscalizar e analisar a realidade das condições de trabalho nos mais diversos ramos de atividade.

Ao concluir o seu relatório, o Dr. Luís Franco tece considerações sobre o papel da Inspetoria e do próprio MTIC de atuarem como mediadores entre grupos com interesses muitas vezes antagônicos. Esse reconhecimento não era o mais habitual no momento posto que sempre se destacava o princípio da harmonia entre as classes, pouco se enfocando a questão do antagonismo:

> pode contar esta Seção com providências prontas e eficazes do atual titular da pasta do Trabalho, para quem a fiscalização das leis sociais não deve ser um simples simulacro para abafar os protestos das classes trabalhadoras, mas a ação real e intensiva tendente a impedir que a legislação do trabalho se transforme em ilusória promessa, distante da realidade. [...] Concluindo, é lícito esperar que, postas em prática as medidas que de certo não tardarão no sentido de reorganizar e desenvolver a Inspetoria, poderá o Ministério do Trabalho, apesar de discutida a sua ação na luta incessante entre os antagônicos desejos e aspirações de empregados e empregadores, ter a serena consciência de haver cumprido a sua elevada missão" (Franco, 1935: p. 118).

Compreendemos o "tom" da fala do Diretor da Inspetoria pelo fato de que no cotidiano das atividades da mesma ficavam bastante evidentes as disputas, as resistências, os diferentes interesses de empregados e empregadores, sendo, portanto, mais difícil ocultar tal realidade no corpo do relatório. Cabe destacar o papel atribuído aos inspetores técnicos, os especialistas, como sendo os grandes responsáveis pela aplicação e cumprimento das leis bem como pela elaboração de inquéritos e estudos sobre proteção ao trabalhador e sobre moléstias profissionais. Seriam eles, os inspetores do trabalho, as autoridades competentes nas questões relativas à higiene e segurança do trabalho.

A regulamentação das atividades do Ministério do Trabalho ocorreu paralelamente à elaboração e à promulgação da Constituição de 16 de julho de 1934, que previa, no seu Título IV Da Ordem Econômica e Social, os princípios que iriam nortear a Legislação do Trabalho tendo em vista "a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do país", como, por exemplo: proibição de diferença de salário para o mesmo trabalho; salário mínimo capaz de satisfazer as necessidades do trabalhador; carga horária em geral não excedente de 8 horas; regulação do trabalho de menores e mulheres; repouso e férias. Especificamente com relação à questão dos acidentes de trabalho, o texto previa:

> assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurado a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego e a instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidente do trabalho ou de morte (Brasil, 1934).

O advento do Estado Novo em 1937 deve ser compreendido levando-se em conta as transformações que estavam ocorrendo no mundo, as quais reforçavam a ideia de que a democracia liberal estava acabada. Mas isso não quer dizer que o regime que ora se instalava no país seria uma cópia dos modelos fascistas europeus, deixando de lado as especificidades que caracterizariam o caso brasileiro. Era um governo centralizador e autoritário que retirou do Poder Legislativo suas antigas atribuições, centrando no Executivo as tomadas de decisões e deliberações sobre a vida nacional.[15] Essa revolução teria seu início em 1930, sendo 1937 o momento de consolidação dos ideais revolucionários. Nas palavras de Gomes (1988: p.207):

---

15. Há uma extensa bibliografia que trabalha com esse período, da qual podemos destacar: OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P. e GOMES, A. M. C. *Estado Novo: Ideologia e Poder. op.cit*; MEDEIROS, Jarbas. *Ideologia Autoritária no Brasil:* 1930/1945. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1978; GOMES, Angela M. de Castro. *A Invenção do Trabalhismo. Op. cit.*

> A proposta de fundação de um novo Estado, "verdadeiramente nacional e humano", é a grande tônica do discurso político dos anos do pós-37. A importância e a grandeza desta proposta lhe conferiam, na ótica de seus defensores, o estatuto de um novo começo na história do país. A fundação de uma ordem política consentânea com as reais potencialidades, necessidades e aspirações do povo brasileiro significava um autêntico redescobrimento do Brasil.

O Discurso de Getúlio Vargas, quando da inauguração da sede do MTIC, no aniversário de um ano do Estado Novo, destaca elementos bastante significativos dese projeto de um novo país e o papel importante do novo ministério e de sua burocracia técnica:

> Trabalhadores do Brasil: - Ao inaugurar o amplo e majestoso edifício do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, tenho a impressão de ver tomar forma definitiva, com a solidez arquitetônica das construções destinadas a desafiar o tempo, a obra de integração social iniciada com a revolução de 30. [...] Estamos irmanados no mesmo ideal de fortalecimento da Pátria e de aumento do seu poderio econômico. Reconhecendo os princípios de justiça social, e pondo em prática o primado dos direitos da coletividade sobre as prerrogativas dos indivíduos, nunca vos faltou meu Governo, nos momentos decisivos. [...] O Governo Nacional cujo primeiro aniversário hoje comemoramos mantêm-se resoluto no cumprimento da sua missão renovadora e patriótica (Vargas, 1938: p.473).

Analisando a Constituição de 1937 (Brasil, 1937) identificamos a defesa da crescente intervenção do Estado na política e na economia, considerando que esta teria o papel de suprir as deficiências da iniciativa individual quanto aos fatores de produção, buscando dirimir os conflitos existentes em prol dos "interesses da Nação". No tocante à legislação do trabalho, especificamente sobre a questão dos acidentes, conservava a mesma indicação prevista na

Constituição de 1934: a instituição de seguros de velhice, de invalidez e para casos de acidentes do trabalho.[16] Em artigo publicado em 1938, um jurista avalia o impacto da nova constituição no âmbito do mundo do trabalho e tece o seguinte comentário:

> pela Constituição, a intervenção do Estado na economia individual só se dará e será legítima para suprir as deficiências da iniciativa individual e para coordenar os fatores da produção, a fim de evitar ou resolver os conflitos que os mesmos possam provocar, no alto intuito de se deslocar o jogo das competições individuais, muitas vezes nocivas à coletividade, para o ambiente dos interesses nacionais, mais amplo e isento de paixões (Resende, 1938: p.9).

Em 1938, foi criado o Serviço de Higiene Industrial junto à Inspetoria do Trabalho. Podemos inferir que fosse uma demonstração da necessidade de ampliar o espaço para as atividades no campo da higiene e da medicina do trabalho.[17] Entre as atribuições do referido serviço, destacavam-se as atividades de fiscalização das leis e convenções relativas à higiene e segurança do trabalho, tais como: dar pareceres sobre os acordos e convenções coletivas de trabalho para as indústrias; fiscalizar e proibir certos tipos de atividades às mulheres e aos menores; realizar exames periódicos de saúde nos trabalhadores de indústrias frias; fazer inquéritos sobre as condições de trabalho e realizar pesquisas sobre moléstias profissionais (Brasil, 1938)

Pela análise dessas atribuições, destaca-se a fiscalização das condições de trabalho tanto de mulheres e menores, bem como a realização de inquéritos nos estabelecimentos e de pesquisas sobre moléstias profissionais. Reforçava-se, tal como era previsto no Regulamento do Departamento Nacional do Trabalho, de 1934, o caminho para inspecionar/conhecer "tecnicamente", em especial, através de inquéritos e pesquisas, a realidade das nossas fábricas

16. Cf. Constituição de 1937, Título da Ordem Econômica.
17. Cabe lembrar que essa era uma das reivindicações do Inspetor do Trabalho, Dr. Luís Franco quando do seu Relatório de Atividades de 1934, trabalhado por nós anteriormente.

e estabelecimentos industriais, realidade esta que já vinha sendo alvo de reclamações dos trabalhadores desde o início do século.

Com o Decreto n. 24.637, de 10 de julho de 1934, foram estabelecidas novas formas de atuar frente aos acidentes do trabalho. O Decreto previa que a relação das doenças profissionais inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade deveria ser "organizada e publicada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, e revista trienalmente, ouvidas as autoridades competentes". A Portaria n. 81 de 01 de julho de 1938 descrevia minuciosamente as atribuições da Inspetoria do Trabalho e deixava claro em um dos seus artigos que caberia ao grupo de especialistas em higiene do trabalho da Inspetoria

> colaborar, quando solicitado, na organização e revisão trienal da relação das doenças profissionais a ser organizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e funcionar como peritos nos casos de acidentes do trabalho, seja quanto às indenizações a pagar ou quanto à eficácia dos serviços de assistência médica, farmacêutica e hospitalar (Brasil, 1938).

Caberia a esses inspetores médicos do trabalho fiscalizar, realizar inquéritos e pesquisas sobre condições de trabalho, acidentes e doenças profissionais, tornando-se assim, de certa forma, especialistas em higiene e medicina do trabalho. A constituição desse grupo, os médicos do trabalho, só pode ser compreendida se inserida na análise do processo histórico de formação da nova burocracia de Estado no Brasil, no pós-30.

> A "modernização" do país que, segundo os diagnósticos dos anos 20 e 30, já estava em curso e devia ser acelerada, exigia a presença de homens com formação distinta. O Brasil precisava não de "profissionais da política" mas de profissionais com formação técnica específica ao desempenho das novas funções do Estado, cada vez mais intervencionista e autoritário (Gomes, 1994: p.5),).

Seria essa nova burocracia do Estado a portadora de um discurso de competência técnica fundamental à nova relação que se estabelecia entre o Estado e a sociedade:

> A política do governo Vargas não procurava apenas resolver questões jurídicas e formais, mas interpretava os novos problemas econômicos e sociais dos tempos modernos, munida de *administração e técnica especializadas.* [...] As funções dos governos modernos são, acima de tudo, *funções de especialização técnica*, donde a importância da criação dos órgãos representativos da vida econômica do país podem, como interlocutores válidos, exprimir a vontade popular (Gomes, ,1982:p.121 e 139 , grifos nossos).

No conjunto maior da obra de construção do trabalhador nacional e de "revisão moralizadora" do conceito de trabalho, tem espaço e vai sendo construído o campo da medicina do trabalho. Cuidar da saúde do trabalhador nacional e por extensão de sua família é cuidar da nação, do conjunto da nacionalidade. Dessa forma, os trabalhadores vão sendo "diagnosticados no seu dia a dia, clinicados através de dispositivos que permitam a sua regeneração física e moral" (Lenharo, 1986: p.100.)

O campo da saúde do trabalho abrangia uma vasta área do universo das políticas sociais no período examinado. No conjunto das políticas e legislação social voltada para a saúde do trabalhador (medicina e higiene do trabalho), podemos distinguir dois grupos de medidas que se relacionam entre si. O primeiro reúne as medidas voltadas para a manutenção da saúde do trabalhador no processo de produção, via regulamentação das condições de trabalho. O segundo, as normatizações de caráter compensatório à perda da saúde, sendo assim medidas que atingem, na sua maioria, trabalhadores fora do mercado de produção. Assim, de um lado havia um conjunto de medidas ligadas à proteção da saúde, à prevenção da doença no campo da

medicina e da higiene do trabalho e de outro, um conjunto voltado para a assistência ao trabalhador doente no campo da previdência e seguro social.

No primeiro grupo estavam as políticas de caráter preventivo, voltadas para a garantia da saúde do trabalhador através de normatizações no âmbito das condições de trabalho, dentre as quais podemos destacar as medidas de racionalização, de garantia de condições de trabalho adequadas, as práticas de educação sanitária, a questão dos exames periódicos de saúde, as campanhas de prevenção de acidentes, etc. No segundo grupo, estavam as políticas compensatórias, isto é, de produção de normas geradas para atender à questão do trabalhador acidentado/doente.

Se por um lado, inserimos estes "médicos do trabalho" no conjunto da técnico-burocracia do pós-30, por outro, pensando mais especificamente na área da medicina e higiene do trabalho, consideramos os mesmos como agentes constituintes primordiais desse novo *campo de saber* e que, para tanto, construíram sua competência/capacidade/ legitimidade atuando em diversas instituições e utilizando-se de diversos veículos: locais de trabalho; publicações; eventos científicos; associações; instituições de ensino, entre outros.

Ao longo dos anos 20, 30 e 40 do século XX, a questão da definição e da padronização dos termos relativos ao campo da medicina do trabalho permaneceu como uma questão aberta, sem definições únicas, de forma que dependendo da linha de pensamento dos atores envolvidos optava-se pelo uso mais constante e muitas vezes de forma mesclada, dos termos medicina do trabalho e/ou higiene do trabalho. Ilustrativo dessa questão é o depoimento do médico Hugo Firmeza acerca do uso das diferentes denominações:

> Já certa vez tivemos ocasião de criticar a denominação oficial de "médicos do trabalho" que no Brasil é dada aos que têm por atribuição a higiene do trabalho. E dissemos: estes são "higienistas do trabalho". "Médicos do trabalho" são os da previdência social, pois são eles os que exercem realmente a clínica do trabalho, no contato constante e obrigatório que tem com os trabalhadores, assistindo-os em todas as

> suas doenças e em todos os seus acidentes; "médicos do trabalho" são os médicos de empresas, que atendem aos empregados e conhecem os locais em que estes têm sua atividade e os métodos de trabalho em que se ocupam (Firmeza, 1949: p.28).

Era a medicina do trabalho uma especialidade que estava se consolidando, sendo fundamental, portanto, as disputas e lutas por autoridade, legitimidade, reconhecimento e prestígio dos atores que a estavam construindo, das suas falas e dos lugares de onde falavam. Considero, então, esses médicos e higienistas do trabalho não como grupos que possuíam opções conceituais ou mesmo interesses muito diversos, mas sim, como atores que estavam lutando por reconhecimento nos diferentes lugares que ocupavam: os médicos do trabalho, no MTIC e os higienistas do trabalho, no MES.

Em debate os olhares dos juristas, médicos, trabalhadores e empresários

Retomando alguns aspectos do amplo debate acerca das legislações e normatizações no campo da medicina do trabalho, podemos destacar que as leis que modificaram as normatizações acerca dos acidentes do trabalho em 1934 e 1944, guardadas as suas diferenças, equipararam as doenças profissionais aos acidentes do trabalho e as dividiram em dois grupos (Brasil, 1934; 1944). As ditas profissionais, inerentes ou peculiares a determinados ramos de atividade e as resultantes das condições especiais ou excepcionais em que o trabalho fosse realizado. O primeiro grupo, as inerentes ou peculiares a determinados ramos de profissão, tais como as intoxicações por chumbo e a silicose, constantes da relação elaborada pelo MTIC estariam isentas da necessidade de comprovação da ligação entre o trabalho e a doença. No segundo grupo, as doenças resultantes das condições do trabalho (nesse conjunto incluem-se os casos de indenização por doenças como a tuberculose e hérnia, por exemplo) era necessário comprovar-se o nexo entre o trabalho e a deflagração da doença.

Era exatamente nesse grupo das doenças resultantes das condições do trabalho que se enquadravam os julgamentos dos processos de tuberculose. Acompanhando a jurisprudência sobre os mesmos, pudemos observar as diferentes argumentações e posicionamentos das partes envolvidas nas ações. Alegavam os empregados ou mesmo seus familiares, na maior parte das ações, ter sido a doença contraída em virtude das condições do trabalho e solicitavam, dessa forma, indenização de acordo com a legislação que regulava os acidentes de trabalho. A relação tuberculose e trabalho era clara e presente no universo desses trabalhadores, tal como o era entre os trabalhadores das primeiras décadas. Todos eles, ao longo de décadas, consideraram a doença adquirida, uma espécie de "injustiça causada" (Moore, 1987.), isto é, sofrida em decorrência do trabalho, contra a qual seria possível, nesse momento, o recurso à justiça, ao campo dos direitos sociais.

Diante desse "embate" e inseridos no mesmo, os meios médico, trabalhista, empresarial e jurídico foram constituindo "saberes", formulando políticas, normas e propostas de enfrentamento às doenças do trabalho e à tuberculose. A tuberculose poderia ou não ser uma doença do trabalho e, portanto, alvo de indenizações a trabalhadores tuberculosos? Tanto a *Revista do Trabalho* como o *Boletim do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio* possuíam seções dedicadas à jurisprudência várias ações referentes a processos julgando casos de tuberculose como doença do trabalho, assim como os compêndios de jurisprudência, os manuais de Direito do Trabalho e outros periódicos específicos que foram criados ao longo dos anos de 1940 e início de 1950: a *Revista Medicina do Trabalho* e *Medicina e Engenharia do Trabalho*.

As sentenças dos juízes refletiam em muito todas as polêmicas que cercavam o debate. De um lado, os empresários que não imputavam ao trabalho e sim às condições e hábitos de vida fora do espaço do trabalho, o acometimento por tuberculose do trabalhador. De outro, os trabalhadores e seus familiares que apontavam para a relação existente entre as condições e ambiente de trabalho e a tuberculose, argumentando, por exemplo, que os exames de admissão não tinham detectado a doença.

Porém cabe destacar que nesse espaço tanto os médicos legistas (atuavam no campo da perícia médica em ações de doenças do trabalho), quanto os

médicos do trabalho e os tisiólogos (especialistas na doença tuberculose), atuavam como coadjuvantes. A luta, quando chegava ao cenário do tribunal, não mais estava sendo travada exclusivamente no campo do saber médico, tornava-se uma luta entre os representantes dos interesses dos empresários e dos trabalhadores. Era uma luta entre trabalhadores e patrões travada na arena jurídica, na qual a decisão caberia ao juiz que baseava sua decisão com base nos argumentos e documentos presentes nos processos, dentre os quais podemos destacar as perícias dos médicos legistas, a fala dos tisiólogos, os depoimentos das testemunhas, artigos e livros acerca do tema, documentos anexados, entre outros.

Em sentença proferida em 26/06/1941, o Juiz de Direito Tácito Morback, da Vara dos Acidentes de Trabalho de São Paulo, ao julgar a solicitação do foguista e calandrista de uma indústria de condutores elétricos que afirmava ter contraído tuberculose em função das precárias condições do seu trabalho (variações de temperatura, aspiração de poeiras etc.) fez a seguinte consideração: "a jurisprudência tem firmado o princípio de que a tuberculose, embora não esteja inscrita entre as doenças profissionais, em certas circunstâncias assim deve ser considerada". (Revista do Trabalho, 1941: p.452) Finalizando a sentença, o juiz destacou que as más condições de trabalho vinham sendo responsáveis pela eclosão da tuberculose em grande número de operários.

Outro elemento bastante presente nas sentenças era a prática de justificar os votos recorrendo à produção médico-científica sobre a questão. Citavam-se especialistas em medicina do trabalho, em tisiologia e em infortunística,[18] brasileiros e estrangeiros. Entre os brasileiros, Araújo de Castro, Afrânio Peixoto, Barros Barreto e Flamínio Fávero eram os mais destacados. Referências a médicos especialistas italianos e franceses também compunham os textos de diversas sentenças. Dessa forma, os especialistas em medicina do trabalho e em medicina legal embasavam as considerações e até mesmo as decisões jurídicas no campo do direito do trabalho, demonstrando a inter-relação entre os saberes médicos e jurídicos.[19]

---

18. A infortunística pode ser definida como o conjunto de regras e princípios adotados para o estudo dos riscos, acidentes e doenças decorrentes das atividades profissionais.
19. Destacam-se no estudo da relação entre medicina e justiça os trabalhos de Antunes, t, Carrara, S, entre outros.

Elucidativo dessa interação é o processo movido por um trabalhador, em 1941, que por lidar com raspagem de tintas, alegou ter desenvolvido uma pneumoconiose que posteriormente evoluiu para tuberculose em função do ambiente de trabalho, carregado de pós-suspensos. O empregado veio a falecer no curso do processo, mas a família prosseguiu com a ação. Houve divergência entre os laudos médicos: um apresentava como causa da morte uma tuberculose galopante e outro apontava a tuberculose como uma evolução da pneumoconiose adquirida em função do trabalho executado.

Ao iniciar o texto do acórdão, o desembargador relator destacou que, mesmo sem ser um especialista em medicina e infortunística, era de fundamental importância para um juiz ter noções básicas sobre essa área do conhecimento para poder emitir seus julgamentos. Nesse sentido, recorreu a trabalhos médicos de especialistas estrangeiros sobre pneumoconioses, e citou o laudo apresentado por um famoso radiologista, médico da Faculdade de Medicina, que diagnosticava a pneumoconiose do operário como proveniente do exercício do trabalho. Finalizando, o relator considera ter sido o ambiente do trabalho o instrumento de "êxito letal", inicialmente pela pneumoconiose que abriu caminho para que, posteriormente, a infecção tuberculosa se instalasse em terreno minado, levando o operário a "sucumbir vítima de moléstia contraída no trabalho", confirmando a decisão favorável ao operário.[20]

Seguindo a mesma linha de argumentação, o processo da operária de uma fábrica de tecidos que alegou ter contraído tuberculose devido ao trabalho desenvolvido em ambiente abafado, sem ventilação e com grande número de operários, foi isentada de qualquer responsabilidade pela doença. Afirmava ser uma pessoa de "costumes morigerados", isto é, pessoa de "bons costumes" que, ao ingressar no trabalho, não apresentava problemas de saúde. A proprietária do estabelecimento contestou as alegações da operária afirmando não ser real a descrição do ambiente de trabalho por ela feita, tanto que não havia outros casos de tuberculose entre os demais operários. Com relação à operária, insinuou que "o estado de saúde da autora alterou-

20. Cf. *Revista do Trabalho*, dezembro, 1941, p. 683-685.

se depois de ter ela contratado casamento e dado à luz um filho" (Revista do Trabalho, 1941: p.33).

Mais uma vez a pretensão foi a de responsabilizar a vítima, tornando-a causadora do aparecimento da doença. Porém, as provas testemunhais e o laudo dos peritos foram suficientes para considerar as precárias condições do trabalho como as responsáveis pela doença, embasando dessa forma a decisão do juiz pela procedência da ação. Um importante estratagema era alterar o lugar das peças no tabuleiro das relações de trabalho: os próprios operários, pelas suas condições de vida, se tornavam, eles mesmos, responsáveis pela sua doença. Ou, por outro lado, os operários jogavam afirmando serem "pessoas de bons hábitos". Assim, como já ressaltamos, uma estratégia dos empregadores era responsabilizar as "imprudências praticadas fora do trabalho" pela tuberculose, e, por parte dos operários, culpava-se o exaurimento orgânico, consequente das condições e do ambiente de trabalho como causador da mesma.

Do conjunto das ações por nós analisadas, havia as que não consideraram a tuberculose ter sido contraída em função do trabalho, o argumento primordial era o fato de não ter sido explicitado o nexo causal entre o trabalho e a doença. De uma forma geral, os juízes justificavam seus pareceres contrários aos pedidos de indenização, alegando não ter ficado suficientemente demonstrada a relação entre causa (condições de trabalho) e efeito (tuberculose). Nesse sentido, a doença poderia ter sido contraída em decorrência das condições de vida do próprio trabalhador.

Alteravam-se as peças do jogo, de forma que os próprios trabalhadores, pelas suas condições de vida, tornavam-se, eles próprios, responsáveis pela doença. Responsabilizam-se das "imprudências praticadas fora do trabalho" e, ao mesmo tempo, apontava-se para o exaurimento orgânico, não se levando em conta o papel fundamental do trabalho e das condições em que o mesmo era exercido, em tal esgotamento. "A tuberculose é uma doença social", essa era uma afirmação recorrente, tanto na defesa dos acusados, os patrões, como nas sentenças dos juízes, e como tal, não caberia responsabilizar os patrões pelo seu acometimento. Dúvidas eram levantadas: não teria havido algum caso de tuberculose na família do operário? Quando ingressou no serviço, gozava realmente o trabalhador de boa saúde? Era o

trabalhador uma pessoa de "bons costumes" ou havia indícios de ter uma "vida desregrada", "imprudente"?

Desse grupo, selecionamos o processo de Arlete, operária de uma lavanderia que afirmava ter contraído tuberculose em função de transportar roupas úmidas e trabalhar em piso de cimento, foi julgada improcedente posto que a perícia realizada considerou as condições de trabalho dentro das normas da técnica e da higiene e testemunhas descreveram a vítima como "moça franzina, de constituição enfermiça, dada a desregramento sexual e descuidada da própria saúde". O juiz finalizou sua sentença, demonstrando profundo desgosto frente à impossibilidade legal de atender às reivindicações da operária: "[julgo] improcedente a ação, malgrado a funda tristeza que nos toca de não poder amparar a pretensão de Arlete" (Revista do Trabalho, 1944: p.48).

Considerações finais

> as percepções humanas do sofrimento e suas causas mudam historicamente junto com a capacidade de lidar com a miséria, capacidade esta que reflete recursos culturais, sociais e tecnológicos específicos (Moore, 1987: p. 30).

Seguindo a abordagem apresentada por Barrington Moore, a exteriorização da ideia da doença para além do indivíduo, relacionando-a com as condições de trabalho, foi parte do processo de percepção/formulação da própria doença como uma "injustiça causada" que aumentava a miséria humana, mas que era um fato social e não um dado "natural" (Mattos, 2014: p. 219). Eram determinadas condições de trabalho que causavam essas doenças e, portanto, elas eram passíveis de serem evitadas e, quando não o fossem, os trabalhadores acometidos pelas mesmas deveriam ser "indenizados".

Foi nesse sentido que buscamos trabalhar com o processo de constituição dos saberes direcionados ao binômio saúde/doença do trabalho. O fato

das "doenças do trabalho" e das condições de trabalho tornarem-se objetos de políticas nos aponta para um processo anterior de sua desnaturalização e de criação de demandas que buscavam evitá-las ou compensá-las. Nas palavras de Mattos (2014: p.219), as diferentes formas de ação, as possíveis fragmentações, os tipos de conquistas, as formas de luta, em resumo, a diversidade dos mundos do trabalho, só pode ser compreendida tendo por base as condições históricas nas quais as mesmas se deram

> sem perder de vista os complexos caminhos de definição da subjetividade coletiva das classes sociais, ou seja, incluindo a diversidade de projetos societários que tais diferentes formas de exploração podem gerar, atentando para sua tendência a unificação, que só pode se completar em movimentos históricos nos quais o aspecto da organização e do espontaneísmo se complementem de forma bem sucedida (Mattos, 2014: p.219).

Assim, os trabalhadores eram diagnosticados, "investigados", no seu dia a dia, em busca de provas que os responsabilizem individualmente pelas suas condições de saúde. No discurso dos empresários, de alguns juízes e de médicos sanitaristas, as imagens do trabalhador e das suas condições de vida estavam associadas à promiscuidade, doença e sujeira. Os próprios trabalhadores ao apresentarem seus argumentos e suas justificativas para solicitar o amparo da justiça, não deixavam de afirmar serem pessoas de bons costumes, decentes e que gozavam de boa saúde quando foram admitidos. Era o "trabalho" de reconstrução da sua própria imagem e de afirmação do seu próprio discurso, contando para tanto, por muitas vezes, com o auxílio dos advogados. Tal estratégia demonstrava o conhecimento da imagem sobre eles construída e a necessidade muitas vezes de sobrepor outra imagem. Em outras palavras, é a percepção, compartilhada por atores políticos diferenciados, de que tais doenças – aquelas que "lentamente" adoeciam e matavam os trabalhadores - são uma "injustiça" e não um destino que quisemos trazer para o debate com este artigo.

Referências de fontes primárias:

BANDEIRA DE MELLO, Afonso. Trabalho de Menores. *BMTIC*, 3(25), setembro, 1936, BRASIL, Constituição de 1937, Título da Ordem Econômica.

BRASIL, Decreto-Lei nº 7.036 de 10 de novembro de 1944.

BRASIL, Portaria de n. 81 de 01 de junho de 1938, Item "Exames Clínicos do Trabalhador", letra h. *Revista do Trabalho*, agosto, 1938, p. 368-270.

BRASIL, Portaria do Inspetor Chefe do DNT de 27 de julho de 1938.

BRASIL. Constituição de 1934, Título IV Da Ordem Econômica e Social, Art. 121.

BRASIL. Constituição de 1937, Título da Ordem Econômica.

BRASIL. Decreto 16.300 de 31/12/1923.

BRASIL. Decreto nº 24.637 de 10 de julho de 1934.

BRASIL. Decreto nº 3.724, 15 de janeiro de 1919.

BRASIL. Portaria do Inspetor Chefe do DNT de 27 de julho de 1938.

BRASIL. *Relatório do MTIC de 1934* (Dr. Agamenon Magalhães). Rio de Janeiro: Departamento de Estatística e Publicidade, 1935.

CALLAGE, Fernando. A Questão Social e a Cultura Brasileira. *Revista do Trabalho*, 7(12), dezembro, 1939, p. 1-7.

ENSP/Fiocruz. Documentação relativa ao Curso de Higiene e Saúde Pública de 1926. Arquivo dos Cursos de Saúde Pública, Secretária Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

FIRMEZA, Hugo. Prevenção das doenças profissionais. *Revista Médica do Trabalho,* 3 (13), dezembro, 1949

FRANCO, Luis. Relatório de Atividades da Inspetoria do Trabalho de 1934. BMTIC, n.7, março, 1935, p. 114.

MEDEIROS, Maurício *apud* AZEVEDO, Camerino Bragança de. *Doenças Profissionais em Geral.* Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, s/e., 1927.

NASCIMENTO, Amauri Mascarro. *Curso de Direito do Trabalho:* história e teoria geral do Direito do Trabalho. Relações individuais e coletivas do trabalho. São Paulo: Editora Saraiva, 1989.

PEIXOTO, Afrânio; FAVERO, Flamínio; RIBEIRO, Leonídio. *Medicina legal dos acidentes do trabalho e das doenças profissionais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1926, p. 109.

Revista do Trabalho, abril, 1941, p. 50-59.

Revista do Trabalho, agosto, 1941, p. 451-462.

Revista do Trabalho, dezembro, 1941, p. 683-695.

Revista do Trabalho, maio, 1944, p.42-53.

REZENDE, Lysandro Monteiro de. A Legislação do Trabalho em Face da Nova Constituição. *Revista do Trabalho*, janeiro, 1938.

s/autor. Jornal do Comércio, 07 de julho de 1917- Seção Publicações e Pedidos.

VARGAS, Getúlio. Discurso na Inauguração do Palácio do Ministério do Trabalho. *Revista do Trabalho*, novembro e dezembro de 1938, p. 472-474.

Referências bibliográficas:

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. *As parcelas (in)visíveis da saúde do trabalhador:* uma contribuição da medicina do trabalho no Brasil (1920-1950). Niterói, UFF, Tese de Doutorado em História, 2004.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá *De moléstias a doenças profissionais:* uma contribuição ao estudo das doenças do trabalho no Brasil. Niterói, UFF, Dissertação de Mestrado (História), 1994.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As doenças "do trabalho" no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920-50). *Mundos do Trabalho*, v. 7, n. 13, p. 65-84, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37100/31300>.

ARAÚJO, Rosa Maria Barboza de. *O Batismo do Trabalho:* a experiência de Lindolfo Collor. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1981, p. 68.

ARMUS, Diego. Excesos, fatiga laboral y enfermedad. Buenos Aires, 1880-1950. *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 11-26, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37874>.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. ORTIZ, Renato (org) *Pierre Bourdieu:* Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

CARRARA, S. *Tributo a Venus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de janeiro: Editora Fioruz, 1996*

CPDOC/FGV, *DICIONÁRIO HISTÓRICO BIOGRÁFICO BRASILEIRO* – DHBB. Rio de Janeiro, FGV, 2000.

GALLO, Óscar. Acidentes de trabalho na Colômbia. Doutrina, lei e jurisprudência (1915-1950). *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 129-149, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37076>.

GOMES, Angela M. de Castro. *Burguesia e Trabalho:* política e legislação social no Brasil, 1917-1937. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

GOMES, Angela M de Castro. O Redescobrimento do Brasil. *in*: OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P. e GOMES, A. M. C. *Estado Novo:* Ideologia e Poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores S. A, 1982, p.114-128.

GOMES, Angela M. de Castro. *A Invenção do Trabalhismo*. São Paulo: Vértice; Rio de Janeiro: IUPERJ, 1988.

GOMES, Angela de Castro (coord.). *Engenheiros e economistas: novas elites burocráticas.* Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1994.

GOMES, Angela M. de Castro. *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2000.

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Editora da Civilização Brasileira, 1979.

HERRERA GONZÁLEZ, Patricio. Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado de América Latina, 1936-1946. *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 105-128, mar. 2016. ISSN 1984-9222. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37873>.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. PANDOLFI, Dulce (org). *Repensando o Estado Novo.* Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999, p. 74.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. *in*: BOMENY, Helena (org.). *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2001, p. 133.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento.* As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC/ANPOCS, 1998.

LABRA, Maria Eliane. O Movimento Sanitarista nos anos 20: Da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Dissertação de Mestrado da Escola Brasileira de Administração Pública, 1985.

LENHARO, Alcir. *Socialização da Política*. São Paulo: Papirus, 1986, p. 100.

LEOPOLDI, Maria Antonieta P. Estratégias de ação empresarial em conjunturas de mudança política. PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999, p. 115-178.

MÁRQUEZ, Jorge. El médico de oficio en Colombia en las décadas de 1920 y 1930. *Mundos do Trabalho*, Florianópolis, v. 7, n. 13, p. 85-104, mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37185>.

MARKOWITZ, Gerald; ROSNER, David. The illusion of medical certainty: Silicosis and the Politics of Industrial Disability, 1930-1960. *in*: ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet. *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1992, p. 185-205.

MATTOS, Marcelo Badaró."*Trabalho e Seguro Social":* Aspectos Médico-Higienistas da Política Social do Estado entre as décadas de 1930 e 1950 no Brasil. Rio de Janeiro: 1991 (mimeo).

MATTOS, Marcelo Badaró. A classe trabalhadora através do materialismo histórico: passado e presente de um detalhe aberto. *Relações Laborais em Portugal e no Mundo Lusofônico:* História e Demografia. Lisboa, Edições Colibri, 2014, p.213-225.

MOORE, Barrington. *Injustiça* - as bases sociais da obediência e da revolta. São Paulo, Brasiliense, 1987.

NASCIMENTO, Amauri Mascarro. *Curso de Direito do Trabalho:* história e teoria geral do Direito do Trabalho. Relações individuais e coletivas do trabalho. São Paulo: Editora Saraiva, 1989.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. Introdução. OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P. e GOMES, A. M. C. *Estado Novo:* Ideologia e Poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores S. A, 1982.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. Tradição e Política. *in*: OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P.; GOMES, A. M. C. *Estado Novo:* Ideologia e Poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores S. A, 1982, p. 33.

ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet. *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1992

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça:* a Política Social na Ordem Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1987.

VELLOSO, Mônica Pimenta. Cultura e poder político: uma configuração do campo intelectual. *in*: OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P.; GOMES, A. M. C. *Estado Novo:* Ideologia e Poder. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A, 1982.

VERGARA, Angela. The Recognition of Silicoses: Labor Unions and Physicians in the Chilean Industry. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 79, p. 723-748, 2005.

VIANNA, Luiz Werneck. *Liberalismo e Sindicato no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

3

A institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil e seus vários começos

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos[1]

Uma história pode ter muitos começos. E apenas um fim. Ou vice-versa. A história da saúde do trabalhador e sua institucionalização no Brasil tem vários começos e não tem fim. O fim dessa história possivelmente virá quando o adoecimento e a morte no trabalho deixarem de ser algo natural, por força de suas instituições responsáveis... que são muitas. Talvez, assim, o Brasil possa ter uma institucionalização da saúde do trabalhador com final feliz. Por ora vamos contar uma história com muitos começos...

O primeiro começo, os começos anteriores e o segundo começo

O primeiro começo foi bem antes do Brasil preocupar-se com a saúde de seus trabalhadores. Foi na Revolução Industrial, no final do século XVIII e início do XIX, em que a burguesia industrial e o parlamento inglês, de comum acordo, resolveram estabelecer regras contratuais para o emprego de

1. Médico e Pesquisador do Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz.

operários nas fábricas. A razão? Situações similares a guerras de extermínio dos trabalhadores em seu trabalho. As novas regras que deram origem ao direito trabalhista tinham, por certo, a proteção da saúde, especialmente de crianças. A razão? Manutenção da força de trabalho para sua reprodução.

> Sem a adoção de medidas de manutenção do corpo sadio, a própria reprodução do capital correria riscos de não se perpetuar... sem trabalhadores com a mínima possibilidade de continuar vivendo e se reproduzindo, o "combustível" humano das novas fábricas poderia se tornar insuficiente para gerar novas riquezas, novas fábricas, novas acumulações (Vasconcellos; Oliveira, 2008: p.116).

É bem verdade que antes desse primeiro começo já tinha havido outro começo, em 1700, quando o médico italiano Bernardino Ramazzini, baseado em descrições, desde a antiguidade, das doenças relacionadas ao trabalho, publicou o seu livro clássico *De Morbis Artificum Diatriba*. Apresentando uma análise detalhada de várias doenças, enriquecida por uma sistematização esplêndida, Ramazzini propunha medidas de proteção à saúde das pessoas em sua relação com o trabalho, muito antes dos primeiros regramentos contratuais pós-Revolução Industrial (Ramazzini, 2000; Vasconcellos; Gaze, 2013: s. p.).

Mas, voltando à Revolução Industrial, após um tímido primeiro começo dessa história, tivemos um segundo começo, este fundamental, para chegarmos à saúde do trabalhador no Brasil, quase dois séculos depois. Foi quando numa das leis fabris – a de 1833 – o Parlamento Britânico instituiu a inspeção médica do trabalho. Estava, assim, de algum modo, criada a Medicina do Trabalho, pois o médico passou a ser a pessoa de confiança do capitalista industrial, que se dispusesse a defendê-lo, para servir como interlocutor das novas regras de proteção da saúde (Mendes; Dias, 1991: s. p.).

> O surgimento da medicina do trabalho [...] propicia a criação de uma cultura médica dentro das fábricas, que posteriormente será legitimadora

> das condições de trabalho e controle sobre o corpo operário, a despeito do fato de que a razão hipocrática da medicina, sob juramento, é móvel da cura e da prevenção de doenças (Vasconcellos; Oliveira, 2008: p.119).

Uma nova medicina do capital industrial, centrada no controle do corpo biológico dos trabalhadores, gerou uma contradição epistemológica, até hoje não superada, de criação de uma cultura própria e de um olhar muito peculiar sobre a relação saúde-trabalho. São várias as decorrências dessa cultura: culpabilização do trabalhador por sua enfermidade ou acidente no trabalho; desconsideração dos danos subjetivos à saúde decorrentes do trabalho; procedimentos filtrantes de caráter médico-pericial no âmbito das próprias empresas; imposição de limites na exposição a agentes insalubres; menosprezo pelos problemas sociais e familiares que repercutem no trabalho; entre tantas outras. Inaugurou-se uma subserviência da medicina aos interesses do capital, situada no mundo do trabalho, distorcendo paradigmas da prevenção dos danos à saúde na complexidade do processo saúde-doença, contrariando a ideia clássica de uma medicina a favor da saúde e da humanidade (Waissmann, 2000; Vasconcellos; Pignati, 2006: s. p.).

A inserção da figura do médico, ressignificada na medicina do trabalho, enquanto campo de conhecimentos voltado para o exercício do controle da força de trabalho, é tão legitimada na norma legal que todos os trabalhadores brasileiros regidos pelo contrato Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) são obrigatoriamente sujeitos ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), estabelecido na Norma Regulamentadora nº 7 (Brasil, 2016: s. p.). A expressão "controle médico" diz respeito a uma postura institucionalizada de tutela, subordinação e autoridade sobre o trabalhador que pode servir para qualquer coisa. Controle para não adoecer, controle para adoecer até certo ponto ou controle para não servir mais ao processo produtivo que gera adoecimento.

Embora o surgimento do direito à saúde no trabalho possa ter tido um caráter humanístico, submeter o corpo trabalhador a regras que lhe impõem adequações para o ato de produzir seguiu um curso histórico, ainda não interrrompido, cujas consequências são desvios e deformações que se renovam, acumulam-se e incidem sobre a natureza bio-psíquica da

pessoa que trabalha. Deformam seu corpo (pelo uso de equipamentos), impõem ritmos ditados pelas máquinas (que agem sob a ordem humana), possibilitam a mutilação de partes do corpo, criam gerações sucessivas de incapacitados, matam com a solução da reposição dos mortos.

O terceiro e o quarto começo

Um terceiro começo dessa história pode ser delimitado pelo surgimento da seguridade social alemã, no final do século XIX. O chamado modelo bismarckiano mantém, até hoje, a sua lógica contributiva, organizacional e administrativa que, inclusive, rege a institucionalidade da previdência social brasileira. Teixeira (1985: s. p.) observa que o seguro social alemão foi criado como instrumento de alta densidade política para cooptar setores menos combativos da classe operária. É sempre bom lembrar que na década de 1880, quando foi criado o seguro social, a Alemanha possuía uma classe operária altamente politizada, num contexto de confronto explícito, nos vários países da Europa, entre os setores liberais-burgueses, com o aval da Igreja Católica, e os setores revolucionários anti-capitalistas inseridos na classe operária desses países.

Vasconcellos e Oliveira (2008: p. 122) assinalam que a vinculação da seguridade social ao trabalho, desenvolvida a partir daí, reforçou a concepção de saúde enquanto "'insumo' motriz do processo produtivo" (Vasconcellos e Oliveira, 2008: p. 122). Os mesmos autores observam que no tocante às relações saúde-trabalho emerge um "conceito de saúde vinculada ao contrato, tutelada por este, restritiva e discriminatória" (Vasconcellos e Oliveira, 2008: p. 122).

Desde então, o direito à saúde no trabalho foi estruturado em duas grandes vertentes:

> uma vinculada a um "direito trabalhista", cuja tônica é o estabelecimento de regras contratuais para o controle da produção sobre o corpo biológico (adaptação do processo produtivo) e o controle do corpo biológico na produção (adaptação da natureza humana), ambas com o caráter de

> uma pretensa prevenção de danos à saúde; outra vinculada a um "direito previdenciário", com o estabelecimento de regras de seguridade social para "amenizar" os efeitos da produção sobre a natureza humana, com caráter preponderante de uma pretensa reparação dos danos à saúde (Vasconcellos; Oliveira, 2008: p. 123).

Um quarto começo dessa história é demarcado quando a medicina do trabalho, frente à sempre crescente complexidade do mundo do trabalho, mostra-se insuficiente para dar conta do controle médico das pessoas identificando sua capacidade (ou não) para continuar produzindo. Passa-se a convocar, a partir do século XX, novas disciplinas do conhecimento capazes de detectar e influir sobre as razões do adoecimento e da morte no trabalho. Com destaque para a Engenharia, a Psicologia, a Epidemiologia e a Ergonomia, a chamada Saúde Ocupacional incorpora a Medicina do Trabalho e passa a se constituir no parâmetro institucional de atenção à saúde dos trabalhadores. Mendes e Dias (1991: p. 344) reportam-se a esse novo campo de atuação, de modo a:

> saber porque o modelo da saúde ocupacional [...] não conseguiu atingir os objetivos propostos. [...] o modelo mantém o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo; não concretiza o apelo à interdisciplinaridade: as atividades apenas se justapõem de maneira desarticulada e são dificultadas pelas lutas corporativas; a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanham o ritmo da transformação dos processos de trabalho; *o modelo, apesar de enfocar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde*; a manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (Mendes e Dias, 1991: p. 344, grifo nosso).

O grifo da citação anterior não é um mero capricho de preferência no discurso retratado. É quase a razão deste texto. Trabalhadores em seus postos,

produzindo e alienando de si a riqueza que produzem, perdendo sua vida, sua saúde e sua dignidade desde o primeiro começo desta história e dos outros começos que lhe antecederam foram meros objetos. Foram objetos de seus donos (compradores de suas forças de trabalho), foram objetos das normas criadas para protegê-los (sem mudar a essência de seus males), foram objetos de si próprios (sem poder mudar o rumo das coisas pela necessidade de sobreviver). Jamais foram sujeitos de sua própria história no trabalho.

Falar disso é falar da institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil, mas, ainda não. É preciso, antes, conversar sobre as diferenças entre o que se tem – institucionalizado, arraigado, consolidado, agarrado: a saúde ocupacional – e o que queremos ter – a saúde do trabalhador: arrastada, polêmica, contra-hegemônica, utópica. "Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador são expressões que se referem às relações entre saúde e trabalho que, geralmente, são utilizadas indistintamente, como se seus significados fossem idênticos. Não são" (Vasconcellos, 2011: p. 401).

Embora saúde ocupacional e saúde do trabalhador direcionem seus campos de ação para a relação saúde-trabalho, com o aparente objetivo de preservação da saúde no trabalho, são marcantes as suas "diferenças conceituais, ideológicas, institucionais, normativas, culturais, sociopolíticas e econômicas que acabam por estabelecer políticas públicas distintas em suas diretrizes de ação e de comportamento dos agentes públicos por elas responsáveis" (Vasconcellos, 2011: p. 401-402).

O século XX, especialmente após a 2ª Guerra Mundial, foi palco de intensas lutas por direitos humanos das mais diversas ordens. A guerra fria, cujo pêndulo ideológico do conflito entre os blocos capitalista-comunista oscilava entre a brutalidade da repressão e a "candura da concessão", propiciou o surgimento de uma nova ordem da conquista de direitos. "A derrota da Alemanha e o fim da Segunda Guerra Mundial foram os eventos históricos que conduziram ao regime internacional de direitos humanos contemporâneo" (Hernandez, 2010: p. 16). Direitos vinculados à liberdade de expressão, à sexualidade e posse do próprio corpo, ao uso de drogas, à afirmação de identidades étnicas, raciais e de gênero, à preservação do meio ambiente e, enfim, agregados na Declaração e Pactos dos Direitos Humanos

da Organização das Nações Unidas - direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais - deflagraram ordenamentos jurídicos de garantia de direitos até então inéditos na história humana. É possível que a rapidez dessas novas conquistas, em pouco mais de quatro décadas, seja a razão da atual reação dos setores conservadores das sociedades que, aos poucos, vêm despertando da perplexidade causada por aquela ordem normativa contrária aos seus interesses de opressão, discriminação, dominação.

Pois no cenário do pós-guerra, a Itália, derrotada, torna-se campeã europeia de acidentes de trabalho. Naquele contexto internacional de luta por direitos, em virtude da situação calamitosa do mundo do trabalho, muitas iniciativas são tomadas pelos operários italianos, suas organizações sindicais e diversos intelectuais do campo das relações saúde-trabalho, inclusive da área médica. Era patente uma crítica ao modelo da saúde ocupacional, vigente nos sistemas de trabalho dos países capitalistas, inclusive pela incapacidade de impedir a doença e a morte operária. Uma das iniciativas, promovida pelo Partido Comunista Italiano, foi iniciada em 1967, com um inquérito que levantou a realidade das fábricas, evidenciando a exploração dos trabalhadores com a conivência dos órgãos estatais que deveriam proteger o trabalhador (Berlinguer, 1983: s. p.).

Tendo como centro da crítica o modelo trabalhista-previdenciário histórico, propunha-se uma nova medicina, comprometida com a saúde operária e não com a "saúde do capital", colocando forte e veementemente a figura do trabalhador como protagonista do processo de defesa da sua própria saúde no trabalho (Basaglia *et al*, 1980; Belli, 2001: s. p.).

O movimento que daí surgiu cunhou a expressão "saúde do trabalhador" que chegou a nossos dias, no Brasil, com o crédito de Modelo Operário Italiano. As características do modelo podem ser assim resumidas: estruturação de grupos homogêneos de risco para avaliar as condições de trabalho; criação de ferramentas de avaliação (mapa de riscos); trabalhadores como sujeitos da transformação dos processos e ambientes de trabalho e, não, simples objetos de avaliações técnicas; validação por consenso entre saber técnico e saber dos trabalhadores (saber operário) (Alonso, 2007: s. p.). Um aspecto da institucionalização do modelo italiano guarda uma

analogia importante para a instituição da saúde do trabalhador no Brasil: as questões decorrentes das relações saúde-trabalho passaram a ser problema de saúde pública.

Antes restritas ao âmbito das relações contratualistas, sob o manto normativo trabalhista e previdenciário, o direito passa a voar mais alto, sendo alçado à condição de direito humano à saúde. Esboça-se o quinto começo desta história.

Saúde Ocupacional (SO) e Saúde do Trabalhador (ST) – para chegar ao quinto começo

Na medida em que a ST começa a ser reconhecida como um problema de saúde pública, a ser referendada pelo sistema de saúde brasileiro que se pretendia criar no processo de Reforma Sanitária das décadas de 1970/80, aparecem as contradições entre os campos da SO e da ST.

> O movimento da Reforma Sanitária Brasileira consolidou a compreensão de que as relações saúde-trabalho estão contidas no campo de ação da saúde pública e introduziu no seu ideário essa perspectiva, na concepção ampliada de mudança do modelo sanitário do país. Nos moldes do conceito italiano original, surgiu o conceito técnico-normativo de saúde do trabalhador, inscrito na Constituição Brasileira de 1988 e consolidado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990), que dá organicidade ao Sistema Único de Saúde - SUS (Vasconcellos, 2011: p. 407).

Uma nascente institucionalização da ST funda o Estado brasileiro "como provedor de uma política pública indistinta para o conjunto dos trabalhadores brasileiros, mantendo-se a saúde ocupacional como o campo técnico-normativo aplicado à relação privativa entre partes, subordinada ao contrato" (Vasconcellos, 2011: p. 410).

Uma espécie de conflito epistemológico entre SO e ST cristaliza-se e exacerba o cisma ideológico entre os campos...

> apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação, sobretudo num campo potencialmente ameaçador, onde a busca de soluções quase sempre se confronta com interesses econômicos arraigados e imediatistas, que não contemplam os investimentos indispensáveis à garantia da dignidade e da vida no trabalho (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997: p. 23).

Tambellini (1988: p. 12) sinalizava para um conceito demarcatório do que compreendia como política de saúde do trabalhador: "é a expressão do poder dos trabalhadores de ter saúde e tomar em suas mãos o controle de suas próprias vidas, saúde e trabalho" (Tambellini, 1988: p. 12). A mesma autora assinalava as diferenças entre os campos da Medicina do Trabalho, da SO e da ST no quadro I.

Quadro I
Medicina do Trabalho, SO, ST - diferenças de enfoque

Campo	Medicina do Trabalho	Saúde Ocupacional	Saúde do Trabalhador
AGENTE	Médico	Especialista	Equipes Multi-Profissionais + Trabalhadores
OBJETOS	Trabalhadores	Grupos de Risco	Classes Sociais Trabalhadores Organizados
INSTRUMENTOS E MEIOS	Técnica a serviço dos setores dominantes	Técnica "Neutra"	Técnica a serviço dos trabalhadores
RESULTADOS	Informação deformada da realidade	Conhecimento ideologizado da realidade	Determinantes sob controle dos trabalhadores Conhecimento integrado da realidade

Fonte: Tambellini, 1988 (quadro resumido e adaptado) (aspas no original).

São bem marcadas as distinções ideológicas entre as abordagens da SO e da ST, contrapondo "duas saúdes": uma saúde do capital (medicina do trabalho e saúde ocupacional) e uma saúde do trabalhador.

> o corte de classe é muito evidente entre as diversas formas de abordagem teóricas e práticas da saúde dos trabalhadores. Conceitos como Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Higiene do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde do Trabalhador se confundem na prática de muitos profissionais que atuam no campo, mas, longe de ter diferença apenas semântica, representam interesses divergentes, nem sempre explicitados, na forma de tratar a saúde e a segurança da força produtiva. Estes muitos conceitos podem ser sistematizados em dois grandes campos de conhecimento: a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador; a primeira embasada numa teoria positivista e a serviço do capital; a segunda com base no materialismo histórico e dialético e a serviço da classe trabalhadora (Ramos Jr., 2007: p. 67-68).

O quinto começo

Nesta história em que tratamos da institucionalização da saúde do trabalhador no Brasil é bom que se assinale que o período que lhe demarca é o curto espaço de tempo entre os anos finais da Guerra Fria e os anos iniciais do neoliberalismo explícito dos anos pós-queda do Muro de Berlim. E para o neoliberalismo a defesa da saúde do trabalhador é um contrassenso aos seus postulados (Estado mínimo; terceirização; fragmentação e desestabilização do movimento sindical; redução e privatização de direitos; mercantilização da saúde etc.).

Final da década de 1970, início do fim da ditadura militar brasileira, o país vivia a efervescência das reformas. E, nela, pautava-se a relação saúde-trabalho. O Brasil era tido internacionalmente como campeão mundial de acidentes de trabalho (Vasconcellos; Oliveira, 2011: s. p.). À semelhança do

movimento operário ocorrido na Itália duas décadas antes, o movimento sindical brasileiro mobilizava-se por dentro da agenda de reformas. Uma Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador foi criada em 1979 dando origem, em 1980, ao DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Ribeiro; Lacaz, 1984: s. p.). A iniciativa articulava técnicos e trabalhadores na produção de conhecimentos sobre a saúde no trabalho e buscava novos meios de intervenção sobre os processos e ambientes de trabalho, junto aos órgãos públicos.

Em 1986, a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, já no período pré-constituinte, sinalizou para outra ordem institucional do campo das relações saúde-trabalho, propondo fortemente sua inserção na saúde pública e efetuando uma crítica rigorosa ao modelo de saúde ocupacional clássico.

> naqueles anos um emergente campo da ST agregava novas variáveis de abordagem aos conceitos clássicos da SO, das quais destacamos a ampliação do objeto de intervenção sobre os processos de produção, incorporando outras variáveis sociais, econômicas e políticas; a subordinação do mundo do trabalho à capacidade de intervenção da saúde pública; a incorporação do trabalhador, enquanto sujeito e protagonista do desenvolvimento de um campo de produção de conhecimentos e de intervenção; e a superação do contrato de trabalho como enfoque normativo exclusivo de garantia da saúde no exercício cotidiano de trabalhar (Vasconcellos; Ribeiro, 2011: p. 427).

Quando a Constituição Federal de 1988 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde do trabalhador ganha expressão normativa e inicia sua peregrinação no sentido de se expandir por dentro do SUS, seu berço natural de onde deverá/deveria iniciar sua institucionalidade para mudar o mundo do trabalho em prol da saúde.

De fato, a instituição de áreas de ST no setor saúde, na década de 1990, ocorreu em todo o país, ganhando certa visibilidade. Contudo, sua institucionalidade deu-se de forma periférica e marginal, especialmente pela

dificuldade de intervenção sobre os fatores determinantes do processo saúde-trabalho-doença.

A saúde do trabalhador, ao contrário de outras áreas de atuação da saúde pública, requer do Estado ações propositivas e enérgicas no sentido de impedir os danos e seus determinantes situados nos sistemas de trabalho. E é somente com a transformação do trabalho - seus processos, ambientes, condições e organizações - que se pode obter resultados concretos de mudança. Mas a mudança está muito distante... Em pesquisa realizada pelo IBGE, em 2013, entre os brasileiros entrevistados declararam ter sofrido acidente ou doença do trabalho no ano anterior 4.948.000 trabalhadores. O número é mais alarmante pela discrepância com os dados da Previdência Social para trabalhadores com carteira assinada que foi de 717.911 trabalhadores, embora por si só este dado seja elevadíssimo (Maia *et al*, 2015: s. p.).

O grande desafio da institucionalidade da ST: o enfrentamento do Estado com o poder econômico para promover as mudanças necessárias. Adoecer e morrer no trabalho não são matéria de interesse da classe política representante do capital predador, quando não devastador. Outro desafio é superar uma espécie de "crise no campo dos saberes" (Machado, 2004: p. 7), em que se perpetua um embate de concepções no que tange às intervenções do Estado sobre os processos, ambientes, condições e organização do trabalho, fato que gera conflitos de competências executoras e disputas de poder corporativo que são transferidas ao campo de produção de conhecimentos e formação de quadros na área.

O sexto começo

Nesse novo começo - o sexto - sobressai a resistência daqueles que vêm mantendo a chama acesa da saúde do trabalhador, por considerá-la como um campo em que a categoria trabalho é tão central para a vida quanto a própria vida e, por isso, as decorrências de suas relações com a saúde deveriam ser o alvo primordial da saúde pública.

Com o intuito de consolidar a saúde do trabalhador no SUS, foi criada uma rede institucional das diversas iniciativas existentes no país, para sistematizar e acumular forças para o enfrentamento da questão. Esta rede, que se denominou de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), vigora nos dias atuais por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Atualmente são 208 CEREST disseminados pelo território brasileiro. Embora seu propósito seja formular, informar, articular, capacitar, intervir, acolher, promover estudos, pesquisas e projetos estratégicos, além de estabelecer mecanismos de comunicação, sua atuação mantém-se aquém do almejado.

Algumas das razões dessa institucionalidade pouco instituinte de mudanças podem ser consideradas sob o prisma de uma crise permanente entre o "campo" da saúde do trabalhador e a "questão" da saúde dos trabalhadores. "o 'campo' põe em destaque a 'questão'; esta é o seu objeto central de estudo, embora ela possa (e deva) extrapolar os limites de um campo, alcançando outros – na verdade, mais precisamente, sendo submetida a uma análise de cunho histórico-ontológico – em um processo de ruptura teórico-prática com a ciência vigente" (Souza *et al.*, 2015: p.131).

Ou seja, enquanto o "campo" da saúde do trabalhador confina-se a uma institucionalidade programática no âmbito de um Estado atravessado por uma ordem capitalista, delimitada por parâmetros técnicos de uma ciência do modo de produção capitalista e conduzida por parâmetros de uma unidade capitalista mutável sem tocar em sua essência, a "questão" da saúde dos trabalhadores é "uma expressão do antagonismo entre capital e trabalho, sendo [a saúde apenas] uma das diversas vias através das quais este antagonismo se reproduz" (Souza *et al.*, 2015: p.132).

As limitações de um estado permanente de crise por não tocar na essência do modo de produção capitalista que torna a saúde do trabalhador vulnerável em sua institucionalidade não impedem de se tentar o enfrentamento. Por isso, cabe assinalar as dificuldades de afirmação da RENAST, que "deveria atuar como estratégia estruturante de ações e serviços assentados menos no modelo assistencial e mais nas práticas de vigilância da saúde, da atenção primária e da educação popular e na educação permanente dos

profissionais do sistema de saúde como um todo" (Leão; Vasconcellos, 2011: p. 471). E, também, a RENAST

> não deve ser entendida como uma estrutura perene ou como um fim em si mesmo. É factível compreender que o êxito da missão estruturante das ações e serviços no sistema de saúde decretará o fim da necessidade de existir da Renast. Uma vez que a doença e o acidente de trabalho sejam vistos pelo SUS como agravos epidemiológicos de interesse da saúde pública, que os sistemas de informação gerem indicadores fiéis da realidade, que a vigilância sanitária inclua o trabalho como categoria central a ser observada, que os profissionais de saúde, como um todo, sejam capazes de reconhecer o trabalho como determinante do processo saúde-doença e que a gestão do SUS reconheça a magnitude, a relevância e a transcendência do tema para um agir responsável em saúde pública, estará concluída a missão da Renast (Leão; Vasconcellos, 2011: p. 481).

Os últimos começos...

A saúde do trabalhador transcende os direitos trabalhistas e previdenciários e todos aqueles que são limitados por contratos entre patrões e empregados. Convoca o direito à saúde na perspectiva de uma cidadania plena, como direito humano fundamental, e subordina os outros direitos mais focalizados, quaisquer que sejam, aos seus princípios de defesa intransigente da saúde.

Nessa linha, à saúde do trabalhador, a partir da Constituição Federal de 1988, cabe comandar as relações saúde-trabalho, no âmbito do SUS, de modo a garantir o direito à saúde constitucional. Daí, a saúde ocupacional, cuja regência é estabelecida em contratos restritos e restritivos, subordinar-se ao campo institucional da saúde do trabalhador.

Para outro novo começo, falta ao Estado brasileiro assumir suas responsabilidades constitucionais, estabelecendo estratégias de ação de saúde do trabalhador que garantam sua efetiva institucionalização.

"Campo" e "questão" da saúde dos trabalhadores são ingredientes utópicos e revolucionários nas interrelações entre a saúde, o trabalho, o consumo, o meio ambiente e o desenvolvimento. Partes indissociáveis de um mesmo processo civilizatório da condição humana, o campo institucionalizado da saúde do trabalhador tem a plena capacidade de ser instituinte dessas articulações.

Apesar da desfocalização da relação saúde-trabalho (e, por conseguinte, da saúde do trabalhador) no fundamento das teorias e práticas do desenvolvimento sustentável (Vasconcellos, 2007: s. p.), a certeza de o trabalho ser a categoria social mais definitiva do convívio humano puxa para a saúde do trabalhador o "entendimento mais totalizante de desenvolvimento dos sistemas produtivos na sua relação com a saúde humana" (Vasconcellos, 2007: p. 170).

...e os fins iniciais...

Os problemas de saúde dos trabalhadores brasileiros decorrentes das condições de trabalho, em suas atividades cotidianas, são situações de grande complexidade que não se resolverão numa mera institucionalização normativa, formal, administrativa, programática...Nada será feito em nome dos trabalhadores sem os protagonistas assumirem seu protagonismo.

"De volta ao começo" seria um bom desfecho desta história, com a licença de Gonzaguinha, cantando as canções de amanhecer ao ir para o trabalho e dele extrair a razão da perpetuação da vida, dos filhos, da natureza humana...

Mas... se os trabalhadores, ao adoecerem e morrerem no trabalho, chegam ao fundo do fim, só resta voltar ao começo...

...voltar ao começo...

...voltar ao começo...

...para descobrir "que a força esteve o tempo todo em mim" (em nós).

Referências Bibliográficas

ALONSO, A. C. (org.) El modelo obrero. *in*: *La salud no se vende ni se delega, se defiende*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios-CC.OO-Ediciones GPS, 2007.

BASAGLIA, F. *et al*. *La Salud de los trabajadores* – aportes para una política de la salud. México: Editorial Nueva Imagen, 1980.

BELLI, A. "Delega" e "non delega": la CGIL davanti all'infortunio e alla malattia professionale. Tesi Di Laurea. Firenze, Facoltà di Scienze Politiche "Cesare Alfiere", Università di Firenze, 2001. Disponível em: <http://www.tosc.cgil.it/ftp/centrodocumentazione/files/tesi_delega.pdf>. Acesso em 08 out. 2016.

BERLINGUER, G. A saúde nas fábricas. São Paulo: Cebes-Hucitec-Oboré, 1983.

BRASIL. Norma Regulamentadora Nº 7. Portaria 3.214, de 08/06/1978. Lei 6.514, de 22/12/1977. Decreto-Lei 5.452, de 01/05/1943. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR7.pdf>. Acesso em 08 out.2016.

HERNANDEZ, M. C. Os direitos humanos como temática global e a soberania no sistema internacional pós-Guerra Fria: a Conferência de Viena. [Dissertação de Mestrado]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2010. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/CienciasSociais/Dissertacoes/hernandez_mc_me_mar.pdf>. Acesso em 08 out. 2016.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. *in*: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org). *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 453-489.

MACHADO, J. M. H. *Ação transversal intersetorial* - entre o racional e o conjuntural. Texto contribuição da Abrasco para o Encontro Preparatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. São Paulo, nov 17-18, 2004. [mimeografado]. Disponível em <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=A%-

C3%A7%C3%A3o+transversal+intersetorial+-+entre+o+racional+e+o+-conjuntural>. Acesso em 09 out. 2016.

MAIA, A. L. S. *et al.* Acidentes de trabalho no Brasil em 2013: comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Boletim Fundacentro de Estatísticas de Acidentes de Trabalho, 2015. Disponível em:
<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/estatistica/boletins/boletimfundacentro1vfinal.pdf>. Acesso em: 09 out. 2016.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. (1997) A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percursos e Dilemas. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

PAIVA, M. J.; VASCONCELLOS, L. C. F. Modelo Operário Italiano: o surgimento do campo da saúde do trabalhador. *in*: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org). *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 357-399.

RAMAZZINI, B. As Doenças dos Trabalhadores. Tradução de Raimundo Estrêla. 3. ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RAMOS Jr., A. J. *A formação de um intelectual coletivo:* um estudo sobre o percurso dos militantes na construção da saúde do trabalhador no Paraná. [Tese de Doutorado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. (org.). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: Diesat, 1984.

SOUZA, D. O.; MELO, A. I. S. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. A saúde dos trabalhadores em "questão": anotações para uma abordagem histórico-ontológica. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro: ano XVIII, n. 34, 2015, p. 107 – 136. Disponível em:
<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_5_Souza_Melo_Vasconcellos.pdf>.
Acesso em: 09 out. 2016.

TAMBELLINI, A. T. *Avanços na formulação de uma Política Nacional de Saúde no Brasil: As atividades subordinadas à área das relações produção e saúde*. Texto apresentado à I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (Brasília - 1986). Rio de Janeiro: Cesteh/Ensp/Fiocruz [mimeografado], 1988.

TEIXEIRA, S. M. F. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, [S.l.] v.1, n. 4, p. 400-417, 1985.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2007.

VASCONCELLOS, L. C. F. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. *in*: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org). *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 401-422.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GAZE, R. Saúde, Trabalho e Ambiente na perspectiva da integralidade: o método de Bernardino Ramazzini. *Em Pauta*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 32, p. 65-88, 2013.

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direitos Humanos e Saúde no Trabalho. *Saúde e Direitos Humanos*. Brasília, ano 4, n. 4, 2008.

VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org). *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1105-1115, 2006.

VASCONCELLOS, L. C. F.; RIBEIRO, F. S. N. A construção e a institucionalização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde *in*: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (org). *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 423-452.

WAISSMANN, W. *A "Cultura de Limites" e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho*. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Ensp/ Fiocruz, 2000.

4

As enfermidades e doenças profissionais nas origens da Organização Internacional do Trabalho (OIT)

Norberto O. Ferreras (UFF)

Desde os inícios da Organização Internacional do Trabalho as doenças próprias dos trabalhadores e as enfermidades profissionais estiveram presentes nos Congressos e nas preocupações dos delegados. Se as doenças e as enfermidades profissionais ingressaram no rol de questões que seriam contempladas pela OIT se deveu, em parte, a que este era um tema que preocupava aos diversos agentes vinculados ao mundo do trabalho. Tanto os representantes dos trabalhadores, os serviços de saúde dos Estados, os reformistas sociais e até parte dos empresários preocupavam-se com os efeitos que o trabalho podia ter sobre os seres humanos.

Na ideologia liberal do Século XIX, o trabalho era visto como necessário, enobrecedor e fortalecedor do ser humano, mas havia certas consequências em certos trabalhos e ambientes que eram considerados como efeitos não desejados e que, portanto, deviam ser contempladas as origens e consequência

dos mesmos. A mulher trabalhadora era enquadrada numa outra categoria, como mão-de-obra ocasional antes que permanente ou como complementária do salário do cabeça de família, que devia ser o homem adulto. Por isso fiz referência ao homem. O mesmo pode ser aplicado às crianças. As doenças estavam mais vinculadas com o mundo masculino antes que com o conjunto dos trabalhadores. As mulheres e crianças, por serem trabalhadores ocasionais, não deveriam apresentar problemas sanitários pelas suas atividades e sim pela fragilidade devida à sua condição de menores.

A questão das doenças profissionais já estava colocada por organismos dedicados à questão do trabalho antes da existência da OIT. Desde o início do século XX a *International Association for Labor Legislatione* ou *International Congress of Occupational Disease*, que teve lugar em 1910, são testemunho dessa preocupação (Magnusson, 1919: p. 2). Se o Congresso das doenças ocupacionais foi realizado, justamente, porque esse era um tema que não podia mais ser ignorado pelas autoridades ante a pressão exercida pelos trabalhadores.

Esses encontros e instituições prévios à Primeira Guerra e no contexto da emergência do movimento operário como o setor social mais numeroso, não devem ocultar o fato de que as preocupações com as doenças relacionadas ao trabalho não datam precisamente do século XX. Desde o século XVI, médicos e cientistas, como Paracelso e Agrícola,[1] observaram uma certa correlação na incidência que certas enfermidades tinham com, por exemplo, o trabalho nas minas. Em finais do século XVIII iniciou-se o reconhecimento de algumas doenças cada vez mais frequentes e relacionadas a novas atividades próprias da vida urbana e industrial, como o "carcinoma dos limpadores de chaminé", que afetava principalmente pessoas jovens que trabalhavam nesse setor. Mas também chamava a atenção a forma como as novas condições de vida e trabalho tinham efeitos negativos nas famílias operárias. O famoso debate sobre as condições de vida durante a Revolução Industrial Inglesa mostrou como a industrialização ocasionou um aumento

1. Paracelso, codinome de Theophrastus Bombast von Hohenheim (1491-1541), foi um médico e cientista suíço que se interessou particularmente tanto pela medicina militar quanto pela saúde dos trabalhadores das minas da Alemanha. Agrícola, cujo nome era Georgius Pawer (1494-1555), foi um mineralogista alemão que também ficou interessado na relação entre mineração e saúde dos mineiros.

na mortalidade dos trabalhadores, produto do excesso de horas de trabalho, da má alimentação, do grande esforço exigido e do amontoamento nas moradias (Feinstein, 1998: s. p.). Certamente que esses fatores contribuíram para as doenças vinculadas ao trabalho. As delicadas condições de vida dos trabalhadores redundavam numa maior vulnerabilidade ante as doenças que podiam ser adquiridas nos processos trabalhistas (Griffin, 2013: p. 15).

A Revolução Industrial criou um novo paradigma ao interior da medicina. Os médicos que lidavam com os setores mais vulneráveis entre os trabalhadores precisaram desenvolver pesquisas sobre a saúde operária para compreender o que estava acontecendo com os membros das suas comunidades. Médicos ingleses do período vitoriano como Thomas Arlidge, Thomas Oliver e Thomas Legge foram os pilares sobre o que se assentou a medicina trabalhista. Eles identificaram o vínculo entre o trabalho, seu âmbito e as enfermidades mais frequentes sofridas pelos trabalhadores. O esforço desses médicos coincidia com o estabelecimento das primeiras associações internacionais que pretendiam o estabelecimento de regulação das relações entre capital e trabalho. Entre 1840 e 1848, o empresário alsaciano Daniel Legrand colocou a necessidade de criar uma legislação internacional do trabalho para alcançar um padrão comum entre os trabalhadores dos países mais industrializados, incluindo aqui Suíça, Inglaterra, França e Alemanha. Essa ação é considerada o germe do que seria a Organização Internacional dos Trabalhadores. Entre as propostas de Legrand, a questão da saúde e as doenças profissionais estavam no topo da lista (Alcock, 1971: p. 6).

As primeiras medidas tomadas em relação à saúde do trabalhador começaram pelas crianças e pelas mulheres. Em princípio foi limitada a idade de admissão no mundo do trabalho. A *Factory Act* de 1844 em Grã-Bretanha fixava a idade mínima em nove anos. A idade devia ser estabelecida por médicos para que nem os familiares nem os empregadores abusassem da idade de contratação. A *Act* ainda estabelecia que as mulheres e as crianças não podiam trabalhar mais de 9 horas. Ainda quando não estavam em consideração as doenças ocupacionais, as crianças e as mulheres eram colocadas através do limite de horas de trabalho necessário para a adequada reprodução da força de trabalho.

Aproximadamente nesse mesmo momento iniciava-se o levantamento estatístico do estado de saúde das classes trabalhadoras. Em 1842 Edwin Chadwick publicou um informe que seria modelo para as pesquisas que lhe seguiram. O *Report on the sanitary condition of the population*, de Chadwick, deu início a uma série de estatísticas que seriam continuadas por Edward Ghreenhow para o Departamento Médico do Conselho de Estado britânico. Essas estatísticas consideravam a relação entre a poeira nos locais de trabalho e as enfermidades pulmonares dos trabalhadores. Depois dessa pesquisa seguiram outras para verificar o impacto do chumbo, do fósforo e do antraz utilizados na indústria química e têxtil.

Cada um desses produtos tinha efeitos diferentes nos seres humanos, mas se mostravam recorrentes para cada um deles. O chumbo, por exemplo, produzia um envenenamento que causava doenças hematológicas, abdominais, neurológicas e abortos espontâneos (Melling; Carter, 2010: p. 9-11).

A manipulação do fósforo provocava necrose nas mandíbulas das trabalhadoras provocando uma enfermidade conhecida como *Fossy Jaw*. Como a elaboração de fósforos era uma atividade com forte presença feminina, foi a partir de uma greve de trabalhadoras do setor que vieram à tona os efeitos do mesmo sendo evidenciada a necessidade de uma intervenção estatal. Em 1900 foi discutida uma Convenção internacional para regulamentar o seu uso, mas o Reino Unido foi contrário a qualquer medida na área. Igualmente os efeitos do fósforo eram conhecidos e transmitidos pelos militantes sindicais e pelos jornais operários e sanitaristas. Novas greves e as ações das trabalhadoras desta indústria permitiram um crescente controle na produção de fósforos. Primeiro foi limitada a utilização do fósforo amarelo e depois do branco (Harrison, 2005: p. 69-73).

Finalmente, o antraz ou carbúnculo é um bacilo que emite umas esporas que quando alojadas no pulmão ocasionam uma forte patologia. O antraz estava presente nos animais mortos e, portanto, era uma doença que acometia os trabalhadores que processavam lã e couros. Ainda quando a preocupação com o antraz teve como ponto de partida a Inglaterra, país produtor e consumidor de grandes quantidades de lã e carnes, os estudos apontaram a necessidade de tratar as infecções e o próprio antraz em países que exportavam esses produtos, como a Argentina e a Austrália. As pesquisas

sobre as doenças relacionadas com esse esporo, assim como a necessidade de tratamento e controle, levaram a que fosse uma preocupação internacional sentando as bases do que viria a ser uma legislação transnacional (Swiderski, 2004: p. 31-32).

Esses antecedentes relacionados a certas enfermidades vinculadas a atividades profissionais foram criando um campo de preocupação e atenção. Uma nova área profissional abria-se liderada por reformadores sociais, militantes trabalhistas e profissionais da medicina. Essa nova área podia não ter objetivos muito claros ou não ser muito específica, porém chamava a atenção para a incidência de determinadas doenças entre os trabalhadores. Os próprios representantes sindicais enfatizavam essas questões e não limitavam os seus reclamos às horas trabalhadas e aos salários.

O Chanceler Otto von Bismarck, em paralelo com às suas medidas repressivas da organização sindical e partidária dos trabalhadores, identificou nessas preocupações um campo de possível intervenção que lhe permitisse reforçar o tradicional paternalismo prussiano. A conformação de um sistema de segurança social aparecia como uma forma razoável e aceitável de intervir em favor dos operários. Entre o que seria contemplado pela nova legislação estavam incluídas as doenças, e não unicamente os profissionais, assim também como os acidentes de trabalho e a aposentadoria por questões de saúde. Dessa forma se avançava na incorporação das enfermidades profissionais e os acidentes de trabalho como uma questão que devia ser contemplada, nesse caso, pelo Estado (Stolleis, 2014: p. 40-43). Ao longo da década de 1880 essas preocupações passaram a estar legitimadas pela ação do Estado Prussiano e passaram a estar na pauta legítima dos demais movimentos operários a que os Estados teriam que dar resposta.

Os acidentes de trabalho não podiam deixar de ser considerados como parte das questões necessárias da saúde do trabalhador. Quando em 1911 um incêndio consumiu a vida de dezenas de trabalhadores da indústria do vestiário de Nova York, a imensa maioria delas mulheres, ficou evidente que existia uma relação causal entre saúde e condições de trabalho. Além de morrer por asfixia ou pela ação do fogo, ao não ter como sair do prédio, muitas das trabalhadoras e trabalhadores morreram tentando fugir pulando

das janelas do prédio. O espetáculo dantesco das consequências do incêndio abalou às autoridades locais e chamou a atenção para uma situação que não podia continuar oculta. Na tragédia da *Triangle Shirtwaist Factory* morreram 146 trabalhadores têxteis. Das vítimas 123 eram mulheres e 23 homens entre adultos e jovens. A maioria eram imigrantes italianas e judias recentemente chegadas, o que incorporava outra dimensão, a que seria posteriormente considerada pela OIT ao considerar o tratamento diferencial existente entre os operários nacionais e aos estrangeiros (Rodgers, 2009: p. 118). A situação de imigração, a falta de direitos dos estrangeiros, as condições de trabalho, as péssimas condições sanitárias, o excesso de horas trabalhadas e os riscos desse ambiente levaram a que os sindicatos incluíssem os acidentes de trabalho na sua agenda e que estivesse vinculado à saúde do trabalhador.

As instituições vinculadas às reformas sociais que se reuniram desde o fim do século XIX estavam pensando alternativas legais, coordenando pesquisas estatísticas, compilando normativas e leis. Enfim, estavam criando um corpus documental e informativo que permitisse um tratamento adequado da questão social, incluída a saúde operária. Tirando as iniciativas anteriormente mencionadas sobre as doenças profissionais que eram tratadas caso por caso, essas outras experiências incluíam vários aspectos da vida operária. Dessa forma, o tratamento era difuso e vago, na realidade o que se conseguia era a instalação de um tema e as possíveis formas de abordar o mesmo. No período prévio à Grande Guerra, além da Federação Internacional de Sindicatos (a IFTU na sigla em inglês), deparamo-nos com o congresso de 1900 da Associação Internacional para uma Legislação Trabalhista (1900) e os Congressos Internacionais de 1897 e 1900 dos Reformadores Sociais (Alcock, 1971: p. 10-11).

No século XX, as lutas operárias foram ganhando novos sentidos e redefinindo-se na prática. Não é por acaso que o vínculo entre certas doenças e profissões foi sendo elaborada e reconhecida. Nesse momento algumas das instituições operárias foram incorporando essas preocupações. Os trabalhadores organizados na IFTU desde 1913 incorporaram as políticas sociais dentro da sua agenda no relacionamento com os Estados. Entre essas políticas sociais estavam os diversos aspectos relacionados com a saúde dos

trabalhadores. Nesse sentido a IFTU coincidia com alguns governos, como o suíço, por exemplo, que tinha uma perspectiva reformista e incorporava a pauta aos sindicatos a nível nacional. Ainda quando a Grande Guerra limitou o debate em relação com uma pauta reformista, desde o fim do conflito bélico, a mesma veio novamente à tona. Nas tratativas de paz, os membros da IFTU foram os representantes do sindicalismo internacional. A sua presença implicava numa agenda que incorporava esse tipo de demandas as quais ingressaram na constituição da Organização Internacional do Trabalho (Goethem, 2006: p. 134). Antes do fim da Guerra os trabalhadores novamente tiveram um encontro em 1916 em Leeds, na Inglaterra. Nesse encontro a questão da saúde operária foi colocada de forma prioritária entre as temáticas que deviam ser consideradas; porém, nesse momento, pouco poderia avançar qualquer reivindicação. Servia para marcar o caminho depois de um possível armistício e para dar contenção aos trabalhadores envolvidos no esforço de guerra (Alcock, 1971: p. 16-17).

A Grande Guerra não levou ao abandono dessas preocupações, mas adiou o debate sobre essas enfermidades. No geral, o movimento operário liderado por socialistas e sindicalistas revolucionários moderou os reclamos e contribuiu patrioticamente com o conflito. Os trabalhadores alemães, italianos, franceses e ingleses, entre outros, suspenderam temporariamente os reclamos e as críticas. Porém, uma vez concluída a guerra era difícil não aceitar as demandas dos trabalhadores que reivindicavam uma instituição técnica que considerasse as principais preocupações do movimento operário organizado. Nessa instituição deviam ser incorporadas as demandas globais, sendo esperado que regulasse as relações entre operários e patrões no mundo todo, ou, ao menos, no mundo civilizado, ou seja, aquele que recebia a influência dos países do Atlântico Norte. Até as colônias deveriam se adaptar e, principalmente, os países derrotados e que eram concorrentes dos membros da Entente. Reunir a todos os países numa única instituição era uma aspiração central para estabilizar a democracia industrial. A existência de uma forma diferente de pensar e de organizar a sociedade, representada pela União Soviética, levou os poderes reunidos em 1919 em Versalhes a aceitarem essa nova organização.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) devia ser uma continuidade das tentativas anteriores de pensar as relações trabalhistas, subordinada à organização mais abrangente que arbitraria as relações entre os Estados. A discussão do Tratado de Versalhes deve ser vista como um momento de estabelecimento de novos consensos, como um marco extraordinário. É a primeira grande tentativa de incluir a maior quantidade de países possíveis baseada na convivência, na administração e na arbitragem dos conflitos políticos e sociais, tanto os de alta como os de baixa intensidade. A Liga das Nações reuniria tanto a *Real Politik* quanto as relações internacionais de diversa ordem, como a cultural, as comunicações, a econômica, das migrações, etc. A Liga teria como principal auxiliar a OIT, que tanto administraria os conflitos sociais como brindaria informações complementárias aos administradores nacionais e internacionais. A OIT teria maior autonomia que outras instituições e uma certa autarquia, arrecadando o seu próprio orçamento por via das contribuições dos países membros. Para administrar os conflitos foi estabelecido um corpo de governo e de administração. Esse corpo teria a seu cargo um grupo de correspondentes nos diversos países membros, assim como um corpo burocrático próprio e assessores técnicos qualificados para pensar as formas de intervir segundo o tema em questão.

O tema que nos interessa é a relação entre o mundo do trabalho e as suas doenças e a intervenção da OIT. Como tratar a questão? Como partir de um universo que se resume em si próprio? Como uma questão que vai além das atividades no local de trabalho? O que devia ser pensado como uma questão própria da medicina? Entendo que as enfermidades e doenças profissionais devem ser vistas como parte de uma preocupação mais ampla, pelo menos entre os trabalhadores. Essa questão mais ampla são as condições de vida. O trabalhador podia pretender organizar os processos trabalhistas, negociar os mesmos, mas há processos que lhes excedem e que desbordam a outros âmbitos, que são as condições de vida. Não é unicamente a intensidade do trabalho, a quantidade de horas trabalhadas e o salário recebido: a questão da saúde se desborda para as condições de vida. A forma em que se produz e também como se reproduz a força de trabalho são relevantes. Pretendia-se uma harmonia entre as partes. Nas campanhas realizadas por socialistas e reformistas sociais desde o último quartel do século XIX sobre as oito

horas de trabalho, as mesmas traziam em si o fato de ter outros espaços de sociabilização e atuação que não estavam reduzidas unicamente ao espaço de trabalho. E, por isso, a questão das doenças e enfermidades profissionais não estavam nem podiam estar limitadas ao âmbito do trabalho, o que ocasionava um problema à OIT, que estava limitada ao local de trabalho e às relações nele estabelecidas.

Ainda quando a questão da saúde profissional foi sempre uma preocupação mais ampla que com o local de trabalho, a OIT não estava habilitada para regular os aspectos acessórios da vida do trabalhador, teria que concentrar as suas ações nas questões próprias do ambiente de trabalho. De fato, os primeiros historiadores da OIT, muito próximos das autoridades que criaram a instituição, ao fazer um reconto da Revolução Industrial, incluíam certos problemas de saúde e de comportamentos como próprios do mundo industrial: alcoolismo, raquitismo, asma, problemas cardíacos e, até, o envelhecimento precoce. Todas essas enfermidades estavam potencializadas pelo abandono da vida que era levada no setor agrário e a adaptação à vida urbana e industrial que incluía uma alta taxa de exploração dos trabalhadores. Essas taxas de exploração se mantiveram até a emergência das organizações de defensa dos direitos operários (Alcock, 1971: p. 4).

Quando é estabelecido o compromisso da Parte XIII do Tratado de Versalhes, relacionado ao reconhecimento dos direitos vinculados ao mundo do trabalho, era preciso tratar dos diferentes aspectos concernentes às condições de trabalho e, excepcionalmente, era incluída a proteção aos que por diversos motivos deviam deixar o mundo do trabalho. Vejamos o Preâmbulo da Constituição:

> Dado que existem condições de trabalho que implicam para um grande número de pessoas a injustiça, pobreza e privação, o que gera um descontentamento em que a paz e a harmonia universal estão ameaçadas de extinção, e consciente de que é urgente melhorar essas condições: por exemplo, no que diz respeito à regulação das horas de trabalho, a fixação de um prazo máximo de horas de trabalho e a semana de trabalho, o recrutamento de mão de obra, a luta contra o desemprego,

> a garantia de um salário para garantir condições de vida aceitáveis, a proteção dos trabalhadores contra a doença e acidentes resultantes do trabalho, proteção de crianças, adolescentes e mulheres, as pensões de velhice e invalidez, defender os interesses dos trabalhadores empregados no exterior, a afirmação do princípio da liberdade de associação, a organização do ensino profissional e técnico e outras medidas análogas;
>
> Dado que a não adoção de condições humanas de trabalho é um obstáculo colocado para os esforços de outras nações ansiosas para melhorar a sorte dos trabalhadores em seus próprios países (League of Nations, 1919a: s. p., tradução nossa).[2]

As temáticas analisadas e contempladas estavam vinculadas ao trabalhador e seu vínculo com o local de trabalho, além do ensino técnico e profissional e a proteção à velhice e aos doentes e acidentados. Dessa forma, a OIT só poderia considerar esses aspectos. Posteriormente ampliaria o seu escopo de análise, mas quando a instituição já estava consolidada e construía uma agenda mais ampla, como quando avançou sobre os trabalhadores nativos e o trabalho forçado. Dessa forma, o trabalhador estava fragmentado entre quem estava no local de trabalho e na ativa e quem não tinha participação no mesmo, fosse por motivos ocasionais ou permanentes.

Isso é importante porque incorporar as doenças e os acidentes, o fato de considerar globalmente a saúde do trabalhador, permitia incorporar outros

2. And whereas conditions of labour exist involving such injustice, hardship, and privation to large numbers of people as to produce unrest so great that the peace and harmony of the world are imperilled; and an improvement of those conditions is urgently required: as, for example, by the regulation of the hours of work, including the establishment of a maximum working day and week, the regulation of the labour supply, the prevention of unemployment, the provision of an adequate living wage, the protection of the worker against sickness, disease and injury arising out of his employment, the protection of children, young persons and women, provision for old age and injury, protection of the interests of workers when employed in countries other than their own recognition of the principle of freedom of association, the organisation of vocational and technical education and other measures; Whereas also the failure of any nation to adopt humane conditions of labour is an obstacle in the way of other nations which desire to improve the conditions in their own countries…"(League of Nations, 1919a: s. p., tradução nossa).

aspectos da vida do trabalhador, mas especificamente as suas condições de vida. Assim, uma vez consagrado neste documento a saúde do trabalhador, embora limitada a uma faceta, deveria ser estabelecida ao interior desta instituição o que era uma "doença profissional" e o que deveria ser considerado como "acidente de trabalho". Ambas categorias foram objeto de disputa, de reflexão e de debate. Não havia consenso entre o que devia ser considerado dessa forma. Outro aspecto correspondia à forma em que essas questões seriam processadas. Correspondia ao empresário pagar pelos acidentes e/ou doenças? Ao Estado? Ou aos próprios trabalhadores? Seriam caixas de acidentes e doenças as que arcariam com os custos? O que não podia ser ignorado era que o trabalhador devia ser contemplado e a sua saúde tinha um lugar fundamental na agenda da nova instituição (Alcock, 1971: p. 18).

Essas são as diferentes possibilidades com que deveriam lidar os representantes que chegavam na OIT. Como sabemos a OIT tem uma estrutura tripartite. Das Conferências Internacionais do Trabalho que aconteciam, e acontecem, anualmente participavam representantes do Estado, dos empregadores e dos trabalhadores. Essa estrutura corporativa colocava num relativo pé de igualdade os representantes dos principais sujeitos do "mundo do trabalho": patrões e operários. A relatividade da igualdade, principalmente nas primeiras conferências, vem do fato de que quem pagava a viagem e estadia dos operários era o Estado ao qual pertenciam e isso dificultava a autonomia e a própria viagem. Também existiam tensões geradas pela opinião dada pelos trabalhadores, que agora era hierarquizada e colocada em pé de igualdade da sua contraparte.

Também deve ser considerada a perda gradual de influência que sofriam os empregadores paternalistas, os reformadores sociais das classes médias e os filantropos, entre outros. Cada vez menos as suas opiniões eram consideradas, embora as experiências paternalistas continuassem como acontecia com os Agnelli na Itália ou os Ford nos Estados Unidos. Os paternalistas podiam criar caixas de aposentadoria e outras formas de proteções especiais para esses casos, mas o faziam controlando a relação entre as partes e colocando os trabalhadores numa posição subordinada, onde eram beneficiados, mas também controlados. Esse humanitarismo ou

paternalismo, por outro lado, batia de frente com o contexto internacional em que a elevação dos custos do trabalho num país poderia beneficiar os concorrentes em outras geografias (Alcock, 1971: p. 5).

Embora os Estados não se equilibravam perfeitamente em cada caso, e as mais das vezes se posicionava do lado dos empregadores, passou a ser necessário que fossem apresentados argumentos e dados que garantissem o consenso institucional. E isso implicava numa série de pesquisas e estatísticas que teriam que ser aportadas para poder ter posicionamentos embasados em dados empíricos e comprováveis que fossem partilhados por todas as partes.

A função do Corpo administrativo da OIT seria construir consensos entre as partes. Para isso eles deveriam reunir as demandas dos trabalhadores, os posicionamentos dos empresários, convencer os governos a tomar determinadas medidas e, finalmente, construir acordos que fossem sustentáveis e aceitáveis para as partes. Sem o consentimento das partes nenhum acordo poderia ser levado à frente.

Por isso a OIT, uma vez decidida a sua forma de organização, passou a lidar com os temas colocados previamente pelos trabalhadores e com os limites impostos pelos empregadores. A organização corporativa da OIT, em que os trabalhadores, os empregadores e os Estados tinham representação, implicava na necessidade de alcançar acordos nas Conferências e replicá-los nos respectivos países. Esses acordos, geralmente trabalhosos, podiam resultar em diversos tipos de ações. Os acordos podiam servir para incentivar pesquisas, para elaborar questionários, para que fossem enviadas comissões investigadoras e que podiam resultar nas Convenções ou nas Recomendações.[3] As mesmas precisavam ser ratificadas em cada país para que adquirissem o estatuto de um acordo internacional. As resoluções de Genebra não eram incorporadas imediatamente às diversas legislações nacionais. A sua incorporação dependia das legislações vigentes em cada país e segundo seus regimes. Essa era uma instância a ser resolvida nacionalmente. Porém, esses debates apontavam numa direção que podia dar sentido às

3. A diferença entre Convenções e Recomendações é que as primeiras são acordos internacionais legalmente vinculantes que podem ser ratificados pelos Estados Membros. As Recomendações são diretrizes que não são vinculantes. As Recomendações podem complementar as Convenções ou ser autônomas das mesmas.

lutas do movimento operário em cada país ou podiam incentivar o início de campanhas dos setores reformistas ou do próprio Estado.

A saúde do trabalhador foi ponto de pauta da OIT desde a primeira Conferência Internacional do Trabalho que teve lugar em Washington, em 1919. O impulso inicial para regular as temáticas vinculadas à saúde iria até 1921, quando se fechou um primeiro ciclo de preocupações e abordagens em relação à mesma.

A reunião de Washington teve tanto o objetivo de organizar a OIT quanto o de começar a dar respostas às demandas trabalhistas e conter a ansiedade dos empregadores em relação às concessões que deveriam ser realizadas no contexto do pós-guerra. A saúde estava na pauta das partes, como visto. Como indicado nas minutas que circulavam entre os membros antes mesmo da Primeira Conferência, a saúde das crianças e das mulheres trabalhadoras estava entre os primeiros pontos a serem considerados, junto com outras temáticas sensíveis aos trabalhadores como a jornada de oito horas e o combate ao desemprego (League of nations, 1919b: p. 13-14). Para tratar da saúde das crianças e mulheres trabalhadoras foi criado um comitê que foi aceito por unanimidade (League of nations, 1919b: p. 39). De um ponto de vista mais geral, relacionado com o conjunto dos trabalhadores, a forma pioneira de tratar a saúde foi vinculando a mesma com a jornada de oito horas. Se para crianças e mulheres era preciso estabelecer um vínculo necessário entre o seu trabalho e as doenças trabalhistas, para os homens, a saúde estaria relacionada à quantidade de horas trabalhadas e, portanto, à exposição a determinados produtos. Esse era um objetivo prioritário para os representantes dos trabalhadores como foi apresentado pelo representante francês desse setor Léon Jouhaux (League of nations, 1919b: p. 60).

Nessa primeira Conferência, a saúde também foi relacionada a doenças próprias de determinadas profissões, como o antraz (League of nations, 1919b: p. 98). Também havia uma forte expectativa sobre a criação de uma comissão técnica especializada em saúde que assistisse aos representantes sobre como tratar os diversos problemas relacionados ao tema, como foi colocado pelo Dr. Miall, conselheiro dos empregadores da Inglaterra (League of nations, 1919b, p. 99-101). A criação de uma comissão que tratasse da saúde operária

foi rapidamente aceita e sem nenhum tipo de oposição. Esse era o tipo de temática que era aprovada consensualmente porque não tinha nenhuma consequência prática e não ocasionava a mobilização imediata de recursos financeiros. No tinha um impacto imediato no orçamento da OIT, nem criava despesas alguma aos países membros (League of nations, 1919b: p. 101).

Nessa primeira Conferência foram aprovadas por unanimidade, ou ao menos sem oposição, várias Recomendações vinculadas à saúde, como a criação de serviços de saúde em cada país; medidas para a prevenção do antraz (League of nations, 1919b, p. 180-181); do saturnismo[4] (League of nations, 1919b, p. 252); e do fósforo branco, sendo que nesse caso foram adotadas as prevenções apresentadas na conferência realizada em Berna em 1906, específica sobre o tema (League of nations, 1919b, p. 264). Essas Recomendações não apresentaram oposição porque eram temas que tinham um consenso prévio e cujas soluções só tinham sido aceitas em vários países. Digamos que era parte da agenda acumulada ao longo de décadas de conferências, debates, demandas e acordos. Por outro lado, a tensão dessa primeira Conferência não estava localizada na saúde e sim naqueles países que poderiam participar dos quais estariam excluídos, alguns deles por vontade própria, como foi o caso dos Estados Unidos, o anfitrião. Na maior parte das vezes as resoluções acabavam sendo simples formulações gerais sem o impacto nas próprias indústrias ou unicamente afetavam os países periféricos.

A Primeira Conferência Internacional também deixou como saldo a criação da Comissão de Processos Insalubres, integrada por membros de alguns países europeus e o Canadá. A Comissão decidiu que era preciso realizar uma pesquisa sobre a utilização de alguns produtos que podiam afetar a saúde dos trabalhadores como o chumbo, o antraz, o mercúrio e o gás ácido carbônico. Essas pesquisas deveriam auxiliar a tomada de decisões em relação a esses produtos e a sua capacidade de envenenamento e intoxicação dos trabalhadores.

Como vimos, o caso do antraz foi resolvido com a aprovação de uma Recomendação, mas os outros produtos ainda precisavam de estudos que

4. O saturnismo é a contaminação pela exposição ao chumbo.

deveriam ser apresentados na seguinte Conferência Internacional, que acabaria sendo a de 1921.[5] Os estudos deviam indicar o impacto sobre os jovens e os adultos, determinar o que era ser jovem devido ao fato de que para uns o jovem era uma pessoa entre 14 e 18 ou 21 anos. A idade determinada envolveria a mais ou menos trabalhadores. Também deveria ser determinado que tipo de trabalhos poderiam ser realmente afetados pela utilização desses produtos e a quantidade com que poderia lidar um trabalhador para ser considerado exposto ao perigo da utilização de um contaminante ou se a manipulação ocasional podia gerar algum tipo de impacto sobre o operário (League of nations, 1919 b, p. 251-253).

Na Conferência de 1920, direcionada a discutir e regulamentar o trabalho dos marítimos, a saúde não apareceu como uma preocupação importante. Mas a saúde retornaria de uma forma mais incisiva e interessante em 1921. Nesse ano foram aprovadas algumas Convenções e Recomendações. As Recomendações não apresentaram conflitos, em princípio pelo seu caráter não vinculante. As mesmas tratavam sobre a proteção à maternidade (R. 12); limitação do trabalho noturno de mulheres (R. 13) e de jovens e crianças no setor agrário (R. 14); das condições de moradia também no setor agrário (R. 16); e da constituição de caixas de Seguro Social (R. 17). As Convenções, em contraposição, foram intensamente debatidas. Na Conferência anterior tinha sido atingido o máximo de consensos possíveis segundo o paradigma do período de pré-guerra. A Terceira Conferência, a de 1921, indicaria novos rumos para o tratamento das questões relacionadas à saúde.

Depois dos acordos alcançados nas conferências anteriores, alguns países tentaram melhorar os argumentos e as arguições incorporando nas suas delegações membros com qualificação técnica. Em quatro representações governamentais estavam incluídos ministros ou especialistas em saúde e eram estas: Alemanha, Checoslováquia, Índia e Suíça. Se o aprovado previamente era aquilo que podia ser materialmente modificado, com a substituição de produtos ou procedimentos, ou estava dentro do que era considerado como

5. A Conferência Internacional de 1920 que teve lugar em Gênova teve um caráter particular porque foi destinada exclusivamente a tratar das condições de trabalho e a normatização da legislação existente vinculadas ao trabalhador marítimo. Foi a única Conferência, até o momento, destinada exclusivamente a uma única categoria em particular.

intolerável, essa instância estava superada. Os debates subsequentes mostram que cada questão seria tratada de forma única e que os atores seriam mais incisivos na defesa dos interesses setoriais.

Um tema que mostrou essa crise de consensos durante a Conferência Internacional de 1921 foi o debate pela utilização de branco de chumbo,[6] também conhecido como alvaiade, na elaboração de pintura. Para fornecer argumentos que garantissem o debate informado, a OIT tinha enviado um questionário aos diversos países membros solicitando que reunissem informação que depois deveria ser disponibilizada aos membros da Conferência (League of nations, 1921b: p. 20-21). Desde a Primeira Conferência que a questão do alvaiade estava em pauta, mas com uma temática geral que deveria passar a ser uma questão pontual. Na Terceira Conferência devia ser tomada uma decisão. A comissão criada recebeu as pesquisas realizadas e ainda teve o auxílio de médicos especializados na saúde operária que se constituíram como um comitê de expertos para estabelecer se o saturnismo era ou não uma enfermidade profissional (League of nations, 1921b: p. 717-740).

A comissão levou à plenária as posições de maioria e minoria, o que não deixou ninguém satisfeito. As colocações durante os debates foram tão virulentas que até o próprio Secretário Geral da OIT foi acusado de estar defendendo os interesses dos industriais franceses e belgas e prejudicando os interesses ingleses. Sir Thomas Oliver, médico inglês e representante do governo de Austrália, e que também se dizia falando em nome dos interesses da Espanha e dos Estados Unidos, os principais países produtores de chumbo, reclamou que uma Convenção desse tipo poderia prejudicar as exportações desses países. Oliver entendia que o problema não era o chumbo e sim os solventes utilizados. Dizia-se um especialista na matéria e, como tal, não achava evidências das contaminações mencionadas. A posição australiana reunia a todos os representantes desse país. O representante operário, indignado, reclamava pelas dificuldades que seriam criadas para os trabalhadores desse país se fosse proibida a utilização do alvaiade. Os sul-africanos se queixavam porque a substituição de zinco pelo chumbo poderia levar à paralisação da

6. O branco de chumbo era a base da pintura branca e permitia um secado rápido e deixava a superfície lisa, porém, era o seu manuseio de alta toxicidade.

extração do ouro, devido ao zinco ser um insumo importante nessa indústria. E o representante técnico dos empregadores do Canadá também reclamava de que a produção de chumbo era importantíssima no seu país e que por isso não podia ser aprovada uma convenção sobre o tema que prejudicasse os interesses nacionais (League of nations, 1921b: p. 419-421; p. 455-470).

Junto com eles, os produtores britânicos de chumbo também questionavam qualquer medida na direção de limitar a utilização desse material porque a proposta era substituir esse mineral por um produto à base de zinco produzido na França e na Bélgica. Eles entendiam que o Secretário Geral da OIT, Albert Thomas, era parcial na defensa de determinados interesses comerciais e que não era um problema sanitário o que estava em discussão. Pouco importava que as evidências apontassem ao chumbo como o causante de envenenamentos e intoxicações entre os trabalhadores que o manipulava (Heitmann, 2004: s. p.). As constantes reclamações dos que eram contrários à Convenção levou à realização de algumas modificações. Depois das modificações, a Convenção foi aprovada com 90 votos a favor e uma única abstenção, proveniente de um dos dois representantes do governo do Canadá. A Convenção sobre a utilização do alvaiade foi aprovada com o número 13 (League of nations, 1921b: p. 576-577).

O debate da Convenção do alvaiade deixou um importante aprendizado. Albert Thomas compreendeu que não havia mais espaço para a continuidade de políticas que partissem de um único setor, e que a fase dos consensos anteriores à Grande Guerra estava esgotada. Era preciso construir novos consensos em base a abordagens políticas que tivessem um substrato técnico. Foi por isso que nesse mesmo ano de 1921, imediatamente depois da Conferência, foi criado o Serviço de Higiene Industrial dependente da OIT. O Serviço seria coordenado pelo médico italiano Luigi Carozzi, quem se desempenhava como Conselheiro Técnico encarregado das questões de Higiene Industrial da Conferência Internacional do Trabalho (League of nations, 1921b, p. 894-895). A missão dessa nova dependência seria a de preparar o material adequado para os debates e para isso contava com a ainda modesta rede de correspondentes que a OIT tinha nos diversos países europeus. Essa rede cresceria em direção aos outros continentes.

Luigi Carozzi teve um papel fundamental na reformulação do proceder da OIT em relação à saúde operária. Os posicionamentos dos representantes dos diversos países sobre a saúde operária eram volúveis e estavam alinhados aos interesses econômicos mais amplos. Como vimos, alguns países defenderam a continuidade da utilização do alvaiade pelos interesses existentes em outras esferas da produção, notadamente a mineração. Com essa finalidade foram conformados subcomissões e conselhos de expertos, e mesmo assim a informação disponível não era suficiente para convencer aos delegados patronais sobre a necessidade de aprovar determinadas leis vinculadas à saúde operária (Cayet *et alt*., 2007: p. 3).

A partir da nomeação de Carozzi iniciou-se um processo de conformação de um novo setor técnico que vai ser conhecido como "higiene industrial", acorde com a ideologia higienista do período antes que com uma concepção integral da saúde do trabalhador. A tarefa de Carozzi foi a de reunir um importante volume de dados em diversas nações, que permitissem embasar as discussões, que dessem referência do volume das enfermidades existentes e que, fundamentalmente, permitissem criar interpretações para impor políticas de proteção do operariado.

O trabalho de Carozzi foi parte da estratégia da OIT de fornecer dados, estatísticas e análises técnicas que permitissem que as suas propostas ganhassem legitimidade. A OIT era uma instituição frágil e pioneira, que precisava ser considerada seriamente e respeitada para justificar a sua existência, assim como para impor a sua agenda precisava mostrar que era necessária. Se a Liga das Nações enfrentava dificuldades ao tratar de questões de política internacional, a OIT avançava na sua tática de se consolidar como uma instituição com uma dupla função: técnica e política. A Seção de Higiene Industrial liderada por Carozzi ganhou autonomia no seu funcionamento ao interior da OIT. Mesmo quando fornecia os dados e as informações requisitadas, também tinha as suas próprias estratégias e objetivos de pesquisa. Aos poucos foi adotando uma linguagem cada vez mais técnica, principalmente quando os seus objetivos se tornaram mais políticos. A linguagem técnica garantia um viso de profissionalismo que lhe permitia avançar numa agenda integral para o movimento operário.

Um dos objetivos era amplificar a voz dos trabalhadores pela via da saúde no âmbito do trabalho (Weindling, 1995: p.140).

Os estudos liderados por Carozzi foram sendo reunidos na denominada "série F". O problema desses estudos estava em que identificavam patologias, analisavam-nas, estabeleciam a sua incidência em determinadas indústrias e âmbitos de trabalho, mas deixaram de lado a elaboração de estatísticas. Não há dados quantitativos nas séries Estatísticas Anuais do Trabalho que começaram a ser publicadas pela OIT em 1930. Os correspondentes eram poucos e as suas estatísticas dependiam dos dados fornecidos pelos Estados, que nem sempre tinham os mesmos interesses que o Serviço de Higiene Industrial da OIT. Certamente isso fragilizava os objetivos do grupo de Carozzi ao não especificar quantos trabalhadores estariam sendo considerados em cada uma das Convenções propostas.

Se faltavam dados quantitativos foi em parte pelo mencionado anteriormente e também porque o objetivo principal era a elaboração de uma obra que servisse de referência para a higiene industrial. A informação que ia sendo reunida foi utilizada na organização de uma grande enciclopédia vinculada ao trabalho e à saúde conhecida como *Occupation and Health Encyclopedia of Hygiene, Pathology and Social Welfare*, cuja primeira edição é de 1930 e foi completada em 1932. A Enciclopédia continuaria a ser aumentada nos anos seguintes com novas informações e estudos. Ainda hoje a Enciclopédia continua a ser publicada e auxilia a tomada de decisões sobre questões vinculadas à saúde e os acidentes do trabalho. Como colocou Albert Thomas, o Diretor Geral da OIT, nesse momento, no prefácio da primeira edição da Enciclopédia, a mesma tinha objetivos progressivos e não podia ser menos que incompleta, considerando os avanços do conhecimento sobre as doenças e seus tratamentos e em relação à emergência de novas doenças ou do seu reconhecimento como tais (OIT, 1930: p. i).

Como vimos a identificação de determinados ofícios e trabalhadores com certas doenças vinha sendo realizada ao longo de quase um século. Os debates sobre determinados produtos não foram extensos. Seja porque as mudanças tecnológicas e a incorporação de novos produtos tinham permitido a substituição daqueles que estavam relacionados a certas enfermidades ou

porque as consequências eram severas, o fato foi que rapidamente foram alcançados consensos que avançaram em determinados temas. A segunda parte, a das condições de vida, levaria um bom tempo antes que fossem incorporadas como preocupações mais amplas e específicas da OIT.

Os esforços da OIT durante os primeiros anos de constituição de uma política vinculada à saúde operária foram fracos, se contabilizadas a quantidade de Convenções e Recomendações aprovadas. De fato, a saúde, como tal, ou seja, os acidentes de trabalho e as enfermidades profissionais, não figuram na Parte XIII do Tratado de Versalhes. Podemos lhes procurar de uma forma enviesada, mas não de forma explícita (Alcock, 1971: p. 35). O importante nesse momento foi o reconhecimento de um campo de ação vinculado à saúde estabelecendo que a mesma devia ser incorporada como uma temática a ser considerada pelos organismos e pelos governos dos países membros. Não podia ser ignorado o fato de que o trabalho tinha uma dimensão agressiva para a vida humana, para além do desgaste natural. Que existiam trabalhos que forçavam o ser humano aos seus limites e que provocavam danos irreparáveis ou que precisavam de cuidados especiais para superar esses danos. Que isso tinha um custo econômico que não podia ser adjudicado simplesmente ao trabalhador e à sua família, enquanto que os benefícios se concentravam nas mãos dos empresários. As soluções podiam variar, como o pagamento dos custos pelo Estado, pelo empregador ou pelo trabalhador ou, ainda, a constituição de soluções híbridas, como a criação de caixas de seguros contra doenças e acidentes. Mas não podia ser mais ignorado o fato de que a saúde do trabalhador estava em jogo.

A modo de conclusão, entendo que a perspectiva geral dos representantes reunidos nas Conferências Internacionais do Trabalho era alcançar a Justiça Social como um objetivo difuso, mas que englobava a saúde operária. Como aparece na primeira linha do Preâmbulo da OIT: "Considerando que a paz universal e permanente só pode basear-se na justiça social; Considerando que existem condições de trabalho que tem tal grau de injustiça, miséria e privações para grande número de seres humanos, que o descontentamento causado constitui uma ameaça para a paz e harmonia universais" (OIT, 1919: s. p.). A Paz Social não era unicamente um objetivo desejável, também era

necessário para a pacificação das relações sociais e para o estabelecimento de um vínculo de reconhecimento e convívio entre dois setores sociais que se viam como antagônicos, pelo menos no que se refere às suas principais lideranças. As reuniões prévias, os consensos preestabelecidos e o contexto de crise política e econômica no imediato pós Primeira Guerra, assim como a disputa entre reformistas e revolucionários no interior do movimento operário, fez com que avançassem acordos entre os setores conciliadores de ambas classes. A OIT era um espaço de conciliação, mas também de equalização das diferenças. Entre essas questões que podiam contribuir para a resolução dos conflitos sociais existentes estava a saúde. Mas como uma entre outras. A saúde não foi colocada de forma especial pela OIT durante esses primeiros anos. De fato, só foi na década de 1930 quando foi criado um organismo especial para tratar e sistematizar as resoluções que iam sendo tomadas e verificar o seu cumprimento (Ferreras, 2013: s. p.).

As diferenças existentes no campo da saúde tinham certas possibilidades de serem resolvidas. Como temos visto no início do texto, as demandas dos trabalhadores, dos partidos e dos sindicatos vinculadas à saúde estavam apresentadas de forma diferente. Por um lado, estava a preocupação com doenças reconhecidas, que tinham uma origem clara e identificável em algum produto ou procedimento. Por outro, uma preocupação mais geral e difusa com a saúde do trabalhador e a sua família que estava relacionada à quantidade de horas trabalhadas, o tipo de esforço realizado, as condições de moradia experimentadas e o acesso aos bens e serviços possíveis com o salário recebido. Dessa forma a saúde do trabalhador era bifronte. Se por um lado era possível afirmar que determinados serviços eram prejudiciais à saúde e a comprovação estava à vista com os estudos realizados pelos sanitaristas ou médicos do setor, por outro lado, era difícil poder comprovar que o salário não era suficiente para uma boa alimentação, habitação ou condições de vida no geral.

O caminho da Justiça Social estava na aceitação das necessidades de uns e as possibilidades dos outros. Sem essa mútua compreensão não poderiam existir acordos que beneficiassem as partes. A questão da saúde partia de uma série de acordos preexistentes e de debates acumulados ao longo do

período anterior à criação da OIT. A Justiça Social, encarnada nas medidas sociais propostas pela Administração e referendadas pelas Conferências Internacionais do Trabalho, devia cumprir alguns pré-requisitos como melhorar a vida dos trabalhadores. Dessa forma, o trabalho, e principalmente o trabalho industrial, devia passar a ser mais aceitável para quem iria se empenhar nesse setor.

Bibliografia

ALCOCK, A. *History of the International Labor Organization.* Nova York: Octagon books, 1971.

CAYET, Thomas; ROSENTAL, Paul-André; e THEBAUD-SORGER, Marie. *Histoire du Service d'Hygiène Industrielle du BIT*OIT, Genebra, 2007. Disponível em: <http://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/9lk2v3vopebej-m097cq0ji925>. Acesso em: 30 set. 2016.

FEINSTEIN, C. H. Pessimism perpetuated: Real wages and the standards of living in Britain during and after the Industrial Revolution. *in*: *Journal of Economic History 58,* n. 3. Nova York: Cambridge University Press, 1998.

FERRERAS, Norberto O. La construcción de una Communitas del Trabajo: las relaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y América del Sur durante la década de 1930. in: Dimensões - Revista de História da UFES. v. 29, 2013.

GOETHEM, G. *The Amsterdam International:* The World of the International Federation of Trade Unions (IFTU), 1913-1945. Ashgate: Surrey, 2006.

GRIFFIN, E. *Liberty's dawn.* A people's history of the Industrial Revolution. New Haven: Yale University Press, 2013.

HARRISON, B. *Not only the "Dangerous Trades":* Women's Work and Health in Britain, 1880–1914. Londres: Taylor & Francis, 2005.

HEITMANN, J. The ILO and the regulation of white lead in Britain during the interwar years: An examination of international and national campaigns in occupational health. *in*: *Labour History Review*. v. 69, n. 3. Liverpool, Dec. 2004, p. 267–284.

LEAGUE OF NATIONS. The Covenant of the League of Nations. Genebra, League of Nations, 1919a. *in*: *Avalon Project* Disponível em: <http://avalon.law.yale.edu/20th_century/leagcov.asp>. Acesso em 08 mai. 2009.

LEAGUE OF NATIONS. *International Labor Conference. First October Annual Meeting 29, 1919 - November 29, 1919*. Washington: League of Nations, 1919 b.

LEAGUE OF NATIONS. *International Labor Conference. Third Session. Report of the Director*. Genebra:League of Nations , 1921a.

LEAGUE OF NATIONS. *International Labor Conference. Third Session.* v. 1 Genebra: League of Nations, 1921b.

MAGNUSSON, L. Control of Labor Conditions by International Action. *Monthly Labor Review*. Washington, v. 8, n. 4, p. 1-11, 1919.

MELLING, J.; CARTER, T. Donald Hunter and the history of occupational health: precedents and perspectives. *in*: BAXTER, P. *Hunter's Diseases of Occupations.* Londres: Hodder Arnold, 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Constituição da Organização Internacional do Trabalho.* Genebra: League of Nations, 1919 Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID,P62_LANG_CODE:2453907,es:NO>. Acesso em: 30 set.2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Occupation and Health:* Encyclopedia of Hygiene, Pathology, and Social Welfare. Genebra: League of Nations, 1930.

RODGERS, Gerry; LEE, Eddy; SWEPSTON, Lee; e VAN DAELE, Jasmien. *The International Labour Organization and the quest for social justice, 1919*–2009. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 2009.

RUDÉ, George Revolutionary Europe. 1783 – 1815. Nova Jersey: Wiley-Blackwell, 2001.

STOLLEIS, M. *History of Social Law in Germany*. Berlin: Springer-Verlag , 2014.

SWIDERSKI, R. *Anthrax: A History*. McFarland and Co., Jefferson (NC-USA), 2004.

WEINDLING, P. Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office compared. in: WEINDLING, Paul (Ed.) International health organisations and movements, 1918—1939. Nova York: Cambridge University Press, 1995.

5

Sífilis e relações de gênero na Bahia

Ricardo dos Santos Batista[1]

Na apresentação da obra *As doenças têm história*, Jacques LeGoff chama a atenção para a dimensão humana das enfermidades. Ele afirma que a doença pertence à história porque integra, também, uma construção cultural, "porque não é mais que uma ideia, um certo abstracto numa 'complexa realidade empírica' (M. D. Grmek), e porque as doenças são mortais" (LeGoff, 1997: p. 7-8). Essa reflexão tornou-se possível devido às contribuições do movimento de historiadores franceses denominado *Annales* e auxiliou na diferenciação entre duas perspectivas analíticas da doença. Uma eminentemente biológica, atenta às manifestações de cunho físico e orgânico, e outra, voltada para o campo da cultura, que engloba a percepção sobre atitudes humanas perante às epidemias, à morte, e ações do estado no combate às doenças em diferentes temporalidades. Segundo LeGoff, a análise histórica sobre os males que afetam a saúde possibilita a existência de uma história do sofrimento, que une o terror dos sintomas ao pavor do sentimento de culpabilidade individual e coletiva. Dessa forma, lepra, peste, sífilis, tísica,

1. Pós-doutorando no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – PPGHCS/COC/Fiocruz. Doutor em História Social pela Universidade Federal da Bahia.

cranco e AIDS foram algumas das enfermidades que modificaram a história das sociedades ocidentais.

Quando se considera a doença como um aspecto da vida e da história humana, ela estabelece uma interlocução com os elementos que constituem as identidades dos sujeitos enfermos. Dessa forma, fatores geracionais, étnicos, de classe e de gênero estão diretamente relacionados às manifestações de algumas doenças. Há aquelas que, ao longo da história, atingiram predominantemente crianças, outras que afetaram com maior intensidade as camadas economicamente subalternas, e as que estiveram presentes em um número maior de mulheres do que de homens, e vice-versa. Se as doenças possuem história, se estão imersas nas relações sociais, não seria equívoco dizer que elas também possuem gênero. Não somente porque teriam entrado em contato com os sexos, mas, principalmente, pelos significados diversificados atribuídos a homens e mulheres, e que implicaram uma série de julgamentos relacionados às formas de vivenciar as masculinidades e/ou as feminilidades.

Os estudos históricos sobre doenças venéreas funcionam como um *locus* privilegiado para a análise sobre como as enfermidades incidiram sobre os gêneros. Através deles é possível observar como funcionaram representações, convenções e hierarquias sexuais e de gênero em diferentes grupos culturais. A relação entre sexualidade e doenças é reveladora das expectativas acerca de padrões de comportamento, dos usos do corpo e das estratégias utilizadas por homens e mulheres para a convivência com certas enfermidades.

Este capítulo tem como objetivo analisar as relações de gênero no contexto da Reforma Sanitária Nacional, iniciada com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, em 1920, observando as implicações sociais relativas ao contágio da sífilis por mulheres baianas. Destaca-se que desde o período colonial o combate a enfermidades no Brasil era realizado no modelo definido como Estado Mínimo, no qual os órgãos governamentais intervinham apenas em momentos de epidemia. Com os esforços do movimento sanitarista (Cf. Hochman, 1998: 217-235) e a denúncia da situação de doença e analfabetismo da população pobre brasileira, foi implementada

uma legislação nacional que oferecia diretrizes para o tratamento sanitário. Apesar do Regime Federalista oriundo da República, estados firmaram parcerias com a União para a realização de profilaxia e erradicação de doenças endêmicas e outras, como a sífilis. O acordo com a Bahia ocorreu em 1921 e foi renovado por representantes do estado e da União, em março de 1925, na cidade do Rio de Janeiro, para o período de mais cinco anos (Barreto, 1927: p. 175).

Sífilis, prostituição e política sanitária

Ao longo da sua história, a sífilis foi chamada de *lues venérea*. O termo *lues* é derivado do latim e significa praga ou epidemia. A doença era considerada uma praga sexual, pois, quando sua etiologia não era conhecida, os sintomas mais visíveis eram as manifestações nos órgãos genitais. Somente em 1530, o médico, astrônomo e literato Jeronimo Fracastoro deu-lhe um nome que se tornou aceito por todos: sífilis (Amaral, 1966: p. 229-230). O poema escrito por Fracastoro conta a história de um pastor chamado *Siphilus*, castigado pelo deus Apolo por idolatria a um ser humano e que teria, portanto, sido a primeira vítima do mal que se disseminaria pelo mundo posteriormente. Tratada desde o seu surgimento como castigo divino sobre a carne e sobre os prazeres sexuais, a enfermidade era considerada não apenas transmitida sexualmente, mas também produzida sexualmente (Carrara, 1996: p. 30-31).

Assim como a sífilis, muitas outras doenças foram associadas à ideia de pecado, devido à influência da moral cristã ocidental. Apesar de não ocuparem o campo sexual, enfermidades como o cólera, a varíola e a tuberculose também foram vistas como uma forma de punição dos humanos. Segundo Jorge Prata de Sousa (2011: p. 223-224), entre os cinco capítulos do livro bíblico *Levítico*, o terceiro, denominado *Puro e o impuro*, apresenta a doença como um mal a ser evitado, um símbolo de impureza adquirido como resultado de conduta irregular, cujas consequências contaminariam os laços da aliança de Javé pelo contágio de seu próprio povo. A enfermidade seria o resultado do desregramento de valores morais e/ou espirituais, cabendo

o castigo divino, seguido de um sentimento de terror, medo ou pânico e, por fim, a exclusão do doente.

Apesar da existência de uma concepção religiosa em torno de algumas doenças, ao longo do século XIX houve uma mudança na forma de enfrentamento à sífilis. Segundo Engel (2004: p. 67), os médicos se viam diante de uma interdição de fundo moral cristão, representada pela crença de que as moléstias venéreas seriam um castigo divino às práticas sexuais pecaminosas e, por isso, não poderiam ser evitadas e curadas. Para romper com esse obstáculo, eles procuraram impor uma nova perspectiva, formulada em fins do século XVIII, de acordo com a qual a sífilis e outras moléstias venéreas não podiam mais ser encaradas como uma punição sagrada ao desregramento sexual, pois isso expressava uma "pretensão moral falsa e mesquinha". O argumento básico utilizado para fundamentar a nova posição era a preocupação com as "vítimas inocentes" da moléstia, que não levavam uma vida sexual desregrada, mas que acabavam contraindo a doença. Essa ideia foi reforçada pelo princípio que estabelecia como dever do médico aliviar todo e qualquer tipo de sofrimento. Assim, os profissionais da saúde teriam tomado a si a missão de defender a moral e combater a libertinagem com um novo instrumento: ao invés da fé, a ciência. Trabalharam para tornar a sífilis um problema de caráter científico, que precisava ser enfrentado a partir de bases "racionais", e as novas descobertas da medicina seriam decisivas nessa empreitada.

A proposta de erradicação da sífilis no Brasil, elaborada por Eduardo Rabello e seu grupo e explicitada no regulamento do DNSP, em 1920, surgiu em meio ao debate sobre regulamentação e abolição da prostituição, que provocou calorosas discussões. Destaca-se que o meretrício esteve articulado às imagens relativas à doença, como ao cancro, à chaga, à úlcera, à gangrena e ao vírus. Ainda na segunda metade do século XIX ele era visto pelos médicos como uma enfermidade do corpo, um foco infeccioso que ameaçava a saúde e a vida. O discurso médico recaiu sobre a prostituição como fonte e agente da propagação venérea, um perigo que se espalhava pelas ruas e casas, contaminava corpos e causava destruição (Engel, 2004: p. 74-75).

O modelo de combate à prostituição denominado regulamentarismo considerava a prática sexual como um mal necessário e defendia que, se fixadas nos bordéis, as meretrizes poderiam ser submetidas a uma vigilância constante, da qual fazia parte o controle médico obrigatório e regular, para serem internadas em hospital especial no caso de estarem doentes. Em sua primeira versão, essa perspectiva tinha como objetivo combater a libertinagem, proteger a moral familiar, disciplinar o espaço público e a mulher pública para que os homens não ferissem a moral das mulheres "honestas". Por outro lado, o abolicionismo se propunha a um combate simultâneo à prostituição e às doenças venéreas, considerando a contenção sexual masculina e a emancipação política da mulher como meios mais eficientes para acabar com a prostituição e com as doenças que ela transmitia. Educação e propaganda seriam os instrumentos privilegiados para alcançar tais objetivos (Carrara, 1996: p. 167-171).

A partir de críticas abolicionistas relacionadas à "eficácia da regulamentação", já que muitas mulheres poderiam fugir à inscrição e aumentar o número de clandestinas; ao "critério jurídico-político", pois o regulamento colocava as prostitutas fora do direito comum e sob o arbítrio direto da polícia; e à "moralidade", visto que se reconhecia a prostituição como profissão, originou-se o neo-regulamentarismo, que teve como principal formulador o sifilógrafo francês Alfred Fournier, defensor da regulamentação não mais em nome apenas da preservação moral e dos bons costumes, ou do saneamento moral dos espaços públicos, mas por razões de ordem sanitária. Secundário no início, o combate às doenças venéreas transformou-se em justificativa essencial do neo-regulamentarismo de finais do século XIX (Carrara, 1996: p. 172). Esse grupo também incorporou várias das propostas abolicionistas, principalmente a defesa de uma ampla campanha de educação antivenérea para alertar a população sobre os perigos das doenças sexuais.

Os conflitos entre regulamentaristas e abolicionistas tinham como fundo a oposição entre lei e educação. Também chamados de modelo "jurídico-punitivo" e "pedagógico-disciplinar", divergiam fundamentalmente sobre o modo como a sexualidade humana deveria ser compreendida. Para os primeiros, a questão principal não era mudar o comportamento sexual

masculino, nem recuperar as prostitutas, mas submetê-las a exames periódicos, não propondo mudanças profundas nos comportamentos individuais, pois acreditavam que a prostituição era uma instituição sem chances de ser excluída do meio social. Por outro lado, os abolicionistas tendiam a discordar dos regulamentaristas quanto à natureza dos desejos sexuais. Para eles, homens e mulheres poderiam e deveriam ser castos, o meretrício precisaria ser erradicado e a população educada. Segundo Carrara, a esse respeito havia divergências cruciais quando se discutia o tipo de informação médica a ser divulgada. A partir dessas disparidades, originaram-se, em linhas gerais, um abolicionismo "moral" e um abolicionismo "científico" (Carrara, 1996: p. 204-205). Enquanto que, para os moralistas, o tratamento para doenças sexuais era visto com desconfiança porque a enfermidade deveria continuar a significar uma vida de desregramento sexual, os adeptos do "abolicionismo científico" acreditavam ser necessário o combate à doença a partir de todos os meios possíveis. Nesse caso, divulgava-se a necessidade de restrição sexual masculina ao casamento, mas não se privava de oferecer informações sobre como evitar doenças venéreas por meios técnicos, como o uso de pomadas desinfetantes, lavagens, preservativos, entre outros.

Depois de muitas discussões a respeito das vantagens e desvantagens desses modelos, inclusive após a Proclamação da República, quando o debate sobre as medidas de profilaxia sanitária voltou à tona, a proposta regulamentarista foi derrotada pelo abolicionismo. Apesar disso, a liberdade proporcionada pelo regime federalista permitiu a implantação de medidas diversas no país, como as essencialmente jurídico-punitivas levadas a cabo pelo sanitarista de Manguinhos, Heráclides Cesar de Souza Araújo, nos estados do Paraná e Pará. Em análise sobre o combate à sífilis em Belém, Henrique e Amador (2016: p. 367) afirmam que o modelo de profilaxia das doenças venéreas utilizado era o "Sifilocômio Nacional" do Uruguai, que Souza Araújo visitara entre 1915 e 1918. Assim como no Paraná, ele implantou o registro de prostitutas em cadernetas de identificação, o atendimento gratuito aos indigentes, exame semanal das meretrizes, tratamento compulsório das doentes, multas às prostitutas que faltassem ao tratamento e um trabalho em conjunto com a política para impedir que as doentes continuassem a trabalhar.

Mesmo se posicionando contra o modelo adotado por Souza Araújo e defendendo o abolicionismo, é possível afirmar que Eduardo Rabello se aproximou muito mais de alguns regulamentaristas do que dos abolicionistas morais e conseguiu articular um grupo com ideias semelhantes para o combate à sífilis no Brasil, na segunda década do século XX, a partir de um modelo baseado na concepção de higiene:

> as experiências regulamentaristas de Souza Araújo logo se chocariam com as novas diretrizes nacionais da *luta antivenérea* no Brasil, através da constituição de um extenso sistema de profilaxia articulado pelo governo central. Aparentemente, as intermináveis querelas entre *abolicionistas* e *regulamentaristas* começavam a ser superadas. Assumindo [...] posições estratégicas em instituições científicas e acadêmicas, um grupo bastante coeso de sifilógrafos, organizado desde 1912 em torno da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, conseguia formular uma "solução" a um só tempo pragmática e conciliadora para o *problema venéreo* brasileiro (Carrara, 1996: p. 218).

A nova legislação estava a meio caminho entre abolicionismo e regulamentarismo: defendia a restrição sexual masculina apenas para que a proposta tivesse aceitação na sociedade e não por moralidade. Por outro lado, através da educação sanitária, conseguiria disseminar uma série de medidas de profilaxia, como os conhecimentos de técnicas de prevenção, pomadas e soluções desinfetantes depois das relações sexuais.

A base da profilaxia proposta estava sobre dois pilares principais: a campanha de propaganda e educação higiênica e o tratamento profilático. Buscava-se impedir o contágio pelo diagnóstico precoce e tratamento eficaz dos doentes, assim como proteger os indivíduos sãos, esclarecendo-os quanto aos perigos que corriam e a que expunham seus descendentes (Carrara, 1996: p. 120-121). Para tanto, determinava-se que a cura deveria ser realizada, de preferência, nos dispensários e, em certos casos, em hospital especial ou em enfermarias anexas aos hospitais gerais (Brasil, 1920: 37); os dispensários deveriam ser instalados em locais acessíveis, mas discretos; o atendimento

deveria ser realizado segundo o sexo e a condição social dos pacientes; era necessário um pequeno laboratório para exames microscópicos das doenças venéreas e/ou sorológicas, sendo que os exames poderiam ser facultados aos doentes de poucos recursos que estivessem se tratando fora dos dispensários, quando fosse preciso esclarecer o diagnóstico do caso contagiante (Brasil, 1920: 37.); entre outras orientações.

Segundo Carrara (1996: p. 122), os caminhos utilizados por Rabello, na implantação de diretrizes, aproximavam-se de uma política neo-regulamentarista em muitos momentos. A legislação determinava, por exemplo, que as pessoas de ambos os sexos, pelos seus hábitos, ocupação, meio de vida ou por outra qualquer causa evidente, tornassem-se suspeitas de estar infectadas ou de veicular os gérmens daquelas doenças; e as que fossem aptas a transmiti-las mais facilmente mereceriam cuidados especiais da autoridade sanitária. Isso pode ser interpretado como uma alusão ao cuidado especial a ser dispensado às meretrizes. A adoção de um "serviço social" com enfermeiras visitadoras (Brasil, 1920: 36), como foi proposto pelo DNSP, era central em um modelo regulamentarista, visto que elas se encarregariam de encontrar as prostitutas e convencê-las a se matricular em um dispensário, a serem examinadas e tratadas.

Em consonância com os debates desenvolvidos no Rio de Janeiro, os médicos baianos também opinavam sobre quais caminhos seguir, no tratamento luético. Em 1899, o médico Antônio Ferreira Guimarães (1899: p. 35) acreditava na "eficácia inestimável, inconteste contra a difusão da *syphilis* a regulamentação da prostituição pública". O chefe do Posto de Saneamento Rural de Ilhéus, mesmo depois do acordo firmado entre Bahia e a União, posicionava-se como um grande defensor da regulamentação em um dos relatórios enviados ao Sub-secretário de Saúde e Assistência Pública da Bahia, Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto:

> Eu sou dos que acreditam que só os meios tanto violentos podem obter o extermínio da syphilis e das moléstias venéreas – regularização do meretrício (matricula, vigilancia rigorosa, etc) e hospitalisação obrigatória de todos os doentes, enquanto persistirem as lesões contagiosas [sic] (Guimarães, 1926: p. 17-18).

Os primeiros catedráticos de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina da Bahia adotaram comportamentos diferenciados no que diz respeito à prática de ensino e, consequentemente, no posicionamento em relação à prostituição. Batista (2015b: p. 187-197) analisa as distintas posições de médicos como o doutor Alexandre Cerqueira, que ainda em finais do século XIX se filiava a um ramo específico da sifilografia contra as medidas jurídico-punitivas e a favor da educação higiênica, ideias similares aos princípios da política nacional proposta por Eduardo Rabello e pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz em 1920. No entanto, o seu sucessor não se mantinha envolvido na discussão política sobre o combate à prostituição, nem opinava sobre os meios que deveriam ser utilizados para extingui-la.

A Política Sanitária de combate à sífilis no pós-1920 trazia, no seio de sua formulação, o debate sobre como diferentes estratos sociais brasileiros encaravam a prostituição, e os valores que elegiam, naquele momento, como importante para um projeto nacional. A saída encontrada por Eduardo Rabello tinha, portanto, uma função conciliadora, que unia diferentes profissionais da medicina, em torno de um objetivo comum. Ela foi proposta considerando modelos de comportamento sexual, padrões almejados para as relações sexuais e para os ideais de família, promovidos pelas elites urbanas e reproduzidos por parte das camadas subalternas economicamente.

Mulheres baianas e sífilis

Um resultado positivo obtido do acordo entre estado e União, a partir de 1921, foi a multiplicação dos postos sanitários de Salvador e de cidades do interior baiano. Esses locais se tornaram o lugar de excelência para o tratamento de inúmeras doenças. Batista (2015b: 197-200) e Batista e Souza (2015: p. 49-69) mostram como esses ambientes eram utilizados também para o desenvolvimento de pesquisa sobre a sífilis, especialmente pelos estudantes que ali elaboravam suas teses de doutoramento. Depois de defendidos, esses trabalhos passavam a ser utilizados pelas equipes dos postos, na orientação das ações a serem desenvolvidas. Apesar das verbas limitadas e das especificidades regionais da Bahia, como as distâncias e contratempos com os meios de transportes para realizar o saneamento, um processo de

centralização sanitária foi realizado com êxito no estado, até 1945 (Cf. Batista, 2015a: p. 210-215). Nesse contexto, é possível identificar aspectos das relações de gênero e sexualidade, especialmente sobre o tratamento feminino e a relação entre mulheres e doenças nos postos sanitários.

A criação do Posto das Docas do Porto, na zona portuária de Salvador, foi significativa para a população do bairro do Comércio, que o via se modificar desde fins do século XIX, quando os comerciantes ricos começaram a abandonar as freguesias centrais e passaram a construir seus palacetes no Campo Grande, Vitória, Barra Avenida e Graça. A ocupação residencial da zona central da cidade pela população mais pobre ocorreu com a vantagem da proximidade do local de trabalho, em sobrados construídos nas imediações do bairro comercial. Nessas habitações, um pavimento podia ser dividido em "cômodos", "quartos" e "partes de andar", geralmente alugados a diferentes inquilinos (Maraux, 2001: p. 46-47). Tais habitações acentuavam a precariedade das condições de vida em Salvador, em vista das suas péssimas condições sanitárias. A implantação do dispensário das Docas do Porto naquele local foi uma decisão estratégica da Subsecretaria de Saúde, que enxergava "perigo" na zona portuária, com sua complexa rede de sociabilidade, em que o trabalho, o lúdico, a malandragem e a prostituição por vezes se misturavam. A existência de um dispensário na zona de meretrício é sintomática porque, mesmo não sendo alvo de regulamentação, a resolução do Código Sanitário de 1920 lhe atribuía uma atenção especial.

O doutor Alfredo Boureau, que se dispunha a aumentar o número de matrículas de sifilíticos naquele estabelecimento sanitário, afirmou as dificuldades de implementação do serviço, no ano de 1926, porque o Governo determinou a realização de uma campanha para vacinação, a ser realizada no período de três meses. Com o acúmulo de atividades naquele centro e a disponibilidade de apenas uma sala para a terapêutica da sífilis e para a vacinação, deu-se prioridade à vacina: "[...] não nos era possível, muitas vezes, examinar indivíduos que procuraram o Dispensário porque a sala se achava repleta de senhorinhas e senhoras", afirmava o médico (Boureau, 1926: p. 2). Ele alegava que as outras salas eram destinadas ao laboratório, aos serviços de curativos e ao serviço de lavagens, restando apenas a sala

de entrada, "de exíguas proporções", para o desenvolvimento de múltiplas funções, e onde não se podia estabelecer o serviço de vacinações sem prejudicar o serviço de moléstias venéreas e sifilíticas.

Refletir sobre o atendimento de mulheres em Postos como o das Docas do Porto remete às concepções construídas acerca das ideias de feminilidade na Bahia. A esse respeito, Alberto Heráclito Ferreira Filho (2003: p. 63-79) chama a atenção para o processo de modificações urbanas na Salvador da primeira metade do século XX e a influência da medicina. Para ele, a família se colocava como instituição capital no processo higienista, que delegava novos papéis a homens e mulheres, pais e mães, responsáveis pelo futuro da prole. As pessoas se adequavam a novos hábitos urbanos, com o uso de novas vestimentas que diferenciavam as camadas economicamente favorecidas dos grupos subalternos. Ir à Rua Chile, lugar de sociabilidade das elites soteropolitanas, era um programa tido como masculino. Às mulheres dessas classes cabia, no máximo, visitar algumas vitrines. Contudo, o espaço da rua não era a tônica da vida feminina, sendo severamente criticadas aquelas que infringiam os códigos que regulavam sua presença no espaço urbano. Salvador não havia se transformado em um centro cosmopolita onde os padrões de vida foram radicalmente revistos. Muitas mulheres, apesar de se manter reclusas no interior dos lares, desejavam ocupar o espaço urbano, não podendo sequer permanecer por muito tempo nas janelas. Por outro lado, mulheres pobres baianas precisavam trabalhar nas ruas, mas, muitas vezes, impunham-se a alcunha de "mulheres de família" para não serem comparadas às mulheres de vida pública, às prostitutas.

Assim, compreende-se que o atendimento sanitário de homens e mulheres era realizado separadamente, considerando valores morais. Aquelas definidas como "senhorinhas", pelo doutor Boureau, figuravam entre mulheres pobres, mas que tinham a honra como valor a ser preservado. Dessa forma, não podiam presenciar a avaliação médica de homens suspeitos de contrair a sífilis. Nesse período, as mulheres das elites econômicas ainda eram atendidas por médicos particulares, em suas residências, como se poderá observar. A preocupação com a imagem feminina também estava presente em cidades distantes da capital. Em trabalho sobre prostituição no interior

baiano, foi possível perceber como a dicotomia entre mulheres "santas" e "da vida" era estimulada pelos discursos médico, jurídico e da imprensa, e como as mulheres agiam cotidianamente em ações que não eram passíveis de serem enquadradas num polo ou no outro (Batista, 2014: 71-115).

As dificuldades na profilaxia e tratamento da sífilis em mulheres, nos postos sanitários, ocorriam pela escassez de enfermeiras. Receber cuidados por doença venérea era considerado um risco, quando o executor dos curativos era um homem. Temia-se a possibilidade de uma liberdade masculina sobre o corpo feminino, como estabelecimento de um grau de intimidade considerado imoral, e que poderia macular a reputação feminina. Nesse sentido, o chefe do Posto de Profilaxia Rural de Ilhéus, o médico Gil Guimarães, reiterava o pedido de nomeação de uma enfermeira que pudesse fazer com mais desembaraço o tratamento de mulheres e, assim, evitar o desrespeito ao "pudor das pobres pacientes" que, em geral e principalmente para certas moléstias, recusavam-se terminantemente aos curativos praticados por enfermeiros (Guimarães, 1926: p. 17). O mesmo ocorria na cidade de São Félix, recôncavo baiano, em 1925. A matrícula de mulheres contaminadas com doenças venéreas tendia a se extinguir pela falta de uma enfermeira. Segundo o chefe sanitário, algumas ainda eram tratadas pela ex-enfermeira do posto, que prestava serviços eventualmente (Fontes, 1925: p. 8).

Um instrumento de destaque, apontado como forma de prevenção da contaminação sifilítica de mulheres consideradas "idôneas", foi o exame pré-nupcial ou de sanidade. O atestado de aptidão para o casamento ocorria através de uma consulta, na qual os nubentes eram examinados fisicamente e descreviam seu histórico de saúde, obrigados a informar sobre possíveis manifestações de doenças sexuais já ocorridas. O artigo nº 20, do decreto n. 181, de 24 de janeiro de 1890, que regulamentava o casamento civil, tornava o exame pré-nupcial facultativo, sob a responsabilidade dos pais dos noivos:

> Art. 20. Os paes, tutores ou curadores dos menores ou interdictos poderão exigir do noivo ou da noiva de seu filho, pupillo ou curatelado, antes de consentir no casamento, certidão de vaccina e exame medico, attestando que não tem lesão, que ponha em perigo proximo a sua

> vida, nem soffre molestia incuravel, ou transmissivel por contagio, ou herança. (Brasil, 1891: p. 284)

Médicos baianos, como Abelardo Porto, dedicavam-se ao estudo da sífilis e manifestavam-se a respeito do exame pré-nupcial.[2] Em *Breves considerações sobre a prophylaxia e tratamento das Molestias Venereas*, ele se posicionava favoravelmente à instituição de sua obrigatoriedade: "relativamente ao casamento pensamos como alguns auctores, devia haver com maior realce, uma certa obrigatoriedade no que diz respeito também à precedência de um attestado fiel, de sanidade, não só para um, como tambem para o outro cônjuge" (Porto, 1925: p. 27). Entretanto, nem sempre o exame servia como garantia de que em nenhum momento da relação conjugal a doença poderia se fazer presente. O relato de um estudante de medicina revela que mesmo as mulheres casadas acabavam contraindo sífilis, e que eram passíveis de serem responsabilizadas pela contaminação e por adultério a seu marido. O episódio pode contribuir para a análise sobre como as doenças permeavam as relações conjugais e quais posições homens e mulheres podiam assumir, a depender das circunstâncias.

O estudante de medicina Ruy Santos era natural do município de Casa Nova, na Região do Vale do rio São Francisco, e sempre que retornava para sua cidade natal era convidado para visitar doentes. Levando em consideração a ainda escassa presença de médicos nas áreas mais afastadas do estado, dividia a profissão, antes mesmo de se formar, com seus tios Delfino e Zé Estrela. Certa vez foi convidado pelo juiz de Direito, Cícero Campos, para ver sua esposa Santinha, que se encontrava com o corpo vermelho e com febre.

O estudante identificou imediatamente as roséolas sifilíticas no corpo de Santinha, além de uma lesão na região do pescoço. Estas manifestações lhes eram familiares, já que havia acompanhado vários casos nos estudos desenvolvidos ao longo da sua formação. Contudo, o esposo da mulher não conseguia aceitar o diagnóstico. E mais, questionava o estudante se ele

2. Assim como os doutores Octávio de Souza Brandão, Antônio José Alves Guimarães, Julio Pereira Leite, José Cesario da Rocha, Augusto Lins e Silva, Belmiro de Lima Valverde, dentre outros.

deveria suspeitar que a sua esposa estivesse o traindo. O tio do estudante havia diagnosticado como doença "sangue novo", mas mesmo com as limonadas e garapas de tapioca que receitou, a mulher não melhorava. Depois de uma noite com a lesão aumentada e com dores no corpo da esposa, Cícero chamou mais uma vez Ruy, que receitou ampolas de Hectagiro, e ia pessoalmente aplicar dia sim, dia não. Na terceira aplicação, as melhoras foram acontecendo, as manchas do corpo esmaeceram, as dores sumiram e, com o passar dos dias, a lesão sumiu (Santos, 1978: p. 207-211).

O ocorrido com o estudante de medicina é um dos muitos exemplos sobre como as enfermidades se relacionam com as histórias de vida de pessoas. A sífilis envolvia valores relativos ao casamento, modelos de família, o uso da sexualidade e, como pôde ser observado, impedia Cícero de aceitar o diagnóstico relativo à sua esposa. Encontram-se nessa história concepções de masculinidade e feminilidade vigentes na sociedade baiana, quando um membro das camadas economicamente abastadas se negava a admitir a possibilidade de ser responsável pelo contágio venéreo da sua esposa e, numa tentativa de culpabilizá-la, questionava a Ruy se deveria cultivar desconfiança para com a mulher. Ela era responsabilizada, por seu marido, pela introdução da doença no seio matrimonial, mesmo que não houvesse referência a nenhum indício anterior que questionasse seu caráter. Destaca-se que a manifestação da sífilis não ocorre da mesma forma em todas as pessoas, sendo algumas fases assintomáticas. Isso não descarta a possibilidade de ter sido Cícero o transmissor da doença.

No que diz respeito à sífilis e prostituição, Nélia de Santana afirma que se para muitas mulheres soteropolitanas consideradas "honestas" ter sífilis era portar um estigma próprio das meretrizes, para as próprias prostitutas contrair a doença venérea trazia problemas diversos. Portar a enfermidade poderia representar uma diminuição do número de clientes, não só pela sua debilidade física como pelo afastamento daqueles homens temerosos de serem contaminados (Santana, 1996: p. 91-92).

Em sua tese de doutoramento, o doutor Ângelo de Lima Godinho Santos contribuía para a caracterização da meretriz como alguém degradante. Para tanto, afirmava que a condição de prostituta debilitava a saúde

das mulheres e as levava a uma velhice cheia de doenças causadas pelos "excessos praticados". Ele relata, com uma série de ornamentos alegóricos, o que teria ouvido de uma daquelas mulheres:

> assim como me vedes, diz ella, não sois capaz de imaginar que já fui moça e bonita; tive no meu semblante, não essa pallidez cadaverica que aterroriza e repugna, mas a bela côr dos jasmins; ornava a minha fronte, não esta corôa de manchas que me vêdes, mas uma corôa de flores; tive implantada n'esta cabeça, hoje tão horrível, a mais linda cabeleira que se pode imaginar; em vez de cicatriz horrível que me transforma o semblante, esculptural nariz me embellezava o rosto; que esses olhos que aterrorizam a quem de mim se aproxima, eram o himan que para mim attrahia todos que me viam; que esta bocca sem dentes, que me dá o aspecto da morte, era out'rora ornada por duas filas de eburzinados dentes; que em vez d'estes andrajos que em mim vedes, ricos vestidos me cingiam o corpo" (Santos, 1909: p. 22).

De fato, não raro os médicos se deparavam com prostitutas que haviam contraído a doença. Em uma das visitas que o doutor Pirajá da Silva realizou ao dispensário Ramiro Monteiro, encontrou uma meretriz nomeada como E. V.. O médico relata a inquietação da mulher, quando lhe mostrou as manifestações sifilíticas no braço, na face e no colo: "[...] após a prescrição médica confessou a resolução previamente tomada, o suicídio, caso não melhorasse, por não ter segundo seu pensar, a mínima serventia, mulher como ella e em taes condições" (Silva, 1925).

Não se sabe se a mulher cometeu suicídio após a consulta médica, mas, certamente, muitas outras o fizeram. A prostituta de nome Ricarda Pereira da Silva, também chamada de Caboclinha, tinha 26 anos de idade quando se atirou de uma das janelas do terceiro andar do prédio número 11 da Rua Visconde do Rio Branco, no dia 25 de outubro de 1918. O jornal *O Democrata* noticiava, como causa da morte, o fato de que, há muito tempo, ela vinha sofrendo de uma "moléstia interna incurável" e, seguindo o conselho de sua mãe, foi ao médico. Tomando ciência do mal que a acometia, dirigiu-se à

sua casa e, "[...] iludindo a vigilância das pessoas de casa, atirou-se da janela a rua" (O democrata, 1918: s. p.). Diante de todas as ideias de degeneração presentes nas representações médicas e sociais sobre a sífilis, é muito provável que a meretriz tenha tirado sua própria vida por um diagnóstico de *lues*.

Em relação às metáforas construídas em torno de doenças, Susan Sontag (2007: p. 38-39) afirma que, diferente da tuberculose e do câncer, a sífilis não era uma enfermidade misteriosa. Contraí-la era uma consequência previsível de fazer sexo com um portador da doença. Assim, entre todas as fantasias impregnadas de culpa a respeito da contaminação sexual vinculada a ela, não havia lugar para um tipo de personalidade tida como especialmente suscetível à doença. As metáforas em torno da sífilis teriam sido limitadas porque sua causa era entendida como singular: a mais cruel das dádivas, transportada por um mensageiro, às vezes desavisado, a um receptor desprevenido (Sontag, 2007: p. 55). Concorda-se com a autora que as metáforas não estejam relacionadas ao desconhecimento das formas de transmissão. Mas isso não impede que as formulações morais em torno da *lues* ajudassem a construir perfis de sujeitos considerados mais suscetíveis a adquirirem-na e que o medo do contágio não produzisse efeitos sobre as pessoas. Uma análise dos atestados de óbito na cidade baiana de Jacobina, localizada na Chapada Diamantina, indica que, naquele contexto, a baixa incidência de registros da sífilis como *causa mortis*, nos atestados de óbito, foi consequência da "manipulação" nos registros de falecimento de uma elite moralizante, sendo apontados como sifilíticos apenas homens pobres, com idade média de 17 anos e solteiros, que aparentemente não teriam compromisso com a família, e que poderiam ser considerados como boêmios, enquanto que as mulheres registradas eram pobres e solteiras, de várias idades, que poderiam ter se entregado aos caminhos da prostituição (Batista, 2013: p. 140-141; 2014: p. 64).

Considerações finais

Numa perspectiva de gênero, a análise aqui desenvolvida enfatizou um processo histórico relativo à saúde, que foi impulsionado pelo próprio caráter da política sanitária de combate à sífilis, elaborada na fronteira da aceitabilidade social e com diferentes posicionamentos entre médicos. A escolha de Eduardo Rabello por um modelo abolicionista, e com a presença de enfermeiras visitadoras contribui para a reflexão sobre como, na propulsão de políticas que se pretendiam efetivar, não puderam ser descartados os conhecimentos existentes sobre a doença naquele momento, nem os elementos culturais compartilhados socialmente.

Contrair sífilis se apresentava como um problema tanto para as mulheres consideradas "honradas" quanto para as prostitutas. Percebe-se isso no comportamento de mulheres pobres, que desejavam preservar a sua imagem quando atendidas nos postos sanitários e não aceitavam ser examinadas por homens; no diálogo entre dois homens, que discutiam a culpabilidade de uma mulher casada; e no desespero de prostitutas sifilíticas que temiam não poder continuar no meretrício e cometiam suicídio. Por outro lado, a sífilis não causava tanto impacto sobre a imagem masculina porque, diferente da imagem feminina, ela não se encontrava imersa na dicotomia santa/prostituta, que resultava em uma série de julgamentos morais sobre o comportamento das mulheres.

A partir do que foi discutido, considera-se que investigações históricas em relação ao adoecimento devem destinar atenção aos elementos que compõem a identidade de homens e mulheres. As diferenças de classe, de raça/etnia e de gênero podem amenizar ou atenuar o sofrimento humano. No contexto descrito, as implicações do contágio venéreo para um homem branco e integrante das elites letradas eram distintas das relativas a uma mulher negra das camadas economicamente subalternas. A assimetria de gênero se mostrou evidente na sociedade soteropolitana da década de 1920, e a doença pôde ser utilizada como um instrumento para analisá-la.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Afrânio do. *"Siphilis"*: molestia e têrmo através da história. Rio de Janeiro: INL, Ministério da Educação e Cultura, 1966.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Como se saneia a Bahia*: a sífilis e um projeto político-sanitário em tempos de federalismo. 2015. 231 f. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015a.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Distintas posições*: médicos baianos e o ensino de Sifilografia na Faculdade de Medicina da Bahia (1895-1945). *Dimensões*, v. 34, 2015b, p. 184-203.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Lues venerea* entre práticas e representações: saúde pública, doença e comportamento social nas serras jacobinenses. *In*: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde no interior da Bahia*: séculos XIX e XX. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013, p. 115-146.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Mulheres livres*: uma história sobre prostituição, sífilis e convenções de gênero e sexualidade. Salvador: EDUFBA, 2014.

BATISTA, Ricardo dos Santos; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Sífilis, Medicina e Organização Sanitária em Salvador – BA. *In*: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C.; BERTOLLI FILHO, Cláudio (Orgs.). *As enfermidades e suas metáforas*: epidemias, vacinação e produção de conhecimento. São Paulo: USP, UFABC, CD.G Casa de Soluções e Editora, 2015.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus*: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

ENGEL, Magali. *Meretrizes de doutores*: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Brasiliense, 2004.

FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. *Quem pariu e bateu, que balance!*: mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940. Salvador: Centro de Estudos Baianos, 2003.

HENRIQUE, Márcio Couto; AMADOR, Luiza Helena Miranda. Da *Belle Époque* à cidade do vício: o combate à sífilis em Belém do Pará, 1921-1924. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 359-378, 2016.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 5, supl., p. 217-235, 1998.

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

MARAUX, Amélia Tereza Santa Rosa. *Estivadores além do Porto*: sociabilidade e trabalho na Cidade da Bahia (1912-1940). 180 f. 2001. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SANTANA, Nélia de. *A prostituição feminina em Salvador (1900-1940).* 1996. 108 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora/Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUSA, Jorge Prata de. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. *In*: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Márcia (Org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Ed. UNESP, 2011, p. 223-250.

Fontes

BARRETO, Antônio Luis D. A. de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*: anno 1926. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927. Biblioteca Pública do Estado da Bahia/Seção de Obras Raras.

BOUREAU, Alfredo Rosa. *Relatório dos serviços effectuados no Dispensário das Docas durante o anno de 1926*. APEB, caixa 4068, maço 1926.

BRASIL. *Decreto 181, de 24 de janeiro de* 1890. Promulga a Lei sobre o casamento civil. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, ano XXIX, 2 da República, n. 53, terça –feira, 25 fev. 1890.

BRASIL. *Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920*. Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, anno LIX, 32 da República, n. 215, quinta-feira, 16 set. 1920.

FONTES, Pedro. *Relatório dos trabalhos efetuados no Posto de Saneamento de São Félix*. Caixa 4082, maço 114, 1925.

GUIMARÃES, Antônio Ferreira. Deve ser regulamentada a prostituição? Bahia: Typographia Passos, 1899.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. *Relatório dos serviços prestados pelo Posto de Saneamento Rural de Ilhéos,1926*. Caixa 4082, maço 113, 1926. *O Democrata*, 26 out. 1918. (*Os desertores da vida*).

SANTOS, Ângelo de Lima Godinho. Influência da prostituição sobre a sociedade actual. Bahia: Imprensa Econômica, 1909.

SANTOS, Ruy. *A faculdade do meu tempo*: memória. Brasília, DF: Senado Federal, 1978. v. 2.

SILVA, Pirajá da. *Relatório do serviço de profilaxia da lepra e doenças venereas*. APEB, caixa 4068, maço 18, 1925.

6

Mulheres do lar, homens provedores e desigualdade na história social da hepatite C

Rosangela Gaze

Confidenciando...

Confidencio que o título deste capítulo é inapropriado devido à tautologia da expressão *desigualdade na história social*. Não conhecemos igualdade de gênero na saúde e na doença (não sei se "até que a morte as separe") assim como não existe história *não social* de doenças. Título infeliz. Não, não tenho outro a propor. Aceito contribuições.

Giovanni Berlinguer (1988: p.11) inicia seu clássico ensaio "A Doença" com a irretocável sabedoria: "Os homens e as mulheres podem estar doentes ou não. É uma questão de bom senso, antes mesmo que uma investigação científica. A saúde e a doença são, porém, distribuídas desigualmente entre os indivíduos, as classes e os povos". Gostaria de tê-lo consultado. Em outras dimensões, quem sabe?

Ocorreu-me estruturar este ensaio nos tópicos: Construção do objeto e conceituações; Questões e pressupostos; Fundamentação epidemiológica e sócio-histórica; Relatos de casos; Limitações, desafios, potencialidades e

desdobramentos; In(con)clusões. Narrativa didática que nem sempre expressa a articulação de saberes. Preferi a forma que sigo a narrar...

Homem objeto... da norma social

Iluminar a saúde dos homens como objeto de estudos de gênero é incluir. Incluir é incorporar o paradoxo da "vulnerabilidade produzida pela posição de privilégio dos homens na estrutura social" aos estudos de gênero (Pinheiro; Couto, 2008: p.65). É explicitar vulnerabilidades sobre o homem hegemônico – e objeto da norma social – contribuindo para despertá-lo ao ser integral – sujeito de sua pluralidade.

Incluir é integrar gênero e trabalho como categorias de análise da situação de saúde dos homens (e das mulheres), é ir além de constatações estatísticas, e *estáticas*, de diferenciais de risco (Silva; Carvalho; Souza, 2004; Breilh, 1996).

Incluir é tornar visível que ser homem provedor pode ter gerado historicamente vulnerabilidades na saúde do gênero masculino exposto a fatores de risco que foram (ou são?) considerados *inerentes* ao trabalho. Naturalizar acidentes de trabalho é penalizar os dois gêneros. A hegemonia masculina no mundo do trabalho, vantajosa para muitos e em diversos aspectos, esteve acompanhada de outra *hegemonia*: a dos acidentes de trabalho típicos e de trajeto, incluindo os graves e fatais.

A visão social do homem em grande parte das culturas insistia/e em provê-lo de domínio no trabalho com vida pouca ou nenhuma. *Provedor?* De quem? Para quem? *Dominante?* Do que? Para que? Por quê? Polarizações de gênero estão na agenda social enquanto acidentados e mortos no trabalho (homens e mulheres) são invisibilizados nessa violência.

> Desse modo, tem-se que o 'eterno' e o 'natural' (dominação masculina) *são produtos de um permanente e intenso trabalho de socialização que, por fim, faz dos homens, ao mesmo tempo que privilegiados, prisioneiros e vítimas da representação dominante.*

> Nesse sentido, a dominação é construída numa dimensão relacional, sendo exercida diante de outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade. Além disso, é possível considerar um caráter de auto-opressão na própria constituição do masculino, uma vez que a masculinidade socialmente defendida e aceita exige um trabalho de 'modelagem' dos sujeitos, em que precisam ser exorcizadas as características que contradizem a virilidade (Pinheiro; Couto, 2008: p.61, grifos no original).

Embora a participação da mulher no mercado de trabalho tenha se tornado crescente a partir de 1920 no processo brasileiro de industrialização e urbanização, e marcada, como em outras sociedades, pelas precárias condições ocupacionais e de moradia, o papel social de gênero frágil pode ter contribuído para *preservá-la* de acidentes típicos do trabalho de maior gravidade (Simões; Hashimoto, 2012). *Preservadas* do risco imediato/agudo, não do prolongado/crônico. Expostas a ambientes ocupacionais insalubres, jornadas noturnas, extensas, exaustivas, e *naturalmente* à dupla jornada, sem direito à licença maternidade/aleitamento, sem dúvida adoeciam, e muito! (Lowe, 1918).

Mas o sexo *naturalizadamente* forte era preferido para o manejo de máquinas pesadas. Manejo para o qual, na indústria nascente, o gênero masculino – e toda a espécie humana – não estava capacitado.

Escutando o não dito...

Incluir é descortinar efeitos tardios de acidentes típicos e de trajeto pelo trabalho. Incluir é adicionar espectros sócio-históricos aos estudos epidemiológicos ao olhar rotas inexploradas de transmissão da hepatite C. É gerar hipóteses explicativas que incorporem o uso irracional de hemotransfusões na propagação da infecção por vírus C (antes dos 1990) que podem ter conformado uma *desigualdade* de gênero nessa doença: os *valentes* homens, ao se exporem a maior risco de violências, acidentes de trabalho

e de trânsito, podem ter sido mais expostos a sangue contaminado do que as *frágeis* mulheres *protegidas* por seus papéis sociais.

Tomando-se o percentual de óbitos por causas externas como indicador, verifica-se que 82-83% dos óbitos por esse grupo da CID[1] ocorreram em homens, nos anos de 1979 a 1995 e 1996 a 2014. Nesses períodos, tomando-se apenas os óbitos por causas externas relacionados a acidentes de trabalho, 95-96% ocorreram em homens. Apesar da magnitude e relevância desses óbitos *evitáveis*, em 78-82% não se dispõe da informação sobre a relação com acidente de trabalho (Datasus[2], 2016).

Ainda que estáticas estatísticas deixem de mensurar riscos não apurados, incluir é deixar de silenciar que a hepatite pós-transfusional C (muitas vezes crônica) pode ser um dos efeitos tardios desses acidentes, potencializando sua carga para o trabalhador.

Conectando pontos e saberes

Contradição como parte, essas reflexões partiram de peculiaridade estatística casualmente detectada no Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais (MS, 2012: p.117). Na distribuição de casos confirmados de hepatite C nos anos de 1999 a 2011, a razão Homem/Mulher é positiva entre os 40 e 59 anos chegando a ser maior do que o dobro no grupo etário de 40 a 49 anos. Nos homens, o aumento na frequência (valores absolutos e coeficientes) de casos é regular entre os 25 a 45 anos, enquanto nas mulheres ocorre uma desaceleração a partir dos 25 anos. Conectando pontos e saberes, a razão H/M também é positiva nos acidentes de trabalho típicos e de trajeto. Nos homens ocorrem cerca de 76% dos acidentes de trabalho (80% dos típicos e 66% entre os de trajeto) (MPS, 2016).

Segundo o Anuário da Saúde do Trabalhador referente ao ano de 2015, elaborado pelo DIEESE (2016: p.185) com base nos dados de 2014 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do total de 136.311 aci-

1. Classificação Internacional de Doenças.
2. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde que agrega e disponibiliza para consulta os dados dos sistemas de informação em saúde brasileiros.

dentes de trabalho notificados (típico, trajeto e doenças), 58% (79.649) corresponderam a acidentes de trabalho graves.[3]

A definição do SINAN[4] – grave é o acidente que resulta "em morte, mutilações e os que atingem menores de 18 anos" – não permite supor que os acidentes graves necessariamente demandem hemotransfusões (DIEESE, 2016: p.245). Porém é possível que nas grandes obras dos anos 1970 (ou nas atuais), nos acidentes de trânsito daquela e outras épocas *automovidas em série* e nos de *precarizados* moto*boys* – expressão mais recente do adoecimento e morte no mundo do trabalho, do consumo virtual *fashion e fast* –, essas ocorressem e ainda ocorram (Antunes; Praun, 2015). O processo saúde-doença-trabalho, como sabemos, é dinâmico e evidências científicas requerem questões e validações cotidianas.

Na década de 1970 e até os 1992, as transfusões sanguíneas ocorriam sem controle sorológico para o vírus da hepatite C. Desse ano em diante, a tecnologia (marcador sorológico anti-HCV) tornou-se de uso corrente nas triagens de doadores, o que também influenciou no processo de emergência – como dizem os epidemiologistas – ou de enquadramento – como preferem os cientistas sociais – da hepatite C, pela crescente e volumosa identificação de casos. Entretanto, a anteriormente designada hepatite NANB de transmis-

---

3. Os Acidentes de Trabalho norteiam-se nas subcategorias e conceitos (DIEESE, 2016: p.245-247):

- Acidente de Trabalho típico: o que ocorre no exercício da atividade laboral em decorrência das características específicas desta atividade.
- Acidente de Trajeto: o que ocorre no percurso entre a residência e o local de trabalho e vice-versa.
- Doença relacionada ao Trabalho é aquela produzida ou desencadeada pelo exercício da atividade laboral.

4. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) define outras subcategorias, entre as quais nos interessa:

- Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico: "Acidente ocorrido com os profissionais da área de saúde, durante o desenvolvimento do trabalho, que envolvam sangue e outros fluidos orgânicos, em situação na qual eles fiquem expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados. Os tipos de exposição são: exposições percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes ou cortantes; exposições de mucosas: respingos em olhos, nariz, boca e genitália; exposições em pele não íntegra: contato com locais em que a pele apresenta dermatites ou *feridas abertas* e; *exposição em pele íntegra*".
- Acidente de Trabalho Grave: "aqueles que resultam em morte, mutilações e os que acontecem com menores de 18 anos" (DIEESE, 2016: p.245, grifo nosso).

são parenteral,[5] na invisibilidade e silêncio epidemiológicos, propagava-se mediante a contribuição de fatores como migrações, urbanização, redesenhos na produção e consumo, uso de drogas injetáveis/inaláveis, produtos hemoterápicos, materiais médico-hospitalares não descartáveis e outros (Gaze; Carvalho; Tura, 2013: p.557).

Alinhavando a história dita nesta conversa

Entre pessoas de mais de 40 anos concentram-se 75% dos casos de hepatite C. Sujeitos que, em 2010, estavam entre 40 (nascidos em 1970) e 59 anos (nascidos em 1951), supondo-se que tenham entrado no mercado de trabalho aos 18 anos, ingressaram entre os anos de 1969 e 1988.

O que estava acontecendo em nossa sociedade, em especial no mercado de trabalho, entre 1970 e 1990? Havia situações que expunham trabalhadores a maior risco de acidentes de trabalho? Como os mais experientes sabem, os anos 70 não deixaram saudades...

Para que o conhecido como "milagre econômico" se concretizasse, grandes obras foram projetadas. Sob o lema "integrar para não entregar", a Transamazônica nasceu na Ditadura Militar, com gastos de 12 bilhões de dólares (1970), levando à migração cerca de 6.000 colonos (nordestinos, sulistas etc.), expulsando e dizimando indígenas, propiciando explosão demográfica e substituição da floresta por pasto e gado. Atualmente é uma das regiões de grande concentração de trabalho escravo e violência agrária (Gonçalves; Castro; Silva, 2009: p.1).

Na *célebre* construção da Ponte Rio-Niterói, iniciada em 1969 e inaugurada em 1974, dados oficiais contabilizaram 33 mortos, mas a imprensa chegou a levantar 72 vítimas (O Globo, 16/01/2014).

Diversos autores mencionam que dados de acidentes de trabalho eram divulgados pela previdência social desde os anos 1970 (Wünsch Filho, 1999: p.42) e que, em meados desta década, o Brasil se tornou famoso pelo tri-

5. Hepatite NANB (Não-A Não-B) de transmissão parenteral era a designação da hepatite C com diagnóstico clínico e bioquímico. A confirmação etiológica se tornou possível apenas pelo desenvolvimento do respectivo marcador sorológico.

campeonato de futebol e pelos acidentes de trabalho (Vasconcellos, 2011: p.145-146; Silva, 2015: p.166). A série histórica com os dados seminais da previdência social tem sido reproduzida (ABP, 2006:p.20) e comentada em publicações que abordam associações entre a ocorrência de acidentes de trabalho e os condicionantes socioeconômicos (Vasconcellos, 2011: p.145-146; Wünsch Filho, 1999: p.42). Atualmente, estes dados estão disponíveis nos boletins eletrônicos e através de consulta às bases de dados da Previdência Social (MPS, 2016).

A figura 1 mostra os quantitativos de acidentes (típicos, trajeto, doenças) que despertaram a atenção internacional acerca do trabalho no Brasil (ABP, 2006: p.20; AEAT, 2004 a 2013). No *jingle* da Copa de 70, "90 milhões" de brasileiros saudavam a seleção "canarinho" enquanto cerca de três em 10 mil empregados, em média, morriam "em ação" na década. Adiante discutiremos a hipótese de que alguns desses trabalhadores possam ter adquirido hepatite C (transfusional ou em processos de trabalho) e que ainda venham a adoecer e morrer.

Figura 1 - Acidentes de trabalho (típicos, trajeto e doenças)*. Distribuição anual (valores absolutos). Brasil, série histórica 1970-2013.

Fontes: Dados secundários extraídos dos anuários estatísticos da Associação Brasileira de Proteção (2006, p.20) e da previdência social (AEAT, 2004 a 2013). Gráfico elaborado pela autora.

Foto: Trabalhadores da Ponte Rio-Niterói. Arquivo/Rodolfo Machado (12/01/1974). O Globo, 16 jan. 2014. Captado em 15 ago. 2016.

Nota: *com e sem CAT.

Após a *euforia* inicial, em meados da década de 1970, com o PIB nacional não poupado da crise econômica internacional pela alta dos preços do petróleo, o Brasil adentraria a "década perdida" de 1980 com aceleração da inflação, queda na produção industrial, empregos e poder de compra e desaceleração vertiginosa da economia. Dialeticamente, na política – inclusive nas políticas de saúde – houve ganhos: fim da ditadura, promulgação da Constituição de 1988 com a instituição do Sistema Único de Saúde, dentre outros (Marangoni, 2012: p.58) .

O duro regime militar pode ter realizado o milagre do PIB de 10% ao ano, mas não a mágica da ocultação dos números de acidentados e mortos que alavancaram a economia. O número de vítimas não sensibilizou a ditadura, mas a imagem política internacional – a credibilidade – precisava ser resgatada e preservada. Não é nosso objetivo discutir motivações do Regime mas ao final dos anos setenta, em 1978, começaram a ser editadas as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho (NR) e investiu-se na formação de técnicos através da Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (vinculada ao Ministério do Trabalho), a Fundacentro (Vasconcellos, 2011: p.145).

Sangue, vírus e hospedeiros circulam, muitas vezes juntos, em diversos espaços

Em 2005, a NR 32 (Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde) regulamentou a prevenção dos riscos biológicos. Entretanto, sua aplicabilidade restringe-se aos ambientes e processos de trabalho especificados no seu *caput*: "em serviços de saúde" (MTE, 2005: p.1). Sustento que nos demais

ambientes de trabalho também possam existir portadores de infecções de transmissão sanguínea.

Um vírus transmissível por sangue, independente de nosso desejo, não *escolhe* apenas os serviços de saúde para se propagarem. Portar uma infecção, *acertadamente*, não é motivo de exclusão do mercado de trabalho. Doenças infecciosas e doenças degenerativas são socialmente condicionadas. Doenças *crônicas não-transmissíveis* podem ser manifestações tardias – *cronificadas* – de doenças *transmissíveis agudas*.

Destaco que portadores de infecções inaparentes nem sempre conhecem seu diagnóstico e, ainda que o saibam, não podem ser *culpabilizados* pela possibilidade de a transmitirem durante acidentes de trabalho em que sangue e fluidos orgânicos estejam envolvidos.

Não há originalidade nesses apontamentos; há dinâmica epidemiológica no processo saúde-doença-trabalho e historicidade nessa construção social que convidam à releitura de pressupostos e investigação de novos indícios (Bloch, 2001; Ginzburg, 1989).

Tomando os pressupostos de que a infecção por vírus C cronifica em 75%-85% dos casos; os primeiros sinais e sintomas da hepatite C costumam surgir após uma longa evolução clínica (20 a 30 anos); transmite-se pelas vias[6] transfusional, percutânea[7], vertical, sexual e outras; e que, até 1992, não se dispunha de tecnologia efetiva de prevenção da transmissão transfusional, reapresento a questão da razão H/M positiva na hepatite C entre 40 e 59 anos (MS, 2012: p.117) e convido-os a olhar em outras direções…

---

6. Vias de transmissão:
- transfusional (receptores de sangue, órgãos e tecidos - mais frequentes antes da triagem sorológica de doadores em 1992);
- percutânea (exposição a sangue contaminado - UDI e inaladas, acidentes com material biológico em ambientes biomédicos);
- vertical;
- sexual (ineficiente);
- outras (compartilhamento de utensílios pessoais contaminados com sangue infectado (ineficiente)

(CDC, 2014; MS, 2012).

7. Risco de infecção pós-exposição cutânea ao sangue contaminado: Vírus C: 1,8-10%; VHB: 23-62%; HIV: 0,3% (CDC, 2008: p.4-6).

O olhar e questões – em outras direções...

Os acidentes de trabalho (típicos e de trajeto), e possíveis hemotransfusões decorrentes, poderiam explicar em parte a predominância da hepatite C entre pessoas de 40 a 59 anos, em especial nos homens? O que costuma acontecer durante e após um acidente típico de trabalho com sangramento? O que esses acidentes deixam transparecer ao olhar habituado aos dados de infecções transfusionais?

Acidentes que, em diversos graus e intensidades variáveis de sangramentos, expunham (e expõem) trabalhadores em diferentes espaços ocupacionais, além dos ambientes biomédicos nos quais esse risco está bem estabelecido desde o final do século XX (MS, 2015: p.12).

É possível que o risco de transmissão do vírus C tenha crescido em escala de frequência entre 1970-1990, em que o próprio aumento de postos de trabalho contribuiria para a propagação. O que não exclui a possibilidade de que estivesse se formando desde a industrialização brasileira do início do século XX, similar ao que parece ter ocorrido na europeia, visto a naturalização de acidentes de trabalho não privilegiar geografias... nem histórias...

Na Conferência[8] da Basileia em 1903 (Lowe, 1918: p.40), a comissão internacional encarregada de efetuar pesquisas para estabelecimento de normas legais de proteção no trabalho, visando chegar a

> algum resultado real e prático das questões debatidas por 20 anos sobre o trabalho noturno das mulheres, suplicou ao Conselho Federal Suíço que instasse as nações à aquiescência para o banimento efetivo dessa prática. Essa proibição, na mente dos membros do comitê, deveria estabelecer exceções no caso de situações inevitáveis como incêndio, inundação, explosão, acidente iminente ou inesperado ou iminente perda de produtos perecíveis, como frutas ou peixe (Lowe, 1918: p.40-41, tradução nossa).

8. Conferência da Associação Internacional de Proteção Legal aos Trabalhadores.

Impossível calar diante da ilustrativa preocupação de gênero no século XIX e, perdoem o trocadilho, com a perda da *produção* dos *gêneros* alimentícios perecíveis. Parece que, em ordem de cuidados (com a saúde, prevenção de acidentes e mortes), os homens estavam em terceiro, supondo-se que as mulheres estivessem em segundo e sua *prole* no plano da reprodução do operariado. Em primeiro, claro, a preservação da produção!

Na atualidade, o homem trabalhador parece internalizar determinações legais sob um prisma hierárquico de preservação da saúde priorizando a proteção do consumidor (dimensão coletiva) – relegando-se (dimensão individual) a plano secundário – como no dizer de lavrador para quem o principal era não causar danos a quem ingerisse alimentos de lavouras *tratadas* com pesticidas (Brito; Gomide; Câmara, 2009: p.216).

A propósito, sob a perspectiva da trajetória das relações de produção, o papel social de gênero *forte, provedor e protetor* mostrou-se conveniente à exploração da força de trabalho e, pelo seu adoecimento, à "produção industrial de meios diagnósticos e terapêuticos" (Carvalho, 2002: p.9).

"*Incêndio, inundação, explosão, acidente iminente ou inesperado* [...]" Essa descrição em Lowe (1918: p.41) transparece uma imagem em que "[...] sangue e outros fluidos orgânicos, [...] feridas abertas e; exposição em pele íntegra" não faltaram para atender à definição de caso de acidente de trabalho com exposição a material biológico do SINAN (DIEESE, 2016: p.245). Lesões presentes, possivelmente em maior frequência, nos acidentes de massa e ataques terroristas de hoje (CDC, 2008).

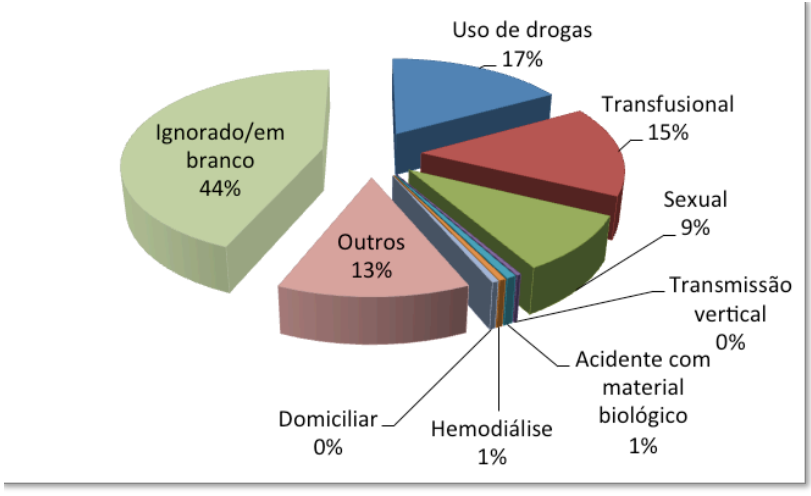
Assim, os acidentes nas fábricas (e possivelmente no campo) podem estar associados à transmissão da hepatite C, contribuindo na revelação de outra faceta do caleidoscópio das hepatites virais (Gaze; Carvalho; Santoro-Lopes *et al.*, 2013). Hipótese que adquire consistência ao se considerar a estimativa de 130 a 170 milhões de pessoas portadoras de hepatite C crônica no mundo. No Brasil, estima-se a existência de 1,4 e 1,7 milhão de portadores de hepatite C, sendo notificados anualmente cerca de 10 mil casos (MS, 2015: p.7). Esses números sugerem uma infecção que, embora tenha sido *enquadrada* no cenário da ciência nos anos 1990, vem silenciosamente se propagando há decênios, como mostram estudos filogenéticos do vírus C

que têm procurado identificar e datar a origem de seus genótipos. Pybus *et al*. (2009: p.1071) identificaram um *ancestral* comum para o genótipo 6 que existiu há cerca de 1100 a 1350 anos, ressalvando possíveis subestimações desses "relógios moleculares".

Ampliando pares na escuta epidemiológica

Embora a proporção identificada de uso de drogas injetáveis e inaláveis no total acumulado de 82041 casos confirmados de hepatite C no período de 1999 a 2011 situe-se em primeiro lugar (17%), o percentual de 44% de casos cujas fontes de infecção prováveis permanecem ignoradas/em branco (Figura 2) não pode ser desprezado (MS, 2012: p.120); inclusive pela similaridade ao informado por outros países (43% nos EUA) (CDC, 2014: p.50).

Figura 2 – Hepatite C. Fontes de Infecção. Brasil, 1999-2011.



Fonte: MS, 2012: p.120 Gráfico construído pela autora.

Não, não tenho resposta para essa lacuna. Claro, as falhas organizacionais do sistema de investigação epidemiológica são de hábito as apontadas... Penso também em outras possibilidades...

Em desconhecidas arenas olímpicas...

...podem ser observadas outras hipóteses explicativas para essas lacunas e quanto à razão positiva H/M. **É provável que muitos casos notificados tenham sido diagnosticados através da triagem sorológica de doadores majoritariamente do gênero masculino visto que os** *saudáveis* homens, por razões muitas vezes culturais, tradicionalmente doam sangue com mais frequência que as mulheres. Tradição aparentemente pouco *vantajosa* **à saúde masculina visto que seu perfil epidemiológico nas Américas mostra maior mortalidade masculina em todos os grupos etários e para quase todas as causas (Laurenti; Prado; Gotlieb, 2005).**

Entretanto, a hipótese da maior frequência diagnóstica da infecção pelo vírus C, decorrente, por exemplo, de viés desenhado pela doação de conscritos, remete às questões anteriores: Como esses doadores foram contaminados? Que elementos compõem a relevante proporção de fatores ignorados? Nesta investigação – *escuta* – epidemiológica, o saber do trabalhador sobre seus processos de trabalho precisa estar integrado ao saber técnico.

Acidentes nas arenas esportivas podem expor jogadores a risco biológico (Tobe *et al*., 2000; Bourlière *et al*., 2000). Essa evidência foi incorporada à Regra 5 do conjunto de regras do futebol pela FIFA e CBF (2015: p.31) nos termos: "[...] o árbitro [...] assegurará que todo jogador com sangramento saia do campo de jogo; o jogador somente poderá retornar depois do sinal do árbitro, que deve estar certo de que o sangramento parou".

Difícil aceitar que acidentes nos ambientes de trabalho não ofere**çam** esse risco. Mais condizente com os dados mostrados seria supor que os acidentes com os jogadores são transmitidos em cadeia global de televisão e *internet*, enquanto os dos operários ficam ocultos e silenciados nas oficinas que poucos técnicos e legisladores têm o costume de visitar.

Relatos de casos

Não há ortografias em imagens... muito menos aritméticas...

Os relatos de casos introduziram matizes humanos nessas concretudes e, mais do que estas, foram responsáveis pelo despertar que gerou este ensaio fundamentado na epidemiologia que, "através da investigação de casos, atividade típica da chamada vigilância epidemiológica, produz conhecimento sobre novos padrões de velhas doenças" (Carvalho, 2002: p.9).

T**écnicas**, estatísticas contribuem na construção de evidências... estatísticas. A investigação, a narrativa da história dos acontecimentos que levaram à ocorrência dos casos contribui na formulação de evidências... epidemiológicas. A investigação dos condicionantes de agravos contribui na produção de conhecimento.

Reconhecer o processo saúde-doença-trabalho como dinâmico contribui no transcender a epidemiologia ocupacional a serviço da medicina previdenciária, reposicionando-a como epidemiologia centrada na saúde do trabalhador que visa identificar elos vulneráveis na cadeia *produtora* de um acidente no sentido de evitar sua ocorrência. Bem diverso de identificar o nexo epidemiológico de um acidente para reparar o dano constatado no trabalhador (Gaze; Leão; Vasconcellos, 2011).

Técnicas por vezes nos conduzem ao reducionismo... Histórias nos seduzem a aventuras... A Medicina foca o olhar no enquadramento fisiopatológico de doenças. A História amplia o foco a outros saberes. Medicina, História, matizes vários amalgamaram questões, hipóteses, fontes, percursos, o desfiar e o desafiar do processo de construção deste ensaio.

Não saberia mais afirmar em que ordem (cronológica ou de relevância) os casos se sucederam. Relato-os na ordem que me pareceu mais curiosa...

Caso família

Era uma vez... um comentário casual lá pelos 2011.

Tarde de domingo, lendo algo e acompanhando um jogo de futebol pela TV, ao lado de Juju, 90 anos (*TCLE* [9] *não* assinado), do lar, fluminense fanática, escuto-a:

– Droga, ele teve que sair do campo! Está machucado.

Logo, retruquei:

– Como assim? Machucado? Ele até saiu andando rápido.

– *Juju*: Mas está sangrando no braço. Não foi grave mas quando um jogador sangra tem que sair do campo. Agora é assim! É a "*regra*"!

– Por quê? (Em parte a filha testando a lucidez da mãe em parte a médica sanitarista querendo entender que "*regra*" e quais as suas razões)

– Você não sabe? (Mãe zoando a filha...)

– *Filha*: (Pois é... n**ão sabia...)**

– *Filha*: De quem é a regra? Vale só aqui no Rio ou em todo o país?

– O campeonato é o Brasileirão! (Zoação de novo!!) É para todo o país. Acho que vale para qualquer jogo de futebol, no mundo todo.

– **É para evitar a contaminação por hepatite. Você deveria saber disso. É especialista...**

– *Filha*: (chega de ironia, né?)

Lembro que à época, por duas, três vezes, procurei pela tal norma em *sites* da Saúde e não encontrei. Pedi mais detalhes à Juju. Perguntei a amigos torcedores que me confirmaram a existência da regra, mas também não souberam de onde havia sido emanada.

Só quando estava redigindo este ensaio é que efetuei uma revisão bibliográfica de fato e, como viram, encontrei!

9. Referência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caso campo

Passam-se alguns meses... ainda 2011.

A regra do futebol migra para sinapse menos acessível...

Seminário na ENSP. Após filme sobre as extenuantes condições de trabalho dos cortadores de cana, assistia a relato comovente da líder sindical de alguma cidade no interior paulista.

Em muitos momentos lacrimejei, mas um relato impregnou minha memória: Mostrando suas calejadas mãos, explicava como os cortadores de cana (homens e mulheres), ao final da jornada diária, não suportavam nem mais as luvas. Com ou sem proteção, suas mãos, de tão exigidas, transformavam-se em abrasões – queimaduras de 2º grau – com exsudatos e sangramentos.

Ao final de sua palestra, procurei-a com a nada ingênua – e inevitável – pergunta:

> – As grossas luvas (*arremedos* de EPIs) são de uso individual (ou compartilhadas entre os cortadores)?
>
> – Fitou-me com a resposta nos olhos: "Claro que não"!
>
> – Pacientemente explicou-me: "As luvas ficam penduradas no alojamento do final da jornada até a madrugada seguinte" quando seguem a *proteger*, ao acaso, as mãos de outro cortador.

Comentei com amigos o quanto havia me emocionado e o *insight*: o vírus da hepatite C poderia ser transmitido por essa via (e outras) em processos de trabalho.[10]

Mas, se uma doença para ser enquadrada na cena social precisa percorrer uma rede de negociações até que seja *aceita* como doença (Nogueira, 2011: p.3), o que dizer de uma vaga hipótese sobre condicionantes de uma doença negligenciada em grupo social negligenciado?

Ocupada com diversas demandas urgentes, este foi mais um *insight* posto a cochilar...

---

10. A duração exata da viabilidade do vírus C no ambiente é desconhecida, mas é de pelo menos 16-23 horas (CDC, 2008: p.5, tradução e grifo nossos).

Caso oficina

Meados de 2012. Participo como tutora do Curso Básico de Ação Sindical para Vigilância em Saúde do Trabalhador na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).[11] Durante os exercícios de análise de processo de trabalho para construção de mapa de risco, com trabalhadores de estaleiro, um metalúrgico mostra uma cicatriz no braço e narra o acidente de anos antes. Explicando que vestia luva maior que sua mão, relata que o EPI se prendeu **à máquina** não sugando seu braço por ter sido desligada a tempo por um colega. Mas não se livrou do ferimento. De imediato, perguntei-lhe como foi socorrido e iniciamos a conversa:

> – *Metalúrgico*: "Ah, logo todos da oficina vieram me ajudar a estancar o sangue".
>
> – *Tutora*: (mais uma nada ingênua pergunta) E usavam luvas?
>
> – *Metalúrgico*: "Não!! Quem estava de luva, retirou-a para não me machucar ainda mais e ter mais tato. As luvas que usamos são grossas!"

Não me faltavam mais *evidências*. O vírus C poderia transmitir-se dessa forma. Estaria se propagando assim há longo tempo e, de modo mais impactante, após a revolução industrial.

Comentei com poucos essa hipótese deixando-a adormecer...

Enquanto isso... Nishiya *et al.* (2015: p.473-474) encontravam evidências filogenéticas de que os genótipos 1a e 3a foram introduzidos em São Paulo/BR, respectivamente, em torno de 1979 (1967–1987) e 1967 (1955–1980) enquanto o genótipo 1b parece ter chegado em torno de 1923 (1844–1967). Respectivamente, *milagre econômico* e industrialização. Acaso ou novas tecnologias contribuindo na construção do conhecimento? *Links* na ciência precisam de maturação (outros casos também). Mas... parecem fazer sentido...

---

11. Coord.: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Direitos Humanos e Saúde/ENSP/Fiocruz.

Limitações, desafios, potencialidades e desdobramentos

Coloquei o foco deste estudo no gênero masculino pela maior visibilidade gráfica/estatística no grupo etário de 40 a 59 anos, o que não significa que a frequência da hepatite C entre as mulheres seja irrelevante. Tomando como referência ao acaso o ano de 2010, observa-se que do total de 10321 casos (5,4 em 100 mil), 5972 (6,4) ocorreram em homens e 4348 (4,5) em mulheres.

Os acidentes de trabalho foram mais amplamente estudados visto serem evitáveis, tendo-se o potencial desafio de risco zero. Compreender o espectro multifacetado de acidentes em geral e construir propostas que envolvam a sociedade na prevenção pode contribuir na qualidade de vida.

Desdobramentos futuros podem investigar os condicionantes da hepatite C no gênero feminino na mesma coorte etária. Aos classicamente apontados (gravidez, parto, abortamentos), incorporar os associados à esfera do trabalho pode contribuir no reposicionamento da mulher no lugar *devido* de trabalhadora e redimi-la da clássica e absurda culpabilização por ser proprietária de seu corpo (Motta, 2008). Ao contrário da voz corrente, sustento que abortos podem até ter resultado por vezes em hemotransfusões, mas os processos de trabalho não apenas tiveram a mesma consequência como podem, *per si e talvez mais,* ter contribuído para a transmissão do vírus C.

Respeitadas as *proporções devidas*, exceto as impregnadas de preconceitos, visto que *as mulheres assumem mais jornadas de trabalho do que os homens*, a mulher também foi/é vítima de acidentes típicos e de trajeto de trabalho. Mesmo não se situando como vítima-protagonista do acidente, por estar presente no ambiente de trabalho em que acidentes ocorrem, pode expor-se ao risco como coadjuvante na solidariedade e na coragem.

Supor que o vírus C possa ter sido (ainda ser) transmitido em ambientes e processos de trabalho desdobra-se na possibilidade de que essa infecção possa atuar como fator sinérgico a riscos químicos presentes nos espaços ocupacionais (agrotóxicos, benzeno etc.).

Em síntese, desafio que não desfia os gêneros, tece-os em mil fios de resistência.

In(con)clusões

Compartilhei (des)conhecimentos neste ensaio na expectativa de que novos olhares contribuam na redução de opacidades... In(*con*)cluo mencionando que essas hipóteses precisam ser testadas em estudos etiológicos (coorte e caso-controle) e biomoleculares... Sobreviver a acidente grave no trabalho graças à hemotransfusão é também ter uma vida alongada para ser duplamente vitimizado adiante... **É preciso revisar para transformar práticas de saúde. Prevenir a propagação de doenças (transmissíveis ou não) é ousar ir além da confecção de cartilhas para operários.**

Iluminar saberes pode transformar práticas: o saber popular ilustrado no relato de torcedora, o saber operário nos dos sindicalistas, o saber de diversos campos e disciplinas da ciência: História, Saúde, Epidemiologia, Política, Direito, Trabalho e – *por que não?* – Estatística, Literatura, Arte fotográfica...

Espero tê-los seduzido a caminharmos juntos nesta aventura...

Agradecimentos

Agradeço às contribuições na concepção de Diana Maul de Carvalho, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Luiz Fernando Rangel Tura.

Referências

ABP. Anuário Brasileiro de Proteção 2006. Perfil dos Acidentes. Número de Acidentes e Doenças do Trabalho no Brasil, de 1970 a 2004. *Revista Proteção,* n. 5, p. 20-36, mai. 2006. Disponível em <http://www.segurancanotrabalho.eng.br/estatisticas/tabela1.pdf>. Acesso em 22 jun. 2017.

AEAT. Anuários Estatísticos de Acidentes do Trabalho referentes aos anos de 2004 a 2013. Disponíveis no *site* da Previdência Social. <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>. Acesso em 22 jun. 2017.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.

BERLINGUER, Giovanni. *A Doença*. São Paulo: Cebes-Hucitec. 1988. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/A-doenca.pdf>. Acesso em 06 ago. 2016.

BLOCH, Marc Leopold Benjamin, 1886-1944. *Apologia da história, ou, O Ofício de historiador*. Prefácio Jacques Le Goff; apresentação à edição brasileira Lília Moritz Schwarcz; tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BOURLIÈRE, Marc; HALFON, Philippe; QUENTIN, Yves *et al*. Covert transmission of hepatitis C virus during bloody fisticuffs. *Gastroenteroloy*, v. 119, n. 2, p. 507-511, 2000.

BREILH, Jaime. *El Género Entrefuegos: Inequidad y Esperanza*. Quito: Ed. CEAS, 1996.

BRITO, Paula Fernandes de; GOMIDE, Márcia; CAMARA, Volney de Magalhães. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. *Physis*, v. 19, n. 1, p. 207-225, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 ago. 2016.

CARVALHO, Diana Maul. Epidemiologia: história e fundamentos. *In*: Medronho, Roberto de Andrade; Bloch, Kátia Vergetti; Luiz, Ronir Raggio; Werneck, Guilherme Loureiro (eds.). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

CBF. CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE FUTEBOL. *REGRAS DE FUTEBOL 2015/2016. Regra 5: O Árbitro.* Tradução e publicação de responsabilidade da CBF, com autorização da FIFA. Agosto 2015 <http://cdn.cbf.com.br/content/201509/20150916113945_0.pdf>. Acesso em 16 ago. 2016.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance for Viral Hepatitis. *Availability of information on risk exposures/behaviors associated with acute hepatitis C — United States, 2014*. Disponível em <http://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2014surveillance/index.htm#-tabs-1170600-11>. Update 5/16/16. Acesso em 12 ago. 2016.

CDC. Recommendations for Postexposure Interventions to Prevent Infection with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, or Human Immunodeficiency Virus, and Tetanus in Persons Wounded During Bombings and Other Mass-Casualty Events-United States, 2008. *MMWR*, v. 57, n. RR06, p. 1-19. Aug. 2008. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5706a1.htm>. Acesso em 22 jun. 2017.

LONGO, Dan L.; PATTON, Anthony S. *Gastrenterologia e Hepatologia de Harrison*. Amgh: Ed. Digital, 2014.

DATASUS. Dpto de Informática do SUS. Estatísticas Vitais. *Mortalidade por causas externas*. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em 05 ago. 2016.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Anuário da saúde do trabalhador*. São Paulo: DIEESE, 2016.

GAZE, Rosangela; CARVALHO, Diana Maul; SANTORO-LOPES, Guilherme; TURA, Luiz Fernando Rangel. From hepatic diseases and jaundice to viral hepatitis: the configuration of a kaleidoscope. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 1, p. 117-122, 2013.

GAZE, Rosangela; CARVALHO, Diana Maul; TURA, Luiz Fernando Rangel *et al*. Teses sobre hepatites na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1837-2000. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 541-562, jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S0104-59702012000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2016.

GAZE, Rosangela; LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. A Organização Internacional do Trabalho: a saúde fora do lugar. *In*: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (orgs.) *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica

e a crítica de uma trajetória. Rosangela Gaze, Celma Alvim e Jairo da Matta (revs.) Rio de Janeiro: Educam, 2011, p. 201-255.

GINZBURG, Carlo. *Mitos, emblemas, sinais:* morfologia e história. Tradução: Federico Carotti. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GONÇALVES, Maurício Neubson Medeiros; CASTRO, Rosiane Amorim; SILVA, Marcos Sousa. *Projeto Transamazônica:* uma ferida na selva intocada [resumo]. 61ª Reunião Anual da SBPC. 2009. Manaus. Disponível em <http://www.sbpcnet.org.br/livro/61ra/resumos/resumos/5405.htm>. Acesso em 13 ago. 2016.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LOWE, Boutelle Ellsworth. E. *International aspects of the labor problem.* Thesis (Ph.D. Faculty of Political Science) – Columbia University, New York. 1918. Disponível em <https://archive.org/details/internationalasoolowegoog>. Acesso em 06 ago. 2016.

MARANGONI, Gilberto. Anos 1980, década perdida ou ganha? *Desafios do Desenvolvimento,* Ano 9. Edição 72, p. 57-65, 2012. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/desafios/images/stories/PDFs/desafios072_completa.pdf>. Acesso em 22 jun. 2017.

MOTTA, Flávia de Mattos. Sonoro silêncio: por uma história etnográfica do aborto. *Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p.681-9440, 2008.

MPS. Ministério da Previdência Social. *AEAT Infologo: Base de dados históricos de acidentes de trabalho*. Disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/aeat/>. Acesso em 07 ago. 2016.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dpto DST, Aids e HV. *Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais*. Ano III, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dpto DST, Aids e HV. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MT. Ministério do Trabalho. Normas Regulamentadoras. *NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.* Portaria GM

n.º 485, de 11/11/2005. Disponível em <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em 13 ago. 2016.

NISHIYA, Anna Shoko; ALMEIDA-NETO, César; ROMANO, Camila Malta; ALENCAR, Cecília Salete; FERREIRA, Suzete Cleusa; DiLORENZO-OLIVEIRA, Claudia; LEVI, José Eduardo; SALLES, Nanci Alves; MENDRONE-JR, Alfredo; SABINO, Ester Cerdeira. Phylogenetic analysis of the emergence of main hepatitis C virus subtypes in São Paulo, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 19, n. 5, p. 473-478, sep.-oct, 2015.

NOGUEIRA, André Luís Lima. *As "doenças de feitiço" e as Minas do século XVIII.* Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, julho 2011.

O Globo, 16/01/2014. *Sete Curiosidades sobre a Ponte Rio-Niterói*. Disponível em <http://oglobo.globo.com/rio/sete-curiosidades-sobre-ponte-rio-niteroi-16497232>. Acesso em 15 ago. 2016.

PYBUS, Oliver G.; BARNES, Eleanor; TAGGART, Rachel; LEMEY, Philippe; *et. al*. Genetic History of Hepatitis C Virus in East Asia. *Journal of Virology*, v. 83, n. 2, p. 1071–1082, jan. 2009.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Márcia Thereza. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. *Cadernos de História da Ciência*, v. 4, n. 1, jun., 2008. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-76342008000100004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 07 ago. 2016.

SILVA, Ana Beatriz Ribeiro Barros. Brasil, o "campeão mundial de acidentes de trabalho": controle social, exploração e prevencionismo durante a ditadura empresarial-militar brasileira. *Revista Mundos do Trabalho*, v. 7, n. 13, p. 151-173, jan.-jun. 2015. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37158/31305>. Acesso em 22 jun. 2017.

SILVA, Andersen Lyrio; CARVALHO, Diana Maul; SOUZA, Sheila Mendonça. Saúde dentária dos escravos em Salvador, Bahia. *In*: Carvalho, Diana Maul; Nascimento, Dilene Raimundo (orgs.) *Uma História brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SIMÕES, Fatima Itsue Watanabe; HASHIMOTO, Francisco. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. *Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas*, Ano I, n. 02, out., 2012.

TOBE, Kazuo; MATSUURA, Kazuharu; OGURA, Toshio *et al*. Horizontal transmission of hepatitis B virus among players of an American football team. *Archives of Internal Medicine*, v. 160, n. 16, p. 2541-2545, 2000.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho. *In*: VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de (orgs.) *Saúde, Trabalho e Direito:* uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rosangela Gaze, Celma Alvim e Jairo da Matta (revs.) Rio de Janeiro: Educam, 2011, p.125-164.

WÜNSCH FILHO, Victor. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 1, p. 41-51, jan-mar, 1999.

7

Homens e mulheres com H(GH):[1]gênero, masculinidades e anabolizantes em jornais e revistas de 2010[*]

Patricia Silveira de Farias[2]
Fátima Cecchetto[3]
Paulo Rodrigo Pedroso da Silva[4]

O uso de esteroides anabolizantes (EA) é um fenômeno complexo, que articula diferentes dimensões da vida social. O tema vai além da saúde, englobando as relações de gênero e a construção social das masculinidades. Diversos estudos dos campos da saúde e das ciências sociais já demonstraram que nas últimas décadas o consumo de EA tem sido relacionado a homens jovens de variadas camadas sociais e padrões econômicos, que buscam obter rapidamente a musculosidade e a melhora do desempenho físico.

---

1. Este artigo foi originalmente publicado pelo Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu Caderno Pagu n.42, Campinas-SP, /Unicamp, Jun 2014, p.417-445. ISSN 0104-8333

2. Professora adjunta do Departamento de Política Social da Escola de Serviço Social/ UFRJ, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas, Indicadores e Identidades (NUPPII). Email: trapfarias@gmail.com.

3. Professora do Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, pesquisadora do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz-RJ. Email: face@ioc.fiocruz.br.

4. Pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz, professor do Centro de Estudos Olímpicos/Universidade Gama Filho. Email: prps@ioc.fiocruz.br.

Dependendo da forma como os indivíduos se relacionam com os anabolizantes e a importância que eles assumem na sua identidade, os EA podem causar danos à vida (Miguel Bispo, *et all*, 2009: p. 2920-2922), muitas vezes irreversíveis à saúde física e mental (Silva *et all*, 2002: p. 241). A insatisfação com a imagem corporal tem sido descrita como uma das causas do abuso de EA, exercendo considerável influência na motivação de homens jovens, que buscam um ideal de corpo visivelmente musculoso (Sabino, 2002: p. 148-149).

Os veículos de comunicação têm se mostrado, desse ponto de vista, *loci* de velada ambiguidade: ao mesmo tempo em que alguns discursos midiáticos vêm apontando e recomendando mudanças nas formas de ser masculino, ofertando modelos como o do *metrossexual* e do "novo homem", outros discursos reforçam o modelo hegemônico de masculinidade presente em nossa sociedade, que tem como duas de suas marcas o corpo musculoso e a força física. Em trabalho anterior, por exemplo, debruçamo-nos sobre material de uma publicação especializada em artes marciais, cuja análise sugeriu uma contradição entre a condenação do uso de EA para fins estéticos e a valorização de uma masculinidade baseada em força física (Cecchetto *et all*, 2012).

Dentro dessa trama de questões, este estudo tem por objetivo descrever e analisar os conteúdos presentes em matérias publicadas nos jornais e revistas de grande circulação no país sobre esteroides anabolizantes, compiladas no acervo da Coordenadoria de Comunicação e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, e que abrangem o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010.

Para mapear essa discussão, cumpre primeiro apresentar algumas linhas mestras que conduziram as reflexões. Em seguida, caracterizamos o material, para então partir para sua análise. Por último, alinhavamos algumas conclusões, conectando os achados da pesquisa com os estudos de gênero.

Meios de comunicação, gênero, masculinidades e o uso de substâncias psicoativas

Bourdieu (2004) já sugeria que a vida nas sociedades complexas tem uma dinâmica que pressupõe segmentos sociais que pensam e agem de acordo com lógicas próprias das atividades que desenvolvem em conjunto, criando "campos". Os campos sociais, dessa forma, são encarados como correlações de força que atualizam as prescrições culturais e posicionam os indivíduos socialmente. Tais "campos" estruturam, assim, determinadas esferas de atuação, complementares, comunicantes, nas quais os grupos humanos se colocam, e que são dinamizadas por relações de poder sempre em mutação e constante interdependência.

O campo jornalístico se constitui enquanto parte do campo intelectual mais amplo e caracteriza-se por agentes e regras particulares, eivados de relações de poder. Nesse sentido, indivíduos – os jornalistas – produzem aquilo que se convencionou chamar de notícia, segundo determinadas regras de discurso; a notícia é publicada por organizações de alcance e formatos diversos – as empresas de comunicação. Essas regras não são estáticas, mudam ao longo do tempo. Desde os anos 1960, como indica Rossi (1980) num clássico brasileiro da literatura sobre jornalismo, os veículos de comunicação no Brasil vêm seguindo o que se convencionou chamar de modelo americano, segundo o qual uma "boa" matéria jornalística teria que atender a certos critérios, dos quais os mais relevantes seriam a "objetividade" e a "concisão". Dentro desse escopo, o que se sugere é que as notícias ideais deveriam não ser opinativas, nem poderiam conter frases, palavras ou parágrafos "em excesso" (Travancas, 1993).

Outra prescrição é a necessidade do uso de "fontes", entrevistados que estariam em posição de saber mais sobre o assunto em questão, explicando-o ao público – uma espécie de "especialistas". Além disso, enfatiza-se também a obrigatoriedade de se "ouvir os dois lados" ou as duas versões de uma mesma história a ser narrada – assim se chegaria mais rapidamente, segundo a crença "nativa", à "verdade dos fatos". Outra regra de ouro na comunicação seria o imperativo de recorrer a palavras consideradas facilmente inteligíveis e com apelo para chamar o mais rapidamente possível a atenção.

As organizações jornalísticas, em relação de concorrência umas com as outras, disputam a primazia dos recursos de anunciantes e do Estado, assim como a atenção dos leitores. Suas posturas políticas, tamanhos, públicos-alvo, são variados, assim como seu grau de influência sobre a chamada opinião pública. Aqui trataremos de alguns dos mais prestigiados órgãos da grande imprensa – jornais e revistas que, embora com sede em determinada região brasileira, têm alcance e buscam repercussão nacional.

Outro eixo de análise é a questão de gênero. Concebido como categoria analítica para questionar a formulação de que a biologia é destino, o conceito de gênero permitiu avanços consideráveis na análise e na compreensão das relações sociais entre homens e mulheres, desconstruindo a naturalização das assimetrias de poder entre os chamados "papéis sexuais". Recentemente, no entanto, o conceito vem sofrendo críticas, segundo as quais o binarismo que estrutura a ideia de gênero daria margem a certo determinismo, por pressupor uma estabilidade de significados inscritos em corpos anatomicamente diferenciados. Nessa matriz, gênero emergiria como um atributo, no limite, tão inquestionável quanto o sexo, hierarquizando pessoas e corpos, a partir de categorias fixas. Ainda de acordo com esse viés crítico, como lembra Judith Butler (2010), o que está em jogo – e deve ser questionada – é a presunção de uma heterossexualidade compulsória e do falocentrismo na concepção da sexualidade e do desejo. A proposta seria então uma análise mais situacional de gênero, contestando masculino e feminino como noções estáveis e coerentes, e assumindo seus significados problemáticos e erráticos. Voltaremos a essa discussão mais adiante.

De toda forma, dentro do cenário dos estudos de gênero, ficaremos mais especificamente na questão da construção social das masculinidades. Quando falamos de masculinidades, referimo-nos a uma configuração de práticas em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero (Connell, 1995: 29.). Assumir o uso do termo no plural – masculinidades – significa admitir a ideia de diversidade de formas de ser masculino e que "masculinidades significam diferentes coisas para diferentes grupos de homens em diferentes momentos" (Kimmel, 1998: p. 106).

Está claro, ainda, que existem formas distintas de masculinidades produzidas no mesmo contexto social, que convivem no mesmo lugar e momento

histórico, e que muitas vezes se relacionam de forma tensa. Essa tensão entre as diversas masculinidades não se manifesta apenas quando se trata da orientação sexual, mas entre os homens que partilham a heteronorma, porém não compartilham características de classe, raça/etnia, idade, formação e profissão, por exemplo. Tais diferenças se constroem e manifestam-se como relações de poder, de hierarquia e de subordinação entre os homens (Connel, 1995: 188; Kimmel, 1998: 17.; Heilborn; Carrara, 2008).

Como indicamos em outro estudo (Cecchetto*et all*, 2012), uma das configurações atualmente mais incensadas se ancora numa aparência corporal relacionada ao que Malysse (2002) chamou de "corpolatria brasileira", em que funcionaria a ideia central do corpo como algo que não vem pronto, e sim é "esculpido" a partir de uma "lógica da exibição". Noção semelhante é trabalhada por Goldenberg (2002), no que a autora denomina de "cultura da boa forma", que pode ser obtida através de substâncias várias – para mulheres, por exemplo, por via de botox, silicone, emagrecedores diversos, além de cirurgias plásticas; e para os homens, a partir da ingestão de suplementos alimentares, Viagra, EA, entre outros.

Nesse quadro, o que qualifica os EA é a crença em suas intensidade, extensão e rapidez – ou seja, na sua eficácia – em produzir o corpo almejado e, através dele, uma versão de masculinidade sustentada na força e na resistência física. Assim, pela ingestão dessas substâncias, o corpo como um todo rapidamente se modifica, concretizando as formas desejadas. Nesse diapasão, um padrão fincado na dicotomia masculino (força)/feminino (fraqueza) é reforçado por via do novo corpo. Isso nos permite inferir que, muito mais que outras drogas, o EA opera diretamente sobre as relações de gênero, e não é possível desvincular sua análise desse campo de reflexão.

É claro que a discussão sobre os EA ganha maior peso a partir de sua conexão também com análises anteriores sobre o uso de substâncias psicoativas de forma mais geral. Assim, estudos como os de Becker (2008), Velho (1998) e Zaluar (1994), para apenas citar alguns, colocam em evidência a diversidade presente no consumo e nos consumidores de substâncias psicoativas, assim como as variações em torno das representações sociais sobre elas.

Versões contrapõem-se e complementam-se, ampliando a compreensão sobre o tema, particularmente apontando para as percepções e os sentidos

dados a cada uma das substâncias pelos próprios usuários. Velho (1998) nos sugere que o uso de determinadas substâncias confere distinção entre pares do mesmo círculo social, dentro da discussão de camadas médias urbanas; já Becker (2008) frisa as diferentes motivações individuais em determinados contextos de grupos urbanos que levam ao compromisso maior ou menor com a utilização de drogas. Nesse sentido, indica que não há nenhum determinismo na trajetória dos sujeitos envolvidos nessa atividade. Zaluar (1994), por sua vez, lembrará que o consumo de drogas tem variações correspondendo a estilos de uso, e que sempre está ligado a um sistema de trocas comerciais que envolve uma rede de agentes e empreendimentos nacionais e internacionais. Entretanto, em contrapartida, quando observamos a versão dominante das matérias aqui estudadas, vemos que ela se estrutura a partir de uma homogeneização das substâncias, das motivações, dos estilos de consumo e das trajetórias de seus usuários. Mas voltaremos a isso mais adiante.

Dessa maneira, pode-se inferir que a busca por estados alterados de "corpo e alma", a partir do uso de substâncias, é acionada por diferentes grupos, das mais diversas formas. No caso dos anabolizantes, eles estão situados naquele grupo de drogas utilizadas para alteração da imagem de si diante dos outros, com o aumento da massa muscular e do desempenho dos seus usuários.

Todavia, deve-se levar em conta que há uma diferença nos *status* social e legal das substâncias focalizadas nos estudos mencionados em relação aos esteroides anabolizantes. Assim, se as análises acima citadas referem-se ao uso das chamadas "drogas proibidas" (ilegais/criminalizadas), nosso estudo focaliza substâncias que em nosso país são classificadas como medicamentos de *uso controlado*, conforme regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2012.).[5] Esse uso controlado dos anabolizantes fica restrito ao que se considera como uso médico, sendo o uso não médico – por exemplo, o uso para fins estéticos – considerado ilícito.

5. Segundo portaria que aprova o regulamento técnico de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, os anabolizantes pertencem ao grupo C5, específico dessas substâncias. A venda e a dispensação desses medicamentos ficam sujeitas à apresentação de receita médica em duas vias, das quais uma cópia fica retida no estabelecimento (ANVISA, 2012.).

No entanto, mesmo não sendo encarados como drogas da mesma escala que os psicotrópicos, os EA foram incluídos na pesquisa domiciliar de abrangência nacional sobre uso de drogas, realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), por seu potencial de abuso em aplicações não médicas.[6] O estudo indicou, através de uma comparação entre os anos 2001 e 2005, o aumento de 0,3 para 0,9 do consumo de EA no país.[7] Os resultados apontam que, entre as drogas estudadas, os EA foram as que apresentaram maior crescimento no período, tendo seu consumo triplicado. Na classificação por sexo, os homens respondem pela maior taxa de aumento no consumo: de 0,6% para 2,1%, enquanto as mulheres se mantêm no mesmo patamar: 0,1%. Outro dado relevante diz respeito às percepções dos respondentes sobre o acesso às drogas. Nesse item, os anabolizantes são percebidos como uma substância de fácil acesso, observando-se um aumento da prevalência de 47,0%, em 2001, para 48,7%, em 2005, com destaque para os homens com um aumento de 49,7% para 54,7%.

É importante evidenciar ainda que o Comitê Olímpico Internacional (COI) também vem enfrentando o aumento de casos positivos de *doping* por contaminação de atletas usuários de suplementação contendo EA, desde 2001.[8] Lise *et all* (1999) indicaram falhas no mecanismo de fiscalização, uma vez que os EA podem ser adquiridos facilmente no comércio, no "mercado negro" e nas academias de ginástica. O próprio Ministério da Saúde admitiu o crescimento do compartilhamento de seringas e agulhas com o uso de anabolizantes em academias (Ministério da Saúde, 2003.).

---

6. Os usuários dessas drogas para fins estéticos chegam a utilizar de 10 a 100 vezes mais a dose médica recomendada, normalmente misturam dois ou mais diferentes anabolizantes, orais e/ou injetáveis, e algumas vezes utilizam compostos veterinários. Agem dessa forma porque acreditam que a mistura de vários compostos possa dar um efeito maior sobre os músculos.

7. O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil abrangeu a população de 108 cidades brasileiras pesquisadas com mais de 200 mil habitantes. Foram realizadas 9.528 entrevistas com indivíduos na faixa entre 12 e 65 anos de idade. Além dos dados em si, também foram feitas comparações entre o consumo de diferentes drogas pela população entre os anos de 2001 e 2005.

8. Em 2001, o COI investiu na proposta de investigar em um Laboratório de Colônia, na Alemanha, uma amostra de 634 suplementos alimentares não hormonais, provenientes de 13 países de 215 fornecedores diferentes. Os resultados apresentados foram que 21,1% dos suplementos nutricionais analisados continham EA, enquanto 9,6% desses suplementos positivos eram de empresas que não vendiam pro-hormônios (COI, 2001).

Nesse sentido, nosso recorte tenta dar conta desse novo cenário do consumo de EA no Brasil e sua relação com a atualização, a disseminação e a cristalização de padrões de gênero, a partir dos meios de comunicação. Escolhemos para tanto fazer um levantamento do material jornalístico publicado em 2010, como se detalhará a seguir.

Caracterização do material e procedimentos metodológicos

O estudo foi realizado a partir do material disponibilizado no acervo da Agência Fiocruz de Notícias, composto da seleção de publicações em jornais e revistas de âmbito nacional, sobre notícias referentes à Saúde, Ciência e Fundação Oswaldo Cruz. Esse acervo acompanha notícias na imprensa, reunindo aproximadamente quatro mil matérias no ano de 2010.

A partir daí, iniciamos - uma leitura abrangente, ou seja, o exame de todas as matérias, selecionando as que continham as palavras: "anabolizantes/esteróides" e *doping*, nos títulos, nos subtítulos, nos conteúdos e nos "boxes" das reportagens.

Como resultado deste procedimento, foram encontradas apenas 13 matérias. Os jornais que mais informaram sobre anabolizantes foram a *Folha de S. Paulo* (seis) e *O Globo* (três). Os demais jornais, *Correio Brasiliense*, *O Dia* e *Extra*, contribuíram com uma matéria cada um. A revista *Veja* compareceu com uma reportagem (ver Quadro 1).[9]

Quadro 1: Características gerais das 13 matérias analisadas do acervo da Agência Fiocruz de notícias, do ano de 2010:

Jornal ou Revista	Títulos	Subtítulos	Data, Sessão, Pág.
O Globo	Antidoping flagra pela primeira vez hormônio do crescimento humano	Jogador de rugby usou substância, que atua em ossos e músculos.	23/02/10, Ciência, s/p
Folha de S. Paulo	Drogas são um perigo para atletas	Anfetaminas e anabolizantes botam a saúde em risco.	12/07/10, Saúde, p.24

9. Segundo dados coletados nos próprios sites desses veículos, *Correio Brasiliense*, *Folha de S. Paulo* e *O Globo,* são jornais direcionados para as camadas altas e médias (A e B). *O Dia* e *Extra* são voltados para as camadas mais populares (C, D e E). A revista *Veja* figura como uma publicação dirigida para o público A e B.

Folha de S. Paulo	Músculos que vêm fácil têm um preço alto		18/10/10, Folhateen, p.4
Folha de S. Paulo	Atestado para esportes será mais exigente	Sociedade Brasileira de Cardiologia cria modelo padrão de laudo médico a ser exigido antes da prática de exercícios	11/05/10, Saúde, s/p
O Globo	À espera de um milagre	Em contagem regressiva para o verão, alunos sedentos por resultados rápidos lotam academias	21/11/10, Saúde, s/p
O Dia	Segredo Íntimo	Cirurgias plásticas nos órgãos genitais recuperam a autoestima e com isso melhora a vida sexual de pacientes.	11/01/10, Saúde, s/p
Folha de S. Paulo	Vício em remédio supera abuso de drogas ilícitas	Documento da ONU relata crescimento na dependência de drogas permitidas.	25/02/10, Saúde, s/p
Folha de S. Paulo	Bomba de Verdade	Anabolizantes atraem jovens em busca do corpo perfeito, muitos usuários desconhecem perigos.	22/03/10, Comporta-mento/Como funciona, p. 6-8
Folha de S. Paulo	Suplementos contêm substâncias proibidas	Produtos nutricionais estão turbinados com estimulantes, esteroides anabolizantes ou emagrecedor de uso controlado.	09/09/10, Saúde, p. 3
O Globo	O abuso de hormônios causa danos graves	Fórmulas para perder peso podem afetar funções do coração	21/11/10, s/p
Veja	Perigo.com	Dispara a venda ilegal na internet de remédios para emagrecer, ganhar músculos e até abortar.	10/03/10, p. 24-28
Extra	Polícia prende 5 suspeitos por venda ilegal de remédios	Operação apreendeu cerca de 15 mil medicamentos.	20/10/10, Viver Mais, p. 15
Correio Brasiliense	A um clique do crime	MEDICAMENTOS/Operação da Polícia Federal e da Interpol prende mais de 80 pessoas em todo mundo - cinco no Brasil - e apreende remédios comercializados na internet. Próximo alvo são os compradores, que podem pegar até quatro anos de cadeia.	20/10/10, s/p

O passo seguinte foi a leitura e a classificação do material em profundidade, tendo por base o referencial teórico da Antropologia Cultural, que privilegia a análise dos significados simbólicos da ação social (Geertz, 1989). Dessa perspectiva, os pontos de vista, concepções e expressões do grupo pesquisado podem ser interpretados como textos, conectando-os com a estrutura social mais ampla. Utilizamos também os caminhos metodológicos propostos por (Minayo, 2008), desenvolvendo uma análise temática de conteúdo. Aproximamos essa metodologia para tratar dos conteúdos manifestos e/ou latentes nos textos jornalísticos selecionados. A partir desse percurso, foram demarcados três eixos de análise, que nos pareceram mais recorrentes nas matérias consultadas: o enfoque esportivo, o enfoque biomédico e o criminal.

Análise do material: narrativas sobre os EA

Como dissemos antes, jornais e revistas costumam elaborar suas notícias recorrendo a *experts* que "explicam" aos leitores os temas abordados. No caso presente, as principais fontes de informação foram os médicos (18), seguidos de seis agentes ou autoridades de segurança pública e cinco dirigentes esportivos. Temos ainda três depoimentos de professores de Educação Física, dois de nutricionistas e um de político. Os depoimentos de usuários de EA ou *doping*, seja o de atletas profissionais (um), sejam os de praticantes de esporte amador (três), aparecem com menor frequência.

Além dos textos, a mídia impressa utilizou, em alguns casos, recursos de informação como boxes, gráficos, fotografias e desenhos. O recurso mais utilizado foi o box, que aparece em oito matérias, seguido de fotografias e desenhos em cinco matérias. Nele encontramos mais informações técnicas sobre os EA. Esse procedimento, comum aos jornais, aponta para a função primeira do recurso do box, qual seja, estender alguma explicação que supostamente o leitor não domina. Assim, vemos reforçada a hipótese de que os jornalistas acreditam que o público em geral não conheça os EA, e necessite, portanto, de mais dados sobre suas características, seus efeitos e sua inserção na sociedade.

As fotografias realçam duas vertentes: numa primeira, focando mais na aparência corporal dos potenciais consumidores de EA, temos a exibição de corpos de homens jovens, principalmente, adeptos da malhação pesada. Os corpos masculinos são apresentados com o dorso nu e musculoso. Algumas fotos mostraram homens segurando ampolas de medicamentos e seringas, sugerindo a venda ou o consumo de EA injetável (Bombas, 2010: p. 6).

No caso do corpo feminino, ele aparece em quatro fotos, sendo duas relativas à mesma reportagem. Os corpos femininos retratados não aparentam musculosidade exacerbada, se comparados aos corpos dos homens, embora estejam realizando "malhação pesada" em três das fotos. Uma delas sugere uma posição mais sexualizada, por meio da projeção da pélvis. Nesse mesmo caminho, da sugestão de sexualidade, há uma reportagem que exibe a foto de um homem musculoso, do qual não se vê o rosto, empunhando com vigor uma seringa.

Figura 1: O momento de injetar

Fonte: Bombas... (2010: p. 6).

Voltando à imagem feminina, chamou a atenção uma matéria, intitulada "Segredo íntimo" (2010), sobre cirurgias plásticas reparadoras nos órgãos genitais; nela, se indica esse procedimento para corrigir a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais, ocasionada, segundo a reportagem, pelo abuso de anabolizantes. A foto é da mão de uma mulher cobrindo a genitália (Figura 2).

Figura 2: Anabolizantes na intimidade

Fonte: Segredo... (2010: p. 24).

Na segunda vertente, são estampadas fotos de grandes quantidades de medicamentos (EA, emagrecedores, estimulantes sexuais e abortivos) e suplementos apreendidos em operações policiais de repressão ao contrabando e à venda ilegal desses produtos. Não são apresentadas as imagens dos "criminosos" e muito menos dos usuários. Porém, a fotografia de um laboratório clandestino na China, fabricante de medicamentos "piratas", ocupa o lugar central de uma reportagem (Perigo.com..., 2010: p. 126). Há apenas uma reportagem que estampa a foto de um delegado federal responsável pela operação citada no texto.

Em relação aos desenhos, os mais comuns se referem a perfis de homens se exercitando ou fazendo poses, por vezes destacando-se partes ou órgãos diretamente afetados pelo uso de EA (Atestado..., 2010: p. 10). Distinguem-se desses uma caricatura apresentada em um artigo na coluna "Sexo e saúde", no jornal *Folha de S. Paulo*, de um médico e frequentador de academias. O texto sugere que só a malhação pesada pode garantir resultados saudáveis. Entretanto, o desenho (figura 3) é de um homem muito magro, fazendo um esforço extremo, levantando peso, parecendo sugerir que o exercício em si não produziu o efeito desejado, com possibilidade de reforçar justamente o que o artigo quis atacar, ou seja, a necessidade do uso de anabolizantes para conseguir músculos (Bauer, 2010).

Figura 3: Músculo fácil, fácil...

Fonte: Sexo e Saúde, *Folha de S. Paulo* (2010: p. 4).

Um pouco menos frequente é o desenho realizado por computação gráfica, que aparece como ilustração do circuito de venda ilegal de medicamentos proibidos, muitas vezes utilizando imagens de pílulas, telas de computador e ícones, remetendo à presença do mundo virtual no consumo de drogas, lícitas e ilícitas. Esse tipo de desenho é apresentado basicamente no eixo aqui identificado como criminal.

Um breve exame dos títulos revelou que a palavra anabolizante não aparece explicitamente nos títulos das manchetes. São utilizadas as palavras bombas, droga lícita, substâncias proibidas e hormônios. A palavra anabolizante, de fato, surge somente nos subtítulos.

Isso faz lembrar a lógica jornalística acima citada, segundo a qual um título deve ser, ao mesmo tempo, chamativo e de fácil entendimento. Nesse sentido, pode ser que a escolha pela palavra "droga" ao invés de "anabolizante" tenha a ver com o menor conhecimento que as empresas jornalísticas acreditam que o público em geral possua sobre essas substâncias. Assim, a presença de subtítulos funciona como um "adendo esclarecedor" do teor da matéria a ser desenvolvida – daí sua necessidade e alta recorrência – 12 das 13 matérias possuem subtítulo.

Após essas observações gerais, vamos nos deter em cada um dos eixos encontrados. Primeiro, em relação ao *eixo esportivo*: é possível dizer que tanto os usuários que aparecem nas matérias como as autoridades esportivas centralizam seu discurso no cumprimento das regras e na necessidade do "jogo limpo", colocando os EA como uma ameaça. Nesse sentido, as vozes dos especialistas e as dos usuários convergem.

Essas matérias em geral abordam as opiniões de profissionais da área esportiva (médicos, professores, dirigentes) a respeito dos usos de hormônios como uma prática de *doping*, envolvendo atletas profissionais e amadores. A matéria "Antidoping flagra pela primeira vez hormônio do crescimento humano" (2010) traz comentários de especialistas reprovando a utilização de *estratégias ilícitas* como o *doping* para vencer competições no esporte. O tom condenatório recai essencialmente sobre atitudes de atletas profissionais consideradas antiéticas. A matéria traz o caso do atleta Terry Newton (jogador de Rugby, no Reino Unido), cujo exame antidoping detectou pela primeira vez a substância proibida HGH (hormônio do crescimento humano) que resultou no seu afastamento das competições por dois anos. Conforme ratificam os depoimentos de autoridades esportivas abaixo:

> Esta primeira vez foi muito significativa. Mostramos a quem duvidava que é possível detectar o HGH (Diretor Geral da Agência Internacional Antidoping).
> [...] o banimento de Terry Newton foi um grande passo dado pela ciência para pegar trapaceiros (Diretor do King's College Londres).

Na sequência, a reportagem reproduz o depoimento do atleta que admitiu oficialmente em comunicado à imprensa o uso da substância. É importante ressaltar que a atitude de tornar público o uso do *doping* contrapõe-se à retórica da negação, um recurso bastante frequente entre usuários de substâncias proibidas no esporte em geral.

A matéria "Suplementos contêm substâncias proibidas" (2010) também focaliza a manutenção e o respeito às regras esportivas, censurando o uso de suplementos nutricionais por estarem sujeitos à contaminação por subs-

tâncias proibidas no esporte. Os especialistas recomendam o aumento da fiscalização na produção e na comercialização desses produtos que já estão muito disseminados numa espécie de *cultura esportiva*. Os depoimentos abaixo exemplificam essa visão:

> Não só atletas de alta *performance* procuram as fórmulas. Virou quase uma competição: quem não toma, se sente menos preparado (nutricionista).
> [...] O fato é que não tem como contraindicar os compostos vitamínicos energéticos. Já faz parte da cultura do esportista (médico).

A matéria destaca ainda os anabolizantes como uma dessas substâncias encontradas em 20% dos suplementos "contaminados" na Europa e nos Estados Unidos; é reproduzida a fala do médico do COI sobre a falta de fiscalização na produção de suplementos: "Existem cidades nos EUA em que há muitas fábricas e nenhum controle". Outro depoimento sobre a inexistência de segurança na fabricação de suplementos foi dado por um médico da Unifesp: "É um mercado muito polêmico. A isenção de registro é um retrocesso por parte da Anvisa".

Encontramos ainda notícias que trazem opiniões sobre atletas que, em busca do sucesso esportivo, lançam mão dos EA. Por exemplo, a matéria "Drogas são um perigo para atletas" (2010), baseada em telenovela, relata o drama de um ciclista profissional que é pego no exame *antidoping*. O personagem em tela é retratado como um "viciado", sendo os anabolizantes apontados como a "porta de entrada para drogas mais pesadas". Nessa perspectiva, o uso de EA é visto como o início de uma escalada para o vício, reforçando o estigma da pessoa que usa essa substância como um fracassado ou desviante.

No artigo "Músculos que vêm fácil têm um preço alto" já citado, o médico discorre sobre a corrida dos jovens para adquirir resultados mais rápidos. Segundo ele, são homens de 16 a 20 anos frequentadores de academia que recorrem a essa estratégia de modificação corporal:

> Nunca caí na tentação de ganho de massa muscular pelo uso de anabolizantes. Mesmo antes de ser médico, já sabia que tudo o que vem muito fácil (no caso, os músculos) tem um preço alto a ser pago! ... O problema é que a saúde em geral, não é uma preocupação central na vida dos jovens. Garotos querem ficar fortes, e meninas magras! Por ser este o foco, muita gente exagera (Bauer, 2010).

Embora o objetivo do artigo seja associar o uso de EA ao discurso contemporâneo da "boa forma" direcionado aos jovens, a matéria acaba por valorizar os aspectos positivos do EA relativos ao ganho "fácil" de massa muscular.

Enquanto isso, no *eixo biomédico*, especialistas – autoridades médicas – divergem dos usuários quanto aos sentidos associados aos EA. Para os primeiros – com uma notável exceção – essas substâncias causam danos à saúde; já os usuários enfatizam os ganhos corporais a elas relacionados.

A ênfase das notícias nesse enfoque recai essencialmente sobre os prejuízos à saúde provocados pelo consumo indevido de EA. Existe a preocupação em alertar para as consequências e/ou efeitos inesperados desse uso, como os distúrbios de imagens, o vício em remédios, doenças crônicas e deformidades físicas.

Na matéria "O abuso de hormônios causa danos graves" (2010) temos que agentes hormonais como o HGH, EA, insulina e hormônios da tireóide são utilizados sem controle médico. Os danos ao fígado, o diabetes, as doenças do coração e o óbito são apontados como possíveis efeitos do uso indevido de EA.

A busca por resultados rápidos, sobretudo no verão, é a principal motivação para que os jovens de 18 a 30 anos recorram aos EA, diz a reportagem "Bomba de verdade" (2010). O texto traz depoimentos de jovens usuários de EA que recorrem aos esteroides, apesar de reconhecerem os riscos. Assim, temos a seguinte declaração de um rapaz de 22 anos que usa EA desde a idade de 14 anos: A fala deve seguir nessa mesma linha "Não tenho medo de perder o braço, mas de ficar frango. E 'frango', se você não sabe, quer dizer fraco".

Na mesma linha, outros dois depoimentos reiteram as expectativas dos usuários quanto ao potencial dos EA em *melhorar* a aparência:

> Quero tomar para melhorar meu corpo. É uma questão de autoestima. Querer melhorar não vai ser ruim... Tenho muitos amigos que tomam. Muitos mesmo. Todos entre 18 e 20 anos (rapaz, 18 anos).

> Não tenho medo [de usar "bomba"]. Se tivesse, não estaria tão grande. Tenho fornecedores. Telefono e pego na casa deles (rapaz, 22 anos).

É possível pensar que nessas falas transpareça a ideia, bastante difundida, de que os anabolizantes, por não serem substâncias ilícitas, não são considerados como drogas (Escohotado, 1997). Desse modo, os possíveis danos promovidos pelos EA estariam apenas relacionados à qualidade e à quantidade (ciclos) consumidos e não pela substância em si. Tal discurso ecoa uma espécie de moral pragmática sobre autogestão do risco, como enfatiza Le Breton (2003: p. 64-66) quando assinala o crescimento de substâncias utilizadas para a modificação corporal nas sociedades contemporâneas.

As colocações acima nos ajudam a compreender o cenário apresentado. Na mesma reportagem, aparece ainda o depoimento de outro rapaz, Bruno, de 22 anos, cuja experiência com os esteroides foi descrita como traumática. O jovem mencionado estava em *busca do corpo perfeito* desde os 18 anos: na mesma linha a fala"Queria ficar forte. Era epidemia aqui onde eu morava. Todo mundo malhava! E eu tinha pressa, né?"

A matéria ainda nos informa que o rapaz comprou duas ampolas de anabolizante injetável e aplicou-as em si próprio, uma por semana. Como não deu resultado, seguiu tomando mais comprimidos até que finalmente entrou em coma: "Tomei um por dia, por duas semanas... fiquei sete dias internado... Um em coma... nunca mais eu tomo". O diagnóstico dado ao estado do paciente foi o de uma crise hepática aguda, causada pelo excesso de hormônios no sangue (Bomba..., 2010).

Os usuários de EA referem-se às facilidades de obtenção das substâncias seja em farmácias, na internet ou no mercado negro como revelou uma jovem: "Cheguei a comprar em farmácia 20 ampolas de uma vez só para o meu namorado. E eu era menor" (Bomba..., 2010).

Na mesma linha, a matéria "Vício em remédio supera abuso de drogas ilícitas" (2010) indica o crescimento do consumo de drogas lícitas no Brasil, destacando o aumento do uso de EA na população em geral, mencionando o estudo do CEBRID, citado anteriormente. Nessa reportagem, o coordenador do estudo assinala: na mesma linha"É um fenômeno muito perigoso porque não se pode simplesmente abolir a produção desses medicamentos. São substâncias úteis para tratar doenças. O problema é o mau uso".

Na sequência dessa reportagem, o consumo de medicamentos é associado ao estilo de vida ocidental de valorização e culto ao corpo:"Esse abuso é reflexo do mundo em que vivemos, que valoriza a cultura do corpo, a magreza, em que as frustrações devem ser evitadas. Isso tudo combina o uso excessivo de remédios (psiquiatra)".

Os depoimentos dos especialistas acima se encontram na relativização da simples condenação do consumo de EA, apresentando algumas das dimensões da questão, como a utilidade do EA "para tratar doenças" e o aspecto cultural desse uso.

Por fim, no âmbito das deformidades físicas decorrentes do abuso de EA, duas matérias destacam o crescimento de mamas nos homens e aumento do clitóris e dos pequenos lábios vaginais em mulheres (Segredo..., 2010; Bombas..., 2010).

Já no material relativo ao *eixo criminal*, existe uma única voz: a da autoridade policial. Nesse sentido, uma das "regras de ouro" do jornalismo, ou seja, a necessidade de apresentação dos "dois lados" de uma notícia, não se realiza; a voz do "outro lado", ou seja, daquele considerado criminoso e/ou não é apresentada. Nesse discurso, o foco é na rede de venda e distribuição ilegais.

As matérias analisadas integram o gênero reportagens policiais. Elas tratam de ações envolvendo operações policiais para apreensão de drogas e prisão de traficantes ou suspeitos. O teor apresentado nas matérias é o da repressão à venda ilegal de medicamentos contrabandeados. Os EA, os ema-

grecedores, os abortivos e medicamentos para a disfunção erétil estão dentre os mais procurados. A matéria "Perigo. com" (2010) destaca o crescimento mundial do tráfico e do contrabando de medicamentos falsificados:"Há uma tendência mundial no crime organizado, já identificada pela Interpol, de migrar do tráfico de drogas para o de medicamentos piratas" (Secretária Executiva da OMS).

A repressão a essas atividades tem envolvido um aparato internacional cada vez maior, implicando operações policiais para prisão dos traficantes. Uma dessas operações foi denominada "Operação Panaceia". No relato sobre a venda ilegal de remédios, inclusive os EA, na internet, temos que a cada 10 desses produtos, oito são falsificados.

Na mesma linha, as reportagens "Polícia prende cinco suspeitos por venda ilegal de remédios" (2010) e "A um clique do crime" (2010) abordam o contrabando de medicamentos falsificados. Para o coordenador da operação acima citada, "a situação do Brasil é preocupante" no que diz respeito à venda ilegal de medicamentos. Essa atividade é classificada como crime hediondo na medida em que, além do risco à saúde, a população é vítima de estelionato:

> isso ocorre porque em média 37% das transações não são concluídas por parte dos fornecedores. Eles [os sites] vendem, mas não entregam. O crime de falsificação de medicamentos recebe a punição por contrabando, já que o produto é de origem estrangeira e entra clandestinamente no país.

Outra autoridade policial, o chefe da Interpol no país, assinala a emergência do "tráfico formiguinha" (A um clique..., 2010), como um dos meios mais usados para trazer o medicamento para o Brasil. Esse tipo de atividade se caracteriza por uma venda menos centralizada de drogas, realizada por indivíduos que trabalham com relativa autonomia da figura de um chefe ou gerente geral do crime-negócio das drogas.

Os depoimentos convergem no sentido de identificar aspectos socioculturais presentes nessas práticas que envolvem o crime e o contrabando de

medicamentos. Na opinião das autoridades policiais, a maioria das pessoas tem ciência de que a venda do medicamento é ilegal, já que é preciso uma autorização especial para a comercialização de muitos deles. Desse modo, existem esforços para aprovar legislação que puna a venda ilegal de anabolizantes com o mesmo rigor da legislação para o tráfico de drogas.

Conclusões

Um primeiro ponto que nos chamou a atenção foi a escassez de matérias encontradas: 13 de um universo de quatro mil. Dado que as duas principais palavras-chave para a busca nos jornais e revistas foram *saúde pública* e *doping*, pensamos que esse quadro pode apontar para a fraca conexão que a imprensa apresenta entre EA e esses descritores. Essa relativa invisibilidade do assunto EA, quando relacionada a uma questão de saúde pública, pode revelar a pouca atenção que os segmentos sociais em geral vêm reservando para o tema. No caso de gestores e agentes da saúde coletiva, tal quadro vem sendo gradativamente revertido, como foi dito anteriormente, embora ainda existam poucos dados sistemáticos e poucas iniciativas públicas nesse sentido. Nessa direção, pode-se dizer que o aumento do consumo detectado em levantamentos recentes como o do CEBRID, acima citado, não está espelhado no que vem sendo noticiado.

Entretanto, também é possível supor outra alternativa, isto é, que as informações sobre o assunto EA possam estar conectadas a outros núcleos de sentido. Assim, talvez, se acessarmos o material jornalístico a partir de palavras-chave sob o registro da estética ou do crime, uma quantidade maior de reportagens possa aparecer.

Para qualquer das hipóteses acima, podemos imaginar que, no campo jornalístico, e talvez para os leitores em geral, o EA não se aloca no âmbito de uma questão de saúde e, portanto, não é vinculado a essa palavra-chave.

Outro aspecto que merece destaque na análise dos EA nos meios de comunicação impressos diz respeito às representações de corpo e gênero. Assim, nas notícias publicadas, o imperativo do corpo perfeito se faz presente

como o mote para o uso de EA, tanto para homens como para mulheres. Elas na maioria das vezes apresentam um corpo pronunciadamente musculoso, o que sugere pensar que o corpo forte é desejado como um símbolo de *status*/ distinção. Isso remete à tradicional assimetria entre masculino e feminino, que se estrutura a partir da oposição força e fraqueza. Nesse registro, a fraqueza é apresentada como um atributo indesejável, independente do sexo. Dessa forma, o trabalho sobre o corpo se orienta para a construção de uma aparência apoiada em uma identidade de gênero supostamente adequada a uma normatividade da força, associada ao masculino, mas que é extensiva ao feminino, como indica o material analisado.

A fraqueza, tradicionalmente conectada ao feminino, assume uma dimensão de atributo desvalorizado para homens e mulheres – no limite, associando essa fraqueza/feminilidade ao "lugar" do indesejado. Um ícone desse procedimento, no caso das matérias analisadas, é a caricatura anteriormente citada de um esquálido praticante de musculação, que busca o corpo forte, sem anabolizantes.

Porém, o desejo de um corpo forte e o trabalho nessa direção – através da ingestão de esteroides – podem produzir simplesmente efeitos imprevisíveis. As matérias sinalizam esse movimento dos usuários de EA, que, ao procurarem ser e parecer fortes, foram surpreendidos com o crescimento da genitália externa feminina a ponto de necessitarem de plástica corretiva como sinalizado por uma reportagem, ou o coma do praticante de musculação, apresentado por outra. Os corpos excessivos, desconcertantemente musculosos, de alguns praticantes de lutas ou culturistas, também figuram como exemplo da impossibilidade de garantir uma "construção" totalmente coerente da identidade de gênero. Esse "excesso corporal" faz lembrar as críticas de Butler (1990) sobre a pretensa rigidez das fronteiras simbólicas entre indivíduos "adequados" e "não adequados"; no caso do consumo dos EA, a rigidez se torna uma incerteza, pois o imponderável marca os resultados a serem obtidos pelos consumidores.

Sem dúvida, nota-se que os meios de comunicação privilegiam em sua abordagem atitudes e comportamentos associados ao gênero masculino, dotando-os portanto de maior visibilidade e maior poder simbólico, para lembrar mais uma vez Bourdieu. Cristalizados como versões mais

poderosas, adquirem nuances de modelos fartamente oferecidos e que se tornam, sim, praticamente ideais a serem buscados – como, aliás, em seus estudos, Goffman (1979:) e Hall (2003) já haviam sinalizado. Entretanto, a imprevisibilidade ronda o processo, e os próprios jornais deixam vislumbrar brechas dessa dinâmica perturbadora.

Os estudos sobre os anabolizantes ainda são poucos, e o volume das análises produzidas sobre sua veiculação/apresentação nos meios de comunicação também não reflete a importância social crescente dessa questão.[10] Entretanto, como tentamos demonstrar, esse tipo de substância adquire fundamental relevância quando se trata de pensar os modos de produção e representação dos gêneros na contemporaneidade; neles, deve-se pensar o papel desempenhado pelas mais diversas substâncias para a produção dos corpos no reforço das identidades de gênero mais tradicionalmente dispostas.

Retomamos aqui novamente Goffman (1979.) e Hall (2003) que já haviam sugerido em estudos sobre gênero e "raça" nos meios de comunicação, respectivamente, que a tendência desses meios é cristalizar determinadas representações, reforçando modelos que se tornam, nesse processo, dominantes. O que encontramos no material estudado nos faz supor que essa tendência dos meios de comunicação permanece sendo válida na representação da relação entre os gêneros, tendo em vista a ingestão de anabolizantes.

Todavia, nessa conformação, um paradoxo insinua-se: ao mesmo tempo em que se reatualizam nessas matérias jornalísticas padrões fixos de força/masculino e fraqueza/feminino, apontam-se maneiras de ultrapassá-los, a partir de matérias e imagens que registram a ingestão das substâncias "masculinizantes" também por mulheres. Vão nessa direção os registros jornalísticos da presença feminina no circuito dos anabolizantes, embora poucos sinalizem o que vem ocorrendo nas interações sociais, e que aparece, por exemplo, no estudo do Cebrid: as mulheres também vêm fazendo uso de anabolizantes. Assim, a exibição da força adquirida por via do consumo

10. Exceção a esse quadro é o trabalho de Noto *et all* (2003). Os autores mencionam que apesar do crescente uso de anabolizantes no Brasil, as intervenções mencionadas nos artigos publicados na mídia, ao longo do ano de 1998, ficaram apenas no campo da legislação e/ou da repressão, na maioria das vezes, em função da detecção de anabolizantes entre esportistas (*doping*).

de EA, constitui o alicerce de um tipo de masculinidade "epidérmica", que agora se encontra, paradoxalmente ou não, ao alcance de todos – e todas.

Referências bibliográficas

A ESPERA DE UM MILAGRE. Rio de Janeiro, *O Globo*. s/n, 2010.

AGÊNCIA FIOCRUZ DE NOTÍCIAS. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 2 set. 2011.

ANTIDOPING FLAGRA PELA PRIMEIRA VEZ HORMÔNIO DO CRESCIMENTO HUMANO. Rio de Janeiro, *O Globo*. s/n, 2010

ATESTADO PARA ESPORTES SERÁ MAIS EXIGENTE. São Paulo, *Folha de S. Paulo*, 2010.

BAUER, Jairo. Músculos que vêm fácil têm um preço alto. São Paulo, Coluna Sexo e Saúde, *Folha de S. Paulo*, 18 out.2010.

BECKER, Howard S. *Outsiders:* estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2008.

BOMBAS DE VERDADE. São Paulo, *Folha de S. Paulo*, s/n, 2010.

BOURDIEU, Pierre. *Os usos sociais da ciência.* Por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora da Unesp, 2004.

BUTLER, Judith. *Problemas de Gênero:* Feminismo e subversão. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2010.

CARLINI, Elisardo A, *et all. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:* estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: Editora CEBRID/UNIFESP, 2007.

CECCHETTO, Fátima R. A sina de ser forte. Corpo, sexualidade e saúde entre lutadores de jiu-jítsu no Rio de Janeiro. *In*: HEILBORN, Maria Luiza *et all.* (org.). *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009, p.509-534.

CECCHETTO , Fátima R. *et all*. Onde os fracos não têm vez: discursos sobre anabolizantes, corpo e masculinidades em uma revista especializada. *Physis*, Revista de Saúde Coletiva 22 (3), Rio de Janeiro, 2012, p.873-893.

CONNELL, Robert. W. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press, 1995.

CORREIO BRASILIENSE, 2010. A um clique do crime. s. d. , s. n.DROGAS SÃO UM PERIGO PARA ATLETAS. São Paulo, *Folha de S. Paulo* , s/n, 2010.

ESCOHOTADO , Antonio. *O livro das drogas.* Usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

GOFFMAN, Erving. *Gender Advertisements.*New York: Harper and Row, 1979.

GOLDENBERG, Mirian. *Nu & Vestido: 10 Antropólogos revelam a cultura do corpo carioca.* Rio de Janeiro: Editora Record, 2002.

GRAHAM, M. R. *et all. Homocysteine induced cardiovascular events:* a consequence of long term anabolic-androgenic steroid (AAS) abuse. Br J Sports Med. 40(7), jul 2006, p.644–648.

Hall, Stuart. *Representation: cultural representation and signifying practices*. London/New York: Sage, 1997.

HEILBORN, Maria Luiza; Carrara, Sérgio. Em cena, os Homens... *Revista Estudos Feministas*, v. 6, n. 2, Florianópolis-SC, 1998, p.371-374.

HEILBORN, Maria Luiza *et all.* (Org.). *Sexualidade, Reprodução e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

INTERNATIONAL OLYMPIC COMMITTEE. Analysis of Non-Hormonal Nutritional Supplements for Anabolic-Androgenic Steroids – An International Study – An investigation of the IOC accredited doping laboratory Cologne, Germany. The investigation was funded by the IOC. Disponível em: <http://www.olympic.org/Documents/Reports/EN/en_report_324.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

IRIART, **Jab**; ANDRADE, T. M. Musculação, uso de esteroides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002, p.1379-1387.

Kimmel, Michael, S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. Horizontes Antropológicos, ano 4, n. 9, Porto Alegre - RS, 1998, p.103-117.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo:* antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

LISE ML, *et all*. O abuso de esteroides anabólicos androgênicos em atletismo. *Revista Associação Médica Brasileira*, v. 45, n. 4, São Paulo, 1999, p.364-70.

MALYSSE, Stéphane. Em busca dos (H)alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. *In*: GOLDENBERG, Mirian (org.). *Nu & vestido:* 10 antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002, p.79-138.

Miguel Bispo A. *et all*. Anabolic steroid-induced cardiomyopathy underlying acute liver failure in a young bodybuilder. *World Journal Gastroenterology*, v. 15, n. 23, 2009, p.2920–2922.

MINAYO, Maria Cecília. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitech, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 23 set. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

NOTO, A. R, *et all*. Drogas e Saúde na Imprensa Brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2003, p. 69-79.

O ABUSO DE HORMÔNIOS CAUSA DANOS GRAVES. Rio de Janeiro, *O Globo*, 21 nov.2010, p. 54.

PERIGO.COM. *Revista Veja*, 10 mar. 2010, p.124-128.

POLÍCIA PRENDE CINCO SUSPEITOS POR VENDA IEGAL DE REMÉDIOS. Rio de Janeiro, *Extra*, 20 out. 2010, p. 15.

ROSSI, Clóvis. *O que é jornalismo?* São Paulo: Editora Brasiliense, 1980.

SABINO, C. Anabolizantes: Drogas de Apolo. *In*: GOLDENBERG, M. *et all*. *Nu & Vestido:* dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002, p.139-188.

SAMAHA, A. A. *et all*. Multi-organ damage induced by anabolic steroid supplements: a case report and literature review. *Journal Medical Case Reports*, v. 2, n. 340, 2008. Disponível em: <http://www.jmedicalcase-reports.com/content/2/1/340>. Acesso em: 16 set. 2011. http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-2-340.

SEGREDO ÍNTIMO. *O Dia*, Rio de Janeiro, 10 jan. 2010, p. 24.

SILVA, P. R. P.; DANIELSKI, R.; CZEPIELEWSKI, M. A. Esteroides anabolizantes no esporte. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 8, n. 6, Niterói: 2002, p.235-243.

SOCAS, L. *et all*. Hepatocellular adenomas associated with anabolic androgenic steroid abuse in bodybuilders: a report of two cases and a review of the literature. *British Journalof Sports Medicine*, v. 39, n. 5 e 27, 2005. Disponível em: <http://bjsm.bmj.com/content/39/5/e27>. Acesso em: 16 set. 2011.

SUPLEMENTOS CONTÊM SUBSTÂNCIAS PROIBIDAS. Rio de Janeiro, *O Globo*, 9 set.2010, p.3.

TRAVANCAS, Isabel Siqueira. *O Mundo dos Jornalistas*. São Paulo: Summus Editorial, 1993.

VELHO, G. *Nobres e anjos:* um estudo sobre tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

VÍCIO EM REMÉDIO SUPERA ABUSO DE DROGAS ILÍCITAS. São Paulo, *Folha de S. Paulo*, 25 fevereiro de2010, p.9.

ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e cidadania:* repressão ou redução de riscos. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

8

AIDS: a emergência da década de 1980

Dilene Raimundo do Nascimento[1]

Antes de falarmos sobre a emergência da AIDS propriamente dita, na década de 1980, no Brasil, vale a pena analisarmos determinados conceitos utilizados na saúde pública. Trata-se de tentarmos entender o que significa doenças emergentes/reemergentes, ressaltando que os conceitos variam de acordo com o seu local de produção e com o momento em que ele é construído.

As transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando têm repercutido na produção e distribuição dos problemas de saúde. Nas últimas décadas, o Brasil apresentou um novo perfil epidemiológico bem mais complexo do que aquele esperado pelos autores da teoria da "transição epidemiológica" (Frederiksen *apud* Barreto & Carmo, 2003; Omran *apud* Barreto & Carmo, 2003), segundo a qual, a evolução da sociedade tradicional para uma sociedade moderna seria acompanhada da redução da morbimortalidade por doenças infecciosas, passando a haver um predomínio das doenças crônico-degenerativas e de causas externas. Esse processo de modificação nos padrões se daria em estágios sucessivos,

1. Pesquisadora e docente no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

definidos pelo grau de incorporação de novas tecnologias: a idade das pestilências e da fome, a idade do declínio das pandemias, a idade das doenças degenerativas e criadas pelo ser humano, chegando à idade do declínio das doenças degenerativas.

A crítica a essa teoria denunciou o caráter neo-evolucionista da modernização contido em sua fundamentação conceitual, apontando o sentido linear e unidirecional que seria assumido pela transição, sem se considerar as características do desenvolvimento econômico e social, as formas de organização das sociedades e a constituição das políticas sociais (Barreto & Carmo, 2003).

O microbiologista René Dubos (1960) já afirmava, na década de 1950, que as mudanças resultantes do recuo de muitas moléstias epidêmicas se deviam mais à correção dos problemas sociais do que no efetivo entendimento dos problemas médicos e que essas mudanças não deviam ser avaliadas como conquistas permanentes, mas como um resultado provisório do esforço humano de adaptação a um ambiente que estaria em constante transformação.

Barradas (1997) reforça a crítica à transição epidemiológica como simples sucessão linear de fases ao assinalar que as transformações pelas quais o mundo passou nas últimas décadas do século XX —caracterizadas por intenso processo de urbanização, fluxos migratórios, incorporação desordenada de tecnologias (uso excessivo de antibióticos por exemplo), inúmeras oportunidades de comunicação, comércio e interações entre países de áreas anteriormente relativamente isoladas —produzem modificações no perfil de morbidade. Essas modificações acarretam o "aparecimento de novas doenças e agravos à saúde e a alteração no comportamento epidemiológico de antigas doenças, tornando mais complexo o quadro sanitário" (Barradas, 1997: p. 533).

Segundo autores como Rouquayrol & Almeida Filho (1999) e Barreto & Carmo (2003), esse processo no Brasil adquiriu características de uma "transição incompleta". Na verdade nunca foi aplicável, pois em que pese a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias enquanto causas de mortalidade, diminuição esta relacionada principalmente à redução de

doenças imunopreveníveis e das diarreias, persistem fortes desigualdades regionais e sociais, com áreas em que os perfis de mortalidade pouco se alteraram. Isso cria um quadro de grande heterogeneidade do padrão de morbimortalidade no país.

Há que se reconhecer uma "simultaneidade" de problemas: são epidemiologicamente relevantes tanto as enfermidades com origem na escassez e na pobreza quanto aquelas associadas ao processo de "modernização" da sociedade, como as neoplasias, as doenças circulatórias e as causas externas.

Ainda que tenha sido observada uma queda na mortalidade das doenças infecciosas, para muitas destas o quadro de morbidade se manteve estável ou se acentuou. As doenças cardíacas, as neoplasias e as mortes violentas passaram a ser responsáveis por cerca de 60% dos óbitos.

Nesse sentido, as desigualdades regionais e sociais de um país, criando grande heterogeneidade do padrão de morbimortalidade, revelam as limitações da teoria da transição epidemiológica. Daí, segundo Luna (2002: p.231), "postula-se que o conceito de doenças emergentes e reemergentes surge frente a essa limitação do paradigma hegemônico da teoria da transição para explicar um novo quadro de morbimortalidade".

Descrever padrões epidemiológicos por si só não é suficiente para entender a dinâmica de disseminação de uma doença. Ao considerarmos uma doença, principalmente na sua manifestação epidêmica, como um fenômeno social, verificamos que esta mobiliza a sociedade "a revelar comportamentos que incorporam e reafirmam valores sociais" (Marques, 2002: p. 42).

As epidemias em especial evidenciam um comportamento coletivo, não acontecem aleatoriamente, sendo ainda produto da combinação de decisões políticas e do comportamento social de cada momento histórico em que surgem e espalham-se. Por isso, como ressalta Altman (1995), entender o contexto social, político e ideológico no momento de surgimento e expansão da doença é uma questão central, uma vez que isso definirá alocação de recursos, qualidade da atenção e investimento em pesquisa sobre o tema, interferindo na vulnerabilidade das populações.

Nesse sentido, para compreendermos a emergência da AIDS e a sua expansão temos que levar em conta o que Altman ressalta quanto ao contexto

no momento de seu surgimento, assim como a afirmação de René Dubos sobre a diminuição ou controle de uma doença epidêmica não deve ser considerada como conquista permanente, mas como um resultado provisório do esforço humano de adaptação a um ambiente que está em constante transformação.

A emergência da AIDS

A AIDS surge como uma doença "nova", até então desconhecida no meio médico. Uma doença sem uma história anterior que emerge no cenário público, bem no início da década de 1980. De acordo com o conceito de Grmek —a patocenose[2] —, considerando todas as mudanças sociais, a aquisição de altas tecnologias e o controle ou mesmo erradicação de outras doenças infecciosas, como é o caso da varíola, criou-se um ecossistema favorável à emergência da AIDS. Dessa forma, Grmek (1995) defende que a AIDS seja realmente algo novo. Uma doença nova que não chega de forma insidiosa, é visivelmente devastadora e, principalmente, mortal para os indivíduos por ela acometidos.

A primeira informação oficial sobre seu surgimento foi veiculada no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), de 5 de junho de 1981. Trata-se do boletim do *Center of Disease Control* (CDC)[3], cuja finalidade é divulgar informações e recomendações relacionadas à saúde pública norte-americana. A descrição clínica dos casos da doença, ainda sem denominação, dizia tratar-se de cinco jovens do sexo masculino sem história prévia de imunodeficiência, moradores em Los Angeles, homossexuais, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC)[4] e outros tipos de infecção oportunista, como candidíase oral e citomegalovírus (MMWR, 1981: p. 250-252). Em boletins subsequentes, a nova entidade clínica foi descrita

2. Esse conceito se refere ao conjunto dos estados patológicos presentes numa população em determinado momento (Grmek, 1995: p.11).
3. O Center of Disease Control (CDC) é um órgão do Departamento de Saúde do governo norte-americano, criado em 1942 para controlar a malária nas zonas de guerra. Em 1946, tornou-se o órgão responsável pela vigilância de doenças, visando ao estabelecimento de programas de controle em todo o território dos Estados Unidos.
4. O *Pneumocystis carinii* é um protozoário com predileção pelos pulmões. Produz pneumonia grave em crianças distróficas ou em adultos com imunossupressão.

em hospitais de Nova Iorque e da Califórnia, onde os pacientes, também homossexuais jovens, sem história prévia de imunodeficiência, apresentavam além da pneumonia, sarcoma de Kaposi[5] com alta malignidade, toxoplasmose cerebral, herpes, criptococose no sistema nervoso central e sintomas de emagrecimento e febre persistente (MMWR, 1981: p.305-308).

Dos artigos publicados nos periódicos médicos,[6] dois aspectos são ressaltados: seu caráter mortal e o fato de acometer homossexuais masculinos. Tanto que a doença nova e desconhecida, ainda não reconhecida como epidemia, recebeu várias denominações, com carga moral, como "pneumonia gay", "câncer gay", "síndrome gay", "peste gay" e até mesmo "síndrome da ira de Deus".

Italo Tronca (2000), em sua obra *Lepra e Aids*, analisa as produções literárias sobre ambas as doenças nos séculos XIX e XX, respectivamente, com o objetivo de identificar as alegorias presentes no imaginário social das doenças e localiza elementos morais no que se escreveu sobre elas. No que se refere à AIDS, Tronca pesquisa, além da literatura, os diários médicos dos primeiros anos da epidemia nos Estados Unidos e conclui que a construção do trinômio Aids-morte-homossexual masculino partiu do próprio discurso médico.

Não é por acaso que os homossexuais foram priorizados na construção da Aids posto que, pouco antes do surgimento da doença, a comunidade gay começava a experimentar uma abertura, após anos de opressão,[7] e já contava com uma visível presença política em várias cidades norte-americanas (Fee & Fox, 1989: p. 304). A associação AIDS-homossexualidade pareceu uma tentativa de (re)patologizar uma condição sexual, já estigmatizada pela sociedade e, ao mesmo tempo, buscar culpados para a doença que já se anunciava como epidemia.

Rosenberg (1992: p. 238) aponta que, ao explicar uma epidemia, as pessoas também procuram minimizar seus riscos diante da ameaça. Muitas

---

5. O sarcoma de Kaposi é um câncer de pele, raro, de causa desconhecida e pouca malignidade, que incide preferentemente em homens com idade acima de 50 anos.
6. Outros artigos foram publicados no *Lancet* e no *New England Journal of Medicine*, ainda em julho de 1981. Ambos conceituados periódicos ingleses.
7. A Associação Americana de Psiquiatria classificava a homossexualidade como doença até 1973, segundo Geantomasse e Bervique (2010: p.3),

das explicações "científicas" da era moderna, por exemplo, estão centradas na noção de "susceptibilidade" particular de indivíduos, grupos, classes ou raças. O que era chamado de "predisposição" no século XVIII pode ser discutido hoje sob o rótulo de "grupo de risco". Esses esquemas explicativos constituíam – e constituem – um quadro onde explicações morais e valores sociais podiam ser ao mesmo tempo expressos e legitimados.

O discurso que vinculou a AIDS aos homossexuais masculinos "mexeu com ricos e informados, com conta bancária e histórico escolar, perfil muito diferente do das vítimas de febre amarela, da malária e da dengue" (Biancarelli, *apud* Barata, 2006: p.120). E isso, conforme Tronca, viu-se que "quando o número de infectados cresceu, que os gays estavam em toda parte —na política, no Congresso, em Wall Street, em Hollywood, nas organizações de extrema direita. Em muitos casos, eles eram silenciosos e invisíveis" (Tronca, 2000: p.135).

Susan Sontag (1989: p.30) discute a ideia de que a AIDS leva a uma revelação forçada, ao dizer que "a doença expõe uma identidade que poderia ter permanecido oculta dos vizinhos, colegas de trabalho, familiares e amigos [...] uma experiência que isola e expõe os doentes a discriminações e perseguições". Michel Pollak (1990), em sua obra *Os homossexuais e a Aids*, analisa as mudanças que a doença provoca na vida dos homossexuais, especificamente franceses, leitores de um determinado periódico gay, na segunda metade da década de 1980. Observa que o medo da morte leva a mudanças comportamentais. Diz ainda que a doença implicou a revelação de "certas características das trocas sexuais, até mesmo uma homossexualidade vivida até então de modo clandestino, a disseminação do vírus HIV revela igualmente o lugar dos homossexuais na sociedade" (Pollak, 1990: p.13).

Dos periódicos médicos, a AIDS se transportou para a imprensa leiga. Tão logo Laurence Altman, um cronista de medicina do *New York Times*, publicou um artigo, em julho de 1981, sobre a ocorrência de um "fenômeno patológico curioso que intrigava os especialistas e que começava a assustar os gays de Nova York", a AIDS tomou o espaço público e tornou-se notícia, seja em jornais de grande circulação seja na mídia em geral (Grmek, 1989: p.23), e não só norte-americana, pois a doença surgiu em várias outras partes do mundo.

Por um lado, os homossexuais masculinos —aqueles "ricos e bem informados, com conta bancária e histórico escolar" —assustados pela ameaça de morte por uma doença desconhecida e, por outro, os médicos e cientistas perplexos, sendo colocados em xeque na sua capacidade de desvendar essa doença, de imediato, tornou a AIDS uma questão pública. Para enfrentá-la, esses dois grupos tomaram seus caminhos, polvilhados de embates e negociações, mas ambos com uma velocidade extrema.

Sem dúvida, a AIDS não suscitou somente essa polaridade —homossexuais atingidos diretamente pela doença e o meio médico-científico colocado em xeque. Vários outros atores sociais, incluídos esses, mobilizaram-se em torno do surgimento da desconhecida doença e da construção de sua história, como bem registra Jane Galvão (2000: p.14):

> Governos, pessoas com HIV/AIDS, grupos comunitários, cientistas sociais, pesquisadores de ciências básicas, educadores em saúde, organizações não governamentais, jornalistas, agências intergovernamentais, indústria farmacêutica, tradições religiosas, agências de cooperação nacionais e internacionais, profissionais de saúde, setor privado, bancos multilaterais etc. disputam o espaço tanto da produção de conhecimento quanto de elaboração de respostas eficazes (Galvão, 2000: p.14).

De toda forma, é a atuação desses dois grupos que inicialmente nos interessa, com a certeza de que suas práticas são perpassadas pela atuação dos outros atores sociais, constituindo um "complexo mosaico" (*apud* GALVÃO, 2000: p.16).

Em relação à atuação dos homossexuais masculinos, houve uma crescente organização dos grupos gays e a *Gay Men's Health Crisis,* criada em Nova Iorque, em 11 de agosto de 1981, foi a primeira de tantas organizações de base gay que se disseminaram pelo mundo como resposta às ameaças postas pela AIDS (Altman, 1995).

O meio médico-científico desenvolveu um processo de investigação, utilizando-se de todo o arsenal tecnológico existente à época, em especial

da virologia e da imunologia, com o intuito de buscar uma explicação para a doença. Denominou-a de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em meados de 1982, e passou a utilizar o conceito de grupo de risco para classificar os homossexuais masculinos. "O termo grupo de risco, apesar de aparentemente "neutro e científico" tem implicações morais subjacentes: ele não acusa as vítimas explicitamente, porém aponta para correlações entre comportamento e patologia, entre pecado e punição" (Rosenberg, 1992: p.149).

Constatou-se a ocorrência da doença também em usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, que foram incorporados na categorização de grupo de risco. Essa ocorrência sugeriu a transmissão não só sexual, mas também sanguínea da doença. Logo, em 1983, a hipótese de uma etiologia viral foi comprovada: Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, teve a primazia dessa descoberta e o nome do vírus veio a ser HIV (Grmek, 1989).

Camargo Junior (1994) assinala que um dos maiores impactos da AIDS foi fazer ver à medicina a sua limitação, num momento em que se acreditava na sua capacidade de controlar toda e qualquer doença infecciosa. Em 1969, a principal autoridade médica dos Estados Unidos afirmou ser aquele o "tempo de fechar o livro sobre as doenças infecciosas", pois a "guerra contra as pestes havia sido vencida".[8] Luna (2002) reforça que a emergência da pandemia de AIDS na década de 1980 veio questionar o cenário otimista experimentado pela medicina na segunda metade do século XX, a qual já elaborara a teoria da transição epidemiológica que, como vimos, significa a substituição das doenças infecciosas pelas crônico-degenerativas nos padrões de adoecimento e morte das populações.

Com uma velocidade nunca vista antes e com recursos vultosos advindos de financiamentos de toda sorte, as pesquisas científicas muito rapidamente deram respostas para a identificação dos mecanismos da doença.

O HIV é um retrovírus, cujo período de incubação é prolongado, infecta as células do sangue e do sistema nervoso e provoca uma supressão do sistema imunológico. É o sistema imunológico que defende os indivíduos de ataques de microorganismos, isto é, das infecções.

---

8. Declaração do "General Surgeon", H W Steart, diante do Congresso norteamericano. GARRETT, Laurie. The next epidemic. *In*: MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. *AIDS in the World*: A Global Report. Cambridge: Harvard University. Press, 1993, p.825.

O sistema imunológico é composto por milhões de variadas células com variadas funções; dentre elas, os linfócitos T CD4+ são as células mais atingidas pelo HIV. O HIV penetra na célula, ligando-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4, e utiliza-se do DNA da célula para se multiplicar. Ao se multiplicarem, rompem o linfócito e destroem-no. Mas o vírus, como diz Dráuzio Varela, "comete tantos erros nessa passagem, que a maioria de suas cópias é inútil, não serve para nada. Mas algumas servem e as que servem não são iguaizinhas às que lhes deu origem" (Varela *apud* Nascimento, 2005: p.119).

Com a frequência dos ataques aos linfócitos T CD4+, o sistema imunológico vai perdendo a capacidade de defender o organismo, pois a redução dos linfócitos chega a menos de 200 unidades por mm^3 de sangue (o adulto saudável possui de 800 a 1200 unidades), tornando-o mais fraco e vulnerável e o indivíduo apresenta como sintomas mais comuns: febre, diarreia intensa, suores noturnos e emagrecimento acentuado. Além disso, é acometido por outras doenças, especialmente as doenças oportunistas —assim chamadas por se aproveitarem da fraqueza do organismo —, como pneumonia, candidíase, tuberculose, citomegalovírus, hepatites virais, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, dentre outras, que podem evoluir de forma muito grave.

Como dissemos anteriormente, a AIDS não ficou circunscrita aos EUA. Atravessou várias fronteiras e, logo, chegou ao Brasil.

A AIDS chega ao Brasil

As primeiras notícias sobre a AIDS chegaram ao Brasil antes mesmo da doença. Em geral, eram matérias que tinham como fontes de informação as agências norte-americanas de notícias,[9] onde era explicitada a vinculação da doença com os homossexuais. Assim fica fácil de entender porque, ao chegar ao Brasil, já estava estabelecida a vinculação da Aids com os homossexuais masculinos.

9. O *Jornal do Brasil*, em setembro de 1981, noticiava os casos de pneumonia e Sarcoma de Kaposi, que atingiam principalmente homossexuais masculinos, investigados pelo CDC.

Nascimento (2005: p.86) lembra a matéria de capa da revista *Isto É* de 6 de abril de 1983: "Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos", que indica uma vinculação da doença não só com homossexuais como também com estrangeiros. Essa mesma reportagem traz um depoimento de João Silvério Trevisan —escritor e liderança na militância homossexual brasileira à época —, onde declara não conhecer vítima alguma da doença no Brasil.

O fato de os jornais e revistas brasileiras veicularem matérias sobre a AIDS antes mesmo de se identificar oficialmente algum caso da doença, sem que houvesse serviço de saúde voltado para a doença ou mesmo literatura médica disponível, levou Carrara e Moraes (1985) a considerarem a situação como um "mal de folhetim".

Contudo, sem muita demora, em 8 de junho de 1983, o periódico paulista *Folha de São Paulo* noticiava a existência de dois casos de AIDS no país, mais exatamente em São Paulo, cuja matéria estampava o seguinte título: "Doença dos homossexuais atinge o país". Fica patente que a vinculação AIDS-homossexuais foi assumida pela mídia brasileira. Logo, em 12 de junho de 1983, o mesmo periódico anunciava sete casos da doença em São Paulo. Sucessivamente, a grande imprensa noticiava novos casos no país, não só em São Paulo, mas também um número crescente no Rio de Janeiro e demais capitais. Sempre vinculando a ocorrência da doença aos homossexuais masculinos.

Considerá-los como grupo de risco não foi uma invenção da imprensa e, sim, da área médica. Esse conceito, originado na epidemiologia, cria a noção de que nem todos os indivíduos são iguais perante a doença. Mas os médicos não eram unânimes nessa concepção. No Brasil, vários pronunciamentos contra e a favor dessa posição eram publicados nos jornais.

Por exemplo, Dráuzio Varela, imunologista e, à época, chefe do Serviço de Imunologia do Hospital do Câncer, de São Paulo, defendia que os homossexuais não eram os causadores da doença e que "a obrigação da ciência é oferecer a eles meios para a prevenção, sem questionar suas preferências sexuais".[1] Valéria Petri, dermatologista e professora da Escola Paulista de

1. *Isto É*, 13 jul. 1983, Seção Ciência e Saúde, p.37-39.

Medicina, defendia que a AIDS não era exclusiva desse grupo e que eles não deveriam ser submetidos a "vexames ou discriminações condenáveis".[2]

Por outro lado, também imunologistas e infectologistas, como João Lélio de Mattos Filho, da Escola Paulista de Medicina, Fernando Sion e Carlos Alberto Moraes e Sá, ambos do Hospital Gafrée Guinle, enunciavam argumentos técnicos para defender que a maneira como os homossexuais relacionam-se sexualmente é causadora de imunossupressão. Até mesmo o diretor do Departamento Geral de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Dr. Cláudio Amaral, afirmava que o aumento do número de casos da doença limitava-se aos grupos de risco, isto é, homossexuais masculinos, hemofílicos e usuário de drogas injetáveis (Nascimento, 2005).

Essas posições em relação à AIDS foram reforçadas pelo ministro da saúde, à época, quando declarou em entrevista coletiva, em agosto de 1985:

> A Aids é preocupante, mas não prioritária para o País. Somos 130 milhões de brasileiros e temos cinco milhões com doença de Chagas, cerca de oito milhões com esquistossomose, mais de quatrocentos mil com malária, 250 mil com tuberculose e trezentos mil com lepra. Com Aids, só temos confirmados quatrocentos casos." (*apud* Nascimento, 2005: p. 99)

Esse debate resultou em forte discriminação aos indivíduos enquadrados nos grupos de risco, por serem considerados responsáveis pela doença (exceção feita aos hemofílicos que eram vistos como vítimas) e facilitou a negação da existência da doença como um grave problema de saúde pública e consequente omissão por parte das autoridades governamentais.

2. *Jornal da Tarde*, 24 ago. 1983, p.16.

As respostas sociais, políticas e institucionais à AIDS no Brasil

Ao concordar com Galvão (2000: p. 51), podemos dizer que as primeiras respostas à existência da AIDS no Brasil foram dadas pelos jornais e revistas, informando a sociedade sobre a epidemia, que posteriormente iria surgir. Foi assim que os primeiros gays tomaram conhecimento sobre a doença no Brasil e no mundo. Bessa sinaliza que:

> [...] ao mesmo tempo em que a imprensa carregou nas tintas nos conceitos e nos preconceitos, ela também teve um caráter, digamos, visionário, pois conseguiu apontar para o problema social e de saúde pública que a AIDS representava, bem antes que programas anti-AIDS fossem criados e que autoridades de saúde reconhecessem o perigo iminente de uma epidemia (Bessa, 2002: p. 33).

A seguir, foram as pessoas vivendo com HIV/AIDS ou sob ameaça de contrair o vírus, a partir do pensamento vigente, em resposta ao medo e a atitudes preconceituosas e estigmatizantes em relação a elas, que tomaram a iniciativa de lutar por seus direitos a informações sobre a doença, problematizando a AIDS como uma questão não só da saúde, mas como uma questão política de toda a sociedade brasileira.

Organizaram-se grupos sociais comprometidos com o combate a essa doença e às respectivas formas de sua percepção. Em quase todos os países do mundo criaram-se organizações não governamentais (ONGs) para lidar com a epidemia. As primeiras a serem criadas respondiam às necessidades de informação sobre a doença e logo originaram um movimento mundial que buscou desestigmatizar aqueles afetados pela doença, desconstruindo a identificação do doente com o fenômeno patológico.

As ONGs/AIDS reivindicaram o direito à saúde, que implica informação sobre a doença, educação para a prevenção do HIV/AIDS, acesso aos serviços de saúde e assistência médico-hospitalar — tudo isso como expressão do exercício pleno da cidadania.

Em 1985, criou-se a primeira ONG/AIDS no Brasil e, não por acaso, foi na cidade de São Paulo, onde foram notificados os primeiros casos da doença (Galvão, 2000). Trata-se do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), que logo foi criado em outros estados brasileiros (Galvão, 2000). A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Grupo pela Vidda são dois grandes exemplos de grupos comprometidos com a discussão da AIDS. ONGs constituídas por segmentos da sociedade civil, distintas nas suas linhas de atuação, não foram as primeiras a serem criadas no Brasil, mas, no Rio de Janeiro, foram as de maior visibilidade pública desde sua fundação.

O papel das ONGs/AIDS foi importante para a desconstrução de estigmas e atitudes preconceituosas em relação aos soropositivos e a construção da solidariedade para com os mesmos. Outra linha de atuação das ONGs configurou-se como um forte ativismo de oposição ao Estado, reivindicando que o governo assumisse a responsabilidade de estabelecer uma política pública de controle da doença e de assistência aos doentes.

Com o aumento do número de casos de AIDS e sua disseminação por várias cidades brasileiras, o governo federal não pode mais negar a gravidade do problema. Além da pressão dos grupos organizados no Brasil, havia uma pressão internacional para que os países interviessem na epidemia. Isso fez com que o Estado brasileiro, finalmente, desse respostas às questões postas pela doença e formulasse políticas cada vez mais comprometidas com a luta contra a mesma, a partir de 1987, quando o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (PNDST/AIDS) foi criado, subordinado à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, com os objetivos de reduzir a morbimortalidade pelas doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV. Anteriormente, o governo federal já havia tomado uma medida no sentido de acompanhar sua ocorrência no Brasil: incluiu-a no sistema de notificação compulsória, em 1986.

Ressalve-se que o primeiro programa de AIDS no Brasil foi estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1983, em função de demanda de um grupo de militantes homossexuais (Teixeira, 1997). A AIDS forçou as autoridades de saúde a estabelecer um diálogo com a sociedade,

especialmente com os grupos mais afetados pela doença (Chequer, 2006; Bastos, 2006; França, 2008; Grangeiro, Teixeira, 2009). Até 1985, outros dez estados organizaram seus programas de Aids: Alagoas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (Teixeira, 1997: p.52).

O PNDST/AIDS foi inicialmente dirigido por Lair Guerra de Macedo Rodrigues, que conseguiu transformá-lo num dos maiores e mais controvertidos programas do Ministério da Saúde. Conseguiu um recurso de 30 milhões de dólares e três dezenas de funcionários para o programa, mas era duramente criticada por suas decisões verticais, "que não levavam em conta a experiência e as demandas de parcelas da sociedade civil diretamente envolvidas com a questão da AIDS" (Nascimento, 2005: p.100).

Pela Portaria Ministerial 101, de 10/3/87, Lair Guerra criou a Comissão Nacional de AIDS, da qual participavam diversos setores da sociedade civil para discutir as políticas de combate à epidemia. Como ressalta Nascimento (2005: p.101),

> em que pesem as decisões por vezes verticais e as informações contraditórias sobre a doença contidas nas campanhas de prevenção, foi nessa gestão que se estabeleceu um canal de comunicação entre a sociedade civil, especialmente as ONGs, e o governo federal, para se tratar dos temas relativos à Aids (Nascimento, 2005: p.101).

O Governo Collor (1990-1992) foi desastroso para o PNDST/AIDS, bem como para a área de saúde como um todo. Com as mudanças no Ministério da Saúde, inclusive a saída de Lair Guerra, Teixeira (1997: p. 63) aponta que "a Coordenação do Programa Nacional se desestruturou quase completamente, comprometendo, entre outras coisas, a própria vigilância epidemiológica". Contraditoriamente, medicamentos começaram a ser distribuídos gratuitamente na rede pública de saúde. Escândalos de corrupção envolveu o Governo Collor que acabou recebendo *impeachment* em dezembro de 1992. Seu ministro da saúde, Alceni Guerra, acusado de corrupção, foi afastado no início desse ano, assim como seus colaboradores.

Dessa forma, Lair Guerra reassumiu a coordenação do PNDST/AIDS e, assim, conseguiu negociar com muita rapidez um vultoso empréstimo do Banco Mundial para o programa. Com a perspectiva desse recurso, a parceria governo federal e ONGs se desenvolveu e tornou-se efetiva, e eles investiram nos trabalhos de prevenção da doença.

A epidemia de AIDS ainda não acabou. Segundo o Ministério da Saúde, existem hoje em torno de 600 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil.

Bibliografia:

ALTMAN, D. *Poder e comunidade:* respostas organizacionais e culturais à Aids. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume Dumará, 1995.

BARATA, Germana. O Fantástico apresenta a Aids ao público (1983-1992). *In*: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M.; Marques, R. C. (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. vol. 2. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006, p.116-146.

BARRADAS, Rita Barata. O desfio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, nº 5, out. 1997, p. 531-7.

BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Mudança nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *In*: *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. vol. 12, nº 2, abr/jun de 2003, p. 63-75.

BASTOS, Francisco Inácio. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BESSA, Marcelo Secron. *Os perigosos:* autobiografias & AIDS. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth R. *As ciências da Aids e a Aids das ciências:* o discurso médico e a construção da Aids. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

CARRARA, Sergio; MORAES, Cláudia. Um mal de folhetim. *Comunicações do ISER*. Rio de Janeiro, vol. 4, nº 17, dez, 1985, p.20-26.

CHEQUER, Pedro. Aids vinte anos: esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Trabalho apresentado no 6º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, 2006. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/ congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm>. Acesso em: 2 abr. 2012.

DUBOS, René. *Mirage of health:* utopias, progress, and biological change. London: George Allen & Unwin LTD, 1960.

FEE, Elizabeth; FOX, Daniel M. The contemporary historiography of Aids. *Journal of Social History*. vol. 23, nº 2, 1989, p.303-14.

FRANÇA, Martha San Juan. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. *Interface*, v.12, nº 27, 2008, p.919-926.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil:* a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 2000.

GEANTOMASSE, Fausto Martins; BERVIQUE, Janete de Aguirre. Homoafetivos versus homofóbicos: e a guerra continua. *Revista Científica de Psicologia*. Ano VIII, nº 14, maio de 2010.

GRANGEIRO, Alexandre; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Publica*. vol. 6, nº1, 2009, p. 87-94.

GRMEK, Mirko. Déclin et émergence des maladies. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. vol.2, nº 2, , jul.-out., 1995, p. 9-32.

GRMEK, Mirko. *Histoire du Sida:* début et origine d'une pandémie actuelle. Paris: Payot, 1989.

LUNA, Expedito J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol. 5, nº 3, , 2002, p. 229-243.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. vol. 9, supl.,. 2002, p.41-65.

NASCIMENTO, Dilene R. *As pestes do século XX*: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

POLLAK, Michel. *Os homossexuais e a Aids: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

ROSENBERG, C. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: University Press, 1992.

ROSENBERG, Charles E. What is an epidemic? Aids in historical perspective. *Daedalus*. vol. 118, nº 2, 1989, p.1-17.

SONTAG, Susan. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, Richard. *Políticas, instituições e Aids:* enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; ABIA, 1997.

TRONCA, Italo. *As máscaras do medo:* lepra e Aids. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

9

Doenças negligenciadas: ancilostomíase em cem anos de história no Brasil

Anny Jackeline Torres Silveira

Esse texto pretende contrastar dois momentos distintos que integram a narrativa sobre a ancilostomíase no Brasil, apontando algumas proximidades e distinções que caracterizam a experiência de combate e controle da doença nesses dois contextos específicos. O primeiro deles, inscrito nas décadas iniciais do século XX, foi marcado pela crença na eficiência e resolutibilidade oferecidas pela biomedicina, que propunha a erradicação da ancilostomíase do território brasileiro – e das Américas em uma perspectiva mais ampliada – em ações coordenadas e apoiadas pela atuação da Fundação Rockefeller. Abordamos aqui a primeira incursão da Fundação em território mineiro e cujo centenário comemorou-se no ano de 2016, e a proposta de agir sobre a ancilostomíase buscando replicar o modelo de controle da doença posto em prática no território estadunidense na primeira década do século. Mas, apesar das ações implementadas pela Fundação Rockefeller no âmbito continental para o combate à doença, a ancilostomíase continua como uma enfermidade persistente em várias regiões pobres do Brasil e do mundo. A nova agenda para a erradicação da doença – ancorada na produção de uma vacina – continua mobilizando forte investimento de agências e instituições

internacionais. A retomada da ancilostomíase como objeto de mobilização de instituições internacionais se faz no contexto de um novo paradigma na abordagem das doenças parasitárias – definido a partir do movimento em torno das chamadas "doenças negligenciadas", de uma ação em rede, e do discurso de disposição de enfrentamento dos desafios sociais pelas grandes nações e o grande capital na passagem para o novo milênio (século XXI).

A luta pela erradicação da ancilostomíase no alvorecer do século XX

O ano de 2016 marca o centenário da presença da Fundação Rockefeller em Minas Gerais, que se tornou reconhecida internacionalmente como uma instituição filantrópica de cunho científico, atuando prioritariamente nas áreas de educação, medicina e sanitarismo. Criada nos Estados Unidos em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais que tiveram lugar no início do século XX, é apresentada por alguns pesquisadores como uma derivação da Rockefeller Sanitary Commission, instituída em 1909, cujo propósito era a "erradicação" da ancilostomíase no sul dos Estados Unidos. Sua atuação resultou no tratamento de mais de meio milhão de pessoas, através de medidas de higiene pública informadas pela medicina científica, envolvendo médicos, pesquisadores, administradores públicos e a população local (Palmer, 2010; Farley, 2004).

O modelo de enfrentamento da doença instituído pela Comissão Sanitária no território americano seria adiante ampliado para outros países através da criação da International Health Comission (1913).[1] Vale dizer, como tem sido enfatizado pelos novos estudos sobre a história da Fundação Rockefeller, que essa atuação para além das fronteiras norte-americanas não se fez como simples exportação de um modelo de ação, uma vez que esse modelo/métodos teve que se adaptar a diferentes circunstâncias locais (políticas, econômicas e culturais). Sua forma de atuação e a internacionalização de suas ações também projetam a Fundação Rockefeller como

1. Transformada em International Health Board em 1916 e International Health Division em 1927. (Farley, 2004: p. 2).

um marco na "transição da caridade paroquial para a filantropia em larga escala" (Marinho, 1993: p.24).

Objeto de investigações e controvérsias desde o século XIX, a ancilostomíase foi alçada ao posto de "grave problema de saúde" nos primeiros anos do século XX. Essa primazia alcançada pela doença foi em parte influenciada pela atuação da Comissão Sanitária de 1909, que contribuiu para evidenciar as implicações causadas pelo mal, como também implementar os "primeiros planos sistemáticos de controle de uma endemia em larga escala" (Rey, 2001: p.61; Farley, 2004: p.3). O surgimento de drogas novas e mais eficazes – os anti-helmínticos – assim como a melhoria nas condições de sobrevivência das camadas populares – entre elas melhorias na nutrição, habitação e saneamento urbano – transformaram a ancilostomíase em um problema secundário nos países então chamados desenvolvidos. Porém, a doença continuaria existindo como problema crônico nas nações em desenvolvimento.

A ancilostomíase foi associada a diversas notificações de perturbações intestinais, acompanhadas por fraqueza e anemia, feitas por médicos desde a época moderna. Entre as diversas denominações a ela associadas destacam-se: clorose, anemia dos mineiros, caquexia africana, anemia intertropical, amarelão e opilação. O refinamento conceitual da doença viria no bojo do desenvolvimento da biomedicina, especialmente da parasitologia, no decorrer do século XIX. A primeira descrição do parasita foi feita na Itália, em 1838, por Dubini, que o batizou *Ancylostomaduodenale*. Em meados do século, Griessinger (1851) e Bilharz (1853) estabeleceriam a associação entre o parasita e a doença. Nas décadas seguintes, investigações levadas adiante por outros pesquisadores reafirmariam a associação entre o verme e a doença, como Otto Wucherer em 1886 no Brasil (Rey, 2001: p.62).

Epidemias reportadas no século XIX favoreceram a associação da doença com atividades laborais envolvendo o trabalho com a terra, como aquele feito em minas e túneis e as atividades agrícolas (Marques, 2004: p.178). Inquéritos realizados no sul dos EUA no início do século XX apontavam a disseminação e os impactos econômicos da doença entre a população rural branca pobre, impulsionando a organização da Comissão Sanitária da

Fundação Rockefeller e início da campanha de erradicação da ancilostomíase. O programa elaborado pela agência congregava personagens com percepções e metas diferentes. Nem todos defendiam a erradicação da moléstia como missão, como, por exemplo, Wickliffe Rose, professor e secretário executivo da comissão, que defendia como propósitos daquele projeto conscientizar e pactuar autoridades e população em torno da higiene e do saneamento. Ao final, a campanha levada a cabo em solo americano não erradicou a doença do país, como ficou revelado em inquérito realizado em oito estados do sul na década de 1940. Os dados então levantados apontavam para uma redução de 37 para 11 por cento de casos positivos (Rey, 2001: p.63).

A internacionalização da campanha da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase teve início no ano de 1914, com ações na América Central e Caribe. A primeira incursão em terras brasileiras ocorreu em 1915, em visita de prospecção realizada pelo bacteriologista William Henry Welch e o então diretor da Comissão Internacional de Saúde da Rockefeller, Wickliffe Rose. Em contato com as autoridades paulistas, os americanos buscavam informações sobre o combate dado a doenças como malária, febre amarela e ancilostomíase, além do estabelecimento de possíveis parcerias (Faria, 1995: p.109).[2] Em janeiro de 1916 uma nova comissão viajou ao Brasil, composta pelos médicos Richard M. Pearce (diretor da Divisão de Educação Médica da F. R.), o Major Bailey k. Ashford (da Comissão de Saúde do Exército dos Estados Unidos, defensor da substituição da ancilostomíase pela febre amarela como carro-chefe das ações da F.R.) e John A. Ferrel (Assistente de Diretoria da Comissão Sanitária Internacional). Em março daquele ano iniciaram-se os contatos entre a agência americana e o governo mineiro, através do seu Diretor de Higiene Pública, Zoroastro R. Alvarenga, visando o estabelecimento de um acordo de cooperação nos moldes do que havia sido celebrado com o governo carioca.

2. Informações sobre as primeiras ações da Fundação Rockefeller no país podem ser consultados através de um resumo de parte da documentação depositada nos arquivos da instituição nos Estados Unidos, elaborado por Luiz Castro Santos e Lina Rodrigues de Faria, na Série Estudos em Saúde Coletiva - Arquivo Rockefeller - Banco de Dados, n. 114. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1995.

Segundo Rita Marques (2004), a proposta apresentada pela Fundação Rockefeller às autoridades mineiras baseava-se no uso de um ambulatório volante equipado com os materiais necessários para a realização da diagnose, tratamento e estudo em laboratório de todas as condições médicas e cirúrgicas que pudessem se apresentar, além de algumas drogas e material para o tratamento da ancilostomíase. A escolha da localidade para essa primeira experiência – feita com a colaboração de integrantes do Instituto de Manguinhos, criado por Oswaldo Cruz – recaiu sobre a localidade de Capela Nova de Betim, região próxima a Lassance, onde Carlos Chagas havia realizado estudos sobre o *Trypanosoma cruzi*. A missão contou com participação de cientistas brasileiros - Adolfo Lutz, Carlos Chagas e Eurico Vilela - realizando pesquisas entre março e abril de 1916.

Durante esse período foram realizadas mais de 3.000 consultas, variando em cerca de 75 a 100 pacientes por dia. Em um contexto de ausência de um serviço regular de médicos e de um processo de expansão da competência da medicina, a comissão sanitária acabou se ocupando de ocorrências médicas variadas e não só com o combate ao amarelão, atraindo uma população estabelecida em até cerca 40 km de distância (Marques, 2004: p.181-182). Ao fim desse período, a Fundação Rockefeller entregou o ambulatório portátil e um estoque de medicamentos ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC) para que pudessem ser utilizados por Carlos Chagas no estudo da Leishmaniose na região de Capela Nova (Fonseca, 1975: p. 344; Marques, 2004: p.182).

A parceria entre a Fundação Rockfeller e as autoridades brasileiras se desdobraria mais adiante na organização de um serviço de saneamento rural – em Minas Gerais, Serviço de Profilaxia Rural, contratado com o governo estadual em 1918. Os acordos de cooperação associavam os protocolos e financiamento suportados pela Fundação Rockefeller e o compromisso dos governos locais garantindo recursos com gastos de pessoal e administrativos. Em Minas Gerais, as negociações começam em 1917, quando o governo do estado propôs que a Fundação Rockefeller prestasse auxílio na organização de uma agenda de combate às verminoses tendo como contrapartida à promessa do estabelecimento de uma legislação sanitária que contemplasse a implantação de medidas profiláticas contra a ancilostomíase.

A cooperação, firmada em maio de 1918, visava determinar "a extensão e a intensidade da doença e seus efeitos sobre a saúde da população" (Minas Gerais, 1919: p.3). A Diretoria de Higiene, na pessoa de seu diretor, dr. Samuel Libânio, comprometia-se a instituir uma comissão científica a fim de complementar os estudos iniciados em 1916 e orientar os trabalhos de saneamento rural. Os trabalhos da comissão sinalizaram uma projeção de infecção de cerca de 70% da população rural do estado (Marques, 2004: p.183). Essa cooperação levou à instalação de diversos postos de profilaxia rural, responsáveis pela inspeção sanitária, realizando exames laboratoriais, diagnóstico da expedição de receitas e medicamentos para os infectados.[3]

Ainda em 1918, o governo federal tomava a si a maior parte dos investimentos complementares necessários para a implantação de serviço semelhante na região nordeste do país. Em 1920, o novo Código Sanitário – elaborado por Carlos Chagas – estabelecia as regras para que o recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública pudesse intervir nas campanhas estaduais contra a ancilostomíase e também a febre amarela e a malária (Castro Santos, 1999: p.106). Como apontam Luiz A. de Castro Santos e Lina Rodrigues de Faria – a chegada da FR ao país coincide com o momento em que o movimento brasileiro pela reforma sanitária deslocava suas ações do espaço urbano em direção aos sertões, alçados então ao posto de espaço

3. "Os guardas visitavam as casas, deixavam as latinhas, e no dia seguinte recolhiam-nas com as fezes de cada morador. Após a realização do exame microscópico, os portadores de verminoses eram notificados e as receitas enviadas para os reconhecidamente pobres, sendo os remédios distribuídos gratuitamente. No posto, situado na Praça da Liberdade, entre as 11 e as 15 horas havia um médico de plantão, atendendo os interessados e distribuindo latinhas para exames. O dr. Melo Teixeira, chefe do posto de profilaxia, no mês de setembro de 1918, registrou o seguinte movimento: latinhas distribuídas, 435; latinhas devolvidas por falta de endereço, 31; latinhas devolvidas por recusa de exame, 9; latinhas examinadas, 395. Resultados: Positivos, 211; Negativos 184. Porcentagem total, 53,417%. Dos positivos apresentaram: ancilóstomos, 45 ou 11,392%; Ascaris, 105 ou 26,582%; Tricocephalos, 123 ou 31,136%; Tenias, 5 ou 1,265%; Anguilulas, 14 ou 3,544%; Oxymos, 1 ou 0,253%". (Marques, 2004: p.184). Em 1919, com a retomada dos trabalhos, 8.499 pessoas foram examinadas, e em vinte comunidades, incluindo Belo Horizonte, 72,3% estavam contaminadas. Uma das causas desse índice elevado era a deficiente difusão do uso de latrinas. Dentre os pesquisados, apenas 637 faziam uso de latrinas, a maioria deles vivendo na periferia da cidade e contando com deficiente canalização de esgotos. Ou seja, antes de tudo, para combater a doença era necessária uma campanha educacional sistemática com relação à melhoria das condições e práticas sanitárias (Marques, 2004: p.185).

da doença e do atraso, momento em que a questão nacional e a ideia de saneamento dos sertões nunca estiveram tão juntas.

No Brasil, a atuação da FR ganharia visibilidade através de ações voltadas à promoção e à divulgação de práticas de controle de endemias, com especial ênfase àquelas associadas ao combate da febre amarela e da malária. Essa cooperação, porém, estendeu-se ainda à formação profissional através do apoio oferecido a professores e estudantes na realização de cursos de formação complementar em instituições norteamericanas, como também no financiamento de laboratórios e pesquisas em instituições brasileiras – ações que impactaram significativamente na organização de alguns cursos médicos como também no direcionamento das atividades de ensino e pesquisa.[4] A atuação da Fundação Rockefeller no Brasil se estendeu até o ano de 1942, quando os serviços criados foram absorvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Os resultados da campanha capitaneada pela Fundação Rockefeller nos Estados Unidos revelavam a diminuição considerável da doença na primeira metade do século XX. Inquéritos realizados na região sul do país na década de 1940 apontavam uma redução de 37% para 11% na positividade dos exames realizados. Mas se a gravidade dos casos clínicos e as manifestações patológicas da doença diminuíam, a infecção pelo parasita ainda permanecia ativa (Rey, 2001: p.63). Para além dos métodos campanhistas voltados para a erradicação do parasita, o recuo da doença foi explicado por uma conjugação de fatores associados ao desenvolvimento econômico e à alteração do quadro ecológico da região: urbanização, melhorias no nível de vida – higiene, nutrição (Rey, 2001: p.63-64).

Assim como seria observado em outras regiões, a ancilostomíase no Brasil acabou sobrevivendo à tentativa de erradicação capitaneada pela Fundação Rockefeller, para o que contribuíram diferentes variáveis, entre elas a ineficiência de alguns modelos de ação, o compromisso e percepção dos parceiros em relação aos acordos estabelecidos, o interesse despertado por outras moléstias. Fazendo um balanço sobre os 100 anos de controle

4. Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Instituto de Higiene (Fac. Saúde Pública) em São Paulo; Escola de Enfermagem Anna Nery (RJ); Curso de Higiene e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina de Belo Horizonte.

da doença no Brasil, Luis Rey apresenta os seguintes dados, levantados em inquéritos realizados sobre a doença em diferentes períodos (Tabela 1).

Tabela 1: Inquéritos sobre ancilostomíase no Brasil.

Ano	Inquérito/ autoria	Exames positivos (%)	Número total da amostra	Estimativa total de casos
1920	Hackett	77,4	77.346	23.500.000
1950	Pellon& Teixeira	42,5	400.000	22.300.000
1968	Vinha	28,8	2.500.000	24.000.000

Fonte: Adaptado de REY, *Um século de experiência no controle da ancilostomíase*, 2001: p.64.

Como afirma Luis Rey, a primeira vista a análise sugere uma "evolução favorável", com uma diminuição percentual de casos positivos verificados no país. Um exame mais detido, porém, revela que a caracterização social da doença – sua incidência entre certos extratos da população e os impactos dela decorrentes – foram pouco alterados: "a população parasitada permaneceu praticamente constante, porque o número de pessoas expostas ao risco de infecção, isto é, a população rural, pouco aumentou nos últimos oitenta anos, enquanto que as condições ecológicas permaneceram quase sempre as mesmas" (Rey, 2001: p.64). Em um cenário mais ampliado, os dados de meados do século XX apontavam para uma concentração de casos nas regiões tropicais menos desenvolvidas. Estudo realizado pela Divisão de Ciências Médicas da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos apontava que cerca de 2/3 dos diagnósticos realizados nas regiões tropicais durante o ano de 1957 encontravam-se em países do continente africano. Comparada a outras doenças de caráter parasitário a ancilostomíase "apresentava-se [...] como a segunda causa de morbidade, depois da malária, e como a terceira causa de mortalidade, depois da malária e da amebíase" (Rey, 2001: p.64).

Doenças negligenciadas: a ancilostomíase na virada do século XIX

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define as doenças negligenciadas (DTNs/NTDs) como "um grupo diverso de doenças transmissíveis que prevalecem em condições tropicais e subtropicais em cerca de 149 países e afetam mais de um bilhão de pessoas, custando às economias em desenvolvimento bilhões de dólares a cada ano".[5] Muitas possuem uma longa história, integrando a experiência humana por vários séculos (há referências a algumas delas desde o antigo Egito, assim como estudos de paleográficos também apontam a sua presença em sociedades mais antigas). Algumas delas estiveram presentes em amplas regiões do globo, tendo sido gradualmente controladas através de melhoria nas condições de higiene e de sobrevivência em diversas regiões.

As enfermidades assim nomeadas apresentam diferentes vetores, entre bactérias, parasitas, vírus e fungos. A Organização Mundial de Saúde lista em seu sítio cerca de 18 doenças negligenciadas,[6] entre as quais insere-se a ancilostomíase. Essa lista sofre algumas variações, conforme o país/região, como se observa em relatório produzido no âmbito da Academia Brasileira de Ciências e publicado em 2010, e que traz no seu índice um capítulo dedicado à apresentação das doenças negligenciadas clássicas mais relevantes para a sociedade brasileira. Além de algumas de enfermidades destacadas acima, como a dengue, raiva, ancilostomíase, outras ameaças também ganham destaque: tuberculose, gastroenterites virais (rotavírus, norovírus, saporovírus, astrovírus humanos), clamidioses e riquitioses; malária, febre amarela e outras arboviroses; hantavírus e toxinas (animais peçonhentos).

As doenças negligenciadas apresentam comumente um caráter crônico e debilitante, com alto potencial epidêmico além de consideráveis taxas de

---

5. OMS, 2010. Disponível em:<http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/>. Acesso em: 08 set. 2016.
6. Úlcera de Buruli, Doença de Chagas, Dengue/Chikungunya, Dracunculose, Equinococose Trematodíases (de origem alimentar), Doença do Sono (Tripanossomíase Humana Africana), Leishmaniose, Lepra, Filariose linfática, Oncocercose, Raiva, Esquistossomose, Helmintiases (ente elas a acilostomíase), Tracoma, Bouba (trepanematose), Teníase/cisticercose, Mycetoma (inserida pela resolução de maio de 2016 da 29ª Assembleia Mundial de Saúde). Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/>. Acesso em 08 set. 2016.

morbidade e mortalidade. Porém são também ocorrências curáveis de fácil tratamento, sendo comuns nas sociedades subdesenvolvidas. Os métodos de tratamento e diagnóstico são antigos e inadequados, demandando investimentos em pesquisa e desenvolvimento que os tornem mais simples e efetivos.[7] Proliferam-se de forma ordinária em ambientes pobres e estigmatizados – onde imperam a ausência de saneamento, má-nutrição, privação de atenção médico-farmacêutica – comumente identificados na literatura médica como comunidades nas quais as pessoas vivem com recursos inferiores a 2 U$ por dia.[8] Isso faz com que tais enfermidades sejam conhecidas como "companheiras da miséria" (OMS, 2010).

A frequente associação entre pobreza, ausência de recursos e de políticas públicas sérias a países localizados em regiões tropicais faz com que tais enfermidades sejam também chamadas Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs ou NTDs). Consideradas frutos da pobreza, as doenças negligenciadas são por outro lado identificadas como fatores influentes para a persistência da desigualdade social (e regional), visto que suas consequências clínicas impactam não apenas na disposição e capacidade de trabalho dos indivíduos, interferindo ainda na habilidade e capacidade cognitiva. Tais consequências geram reflexos negativos para a superação de uma situação de atraso, apresentado, portanto, custos bastante altos para as sociedades pobres ou em desenvolvimento.

A associação dessas enfermidades a contextos de pobreza também ajuda a explicar alguns outros fatores que contribuem para a sua caracterização como "negligenciadas": 1- O fato de serem consideradas doenças ocultas – porque atingem populações excluídas, vivendo em áreas rurais remotas ou em periferias urbanas pobres – e silenciosas – uma vez que a população afetada ou em risco possui pouca expressão política. 2- O fato de serem percebidas como representando baixo grau/ameaça de dispersão para outras regiões, afetando raramente viajantes durante surtos epidêmicos (como a

7. Disponível em: <http://www.msf.org.br/noticias/o-assunto-e-doencas-negligenciadas>. Acesso em: 08 set. 2016.

8. HOTZ, Peter J.; MOLYNEUX, David H.; FENWICK, Alan; KUMARESAN, Jacob; SACHS, Sonia Ehrlich; SACHS, Jeffrey D; SAVIOLI, Lorenzo. Control of Neglected Tropical Diseases. *England Jounal of Medicine*, v. 357, n.10, p. 1018-1027, 2007.

dengue). 3- O fato de ocuparem um lugar secundário na agenda pública nacional e internacional. 4- O fato de despertarem pouco interesse da indústria farmacêutica, desinteressada no investimento em pesquisa e produção de medicamentos para comunidades de baixos recursos econômicos.

O termo Doenças Tropicais Negligencias (DTNs) tornou-se corrente em fins da década de 1970 (em 1977) após o diretor de Ciências da Saúde da Fundação Rockefeller, Kenneth S. Warren apresentar à sua diretoria um programa de pesquisa chamado Grandes Doenças Negligenciadas da Humanidade. Médico norte-americano, Warren era um especialista em doenças tropicais, com inúmeras pesquisas sobre a esquistossomose. Em seu programa Warren argumentava que as grandes doenças negligenciadas "eram grandes em termos de prevalência e negligenciadas em termos do envolvimento dos principais cientistas internacionais e dos programas de financiamento" (Keating, 2014: p.25). Defendia que uma abordagem mais eficiente para tais doenças se faria a partir de uma rede colaborativa de pesquisa, envolvendo investigadores e instituições de ponta na pesquisa biomédica e pesquisadores e instituições de países em desenvolvimento (Great Neglected Diseases Network).

Como argumenta Conrad Keating, a proposta apresentada por Warren era ao mesmo tempo inovadora – como forma de recuperar o prestígio da parasitologia diante dos avanços de outras áreas (biologia celular e molecar, genética e imunologia) – e controversa – uma vez que também evidenciava problemas reconhecidos, mas pouco discutidos, como os temas de pesquisa em torno dos quais se concentrava a aplicação de recursos para pesquisa (Keating, 2014: p.25). Warren foi um crítico dos objetivos louváveis mas inatingíveis da Declaração de Alma-Ata (1978), que advogava cuidados de saúde primária para cada ser humano. Ao contrário, defendia que poucas doenças tinham um grande impacto na elevação das taxas de mortalidade dos países pobres e que, portanto, as ações em defesa da saúde mundial deviam ser seletivas e não abrangentes e pouco exequíveis.

As propostas que integravam o projeto de Warren têm sido positivamente avaliadas pela comunidade científica. Entre os aspectos salientados está o fato de o programa ter trazido novamente as doenças tropicais para o foco

de interesse da medicina norte-americana e contribuído para transformar a filosofia que embasava as políticas de saúde e a alocação de recursos, levando à imposição de uma percepção que transita da saúde internacional para a saúde global. É também enfatizada a abordagem interdisciplinar e a associação entre a moderna ciência biológica e molecular com o velho campo das doenças tropicais promovendo um gigantesco avanço na parasitologia e contribuindo para o melhor entendimento do mecanismo das doenças (sua patogênese). Outros pontos destacados são o uso da moderna tecnologia científica para a elucidação e controle das DTNs prevalentes nos países em desenvolvimento e o impacto dos modelos de ação propostos no cenário da produção científica, marcando a transição da prevalência do trabalho individual e solitário do cientista, para a nova realidade das redes colaborativas de pesquisa.

Há também considerações sobre efeito político e econômico produzido pelo conceito estabelecido por K. Warren. "Ele cunhou um termo que ganhou legitimidade: atualmente cientistas/autoridades competem por nomear suas doenças como negligenciadas, há certa 'guerra' na determinação de suas fronteiras: o que entra e o que não entra nessa definição", avalia Christofer Murray, pesquisador em saúde global e saúde pública da Universidade de Washington (Keating, 20014: p.25). Há muitos interesses envolvidos na inclusão ou não de determinadas enfermidades sob essa categoria, uma vez que esse pertencimento impacta na disputa por visibilidade, poder, recursos financeiros, perspectivas de desenvolvimento econômico e social.

Ainda que controverso, o termo cunhado por Warren foi incorporado e reafirmado por autoridades científicas e políticas e por entidades e agências públicas e civis envolvidas com o tema da saúde global. No ano de 2001 a organização não governamental (ONG) Médicos sem Fronteiras, propôs classificar as doenças em três categorias: 1- globais, 2- negligenciadas, e 3- mais negligenciadas (MSF, 2001: p.8). No mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde divulgava uma classificação equivalente, dividindo as doenças em: 1- Tipo I (globais), 2- Tipo II (negligenciadas), e 3- Tipo III (mais negligenciadas) (WHO, 2001). Dessa forma, a tipologia negligenciada consagrou-se como referência a um "conjunto de doenças causadas por

agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários que são endêmicas em populações de baixa renda vivendo sobretudo em países em desenvolvimento na África, Ásia e nas Américas" (Souza, 2010: p.1).

Tão logo iniciado o século XXI, a Organização Mundial de Saúde realizou um workshop em Berlin em 2003, com o objetivo de intensificar o controle das Doenças Tropicais Negligenciadas. A proposta retomava algumas das decisões acordadas durante a Cúpula do Milênio, evento organizado no ano de 2000 no âmbito das Nações Unidas, no qual líderes do mundo inteiro assinaram um compromisso em torno de 8 metas de desenvolvimento a serem alcançadas em 2015.[9] O evento ocorrido em Berlin foi avaliado como momento de inflexão na agenda adotada até então em relação a tais enfermidades, propondo ao mesmo tempo respostas coletivas e uma nova estrutura conceitual, substituindo uma abordagem centrada na doença por outra que considerasse os interesses e necessidades de saúde das populações envolvidas.[10] No ano de 2007, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (PAHO), a OMS estabelece o Plano Global de Combate às Doenças Tropicais Negligenciadas (2008/2015), objetivando "prevenir, controlar, eliminar ou erradicar" as DTN, tornando as novas ferramentas de abordagem e intervenção sobre as DTN acessíveis.[11]

Quase uma década depois, um grupo de parceiros internacionais – envolvendo as 13 maiores indústrias farmacêuticas (Pfizer, Merck, Johnson & Johnson, Sanofi, Glaxo Smith Kline e Novartis), mais agências e organi-

---

9. As oito propostas de desenvolvimento sugeridas pela Cúpula do Milênio para serem alcançadas em 2015 envolviam: 1- erradicar a extrema pobreza e a fome. 2- Alcançar a educação primária universal. 3- Promover a igualdade de gênero e o empoderamento feminino. 4-Reduzir a mortalidade infantil. 5-Melhorar a saúde maternal. 6-Combater a AIDS/HIV, malária e outras doenças. 7- Garantir a sustentabilidade ambiental. 8- Criar parcerias globais para o desenvolvimento. Cf.: United Nations Millennium Development Goals website. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/reports.shtml>. Acesso em 08 set. 2016.
10. OMS. Denis Daumerie and Mary K. Kindhauser. 2006. Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases A renewed effort to combat entrenched communicable diseases of the poor Report of an international workshop Berlin, 18–20 April 2005.
11. Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008–2015. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5704%3A2011-global-plan-combat-neglected-tropical-diseases-2008-2015&catid=3827%3Astrategic-plan-reports&ts&Itemid=40370&lang=en>. Acesso em: 08 set. 2016.

zações internacionais, governamentais e privadas (como o Banco Mundial e a Fundação Bill e Melinda Gates – uniram-se em um esforço coordenado visando apoiar o desenvolvimento de pesquisas e novas drogas e a melhoria no sistema de diagnóstico e distribuição de medicamentos associados a 10 doenças tropicais negligenciadas. Conhecido como "Drugs for Neglected Diseases Initiative" (DNDI), o grupo propunha como metas para o ano de 2020 a erradicação de velhas conhecidas enfermidades – como a dracunculose (Guinea-worm disease), além da filariose linfática, lepra, tracoma, doença do sono (tripanossomíase humana Africana) – e o controle de outras, como a esquistossomose, helmintíases transmitidas pelo solo (como a ancilostomíase), doença de Chagas, leishmaniose e oncocercose (ou cegueira dos rios). O anúncio ficou conhecido como "Declaração de Londres Sobre Doenças Tropicais Negligenciadas".[12] Nesse mesmo ano, um novo relatório foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentando o balanço dos avanços até então alcançados em relação às doenças tropicais negligenciadas, estendendo o prazo de realização das metas para o ano de 2020.

Entre os grupos envolvidos no projeto encontra-se o Instituto de Vacinas Sabin. Fundado em Washington em 1993, ano da morte de Alberto Sabin, é apresentado como instituição integrante da "vanguarda dos esforços para controlar, tratar e eliminar as doenças tropicais evitáveis pela vacinação e negligenciadas, através do desenvolvimento de novas vacinas, da defesa do uso de vacinas existentes e da promoção do aumento de tratamentos médicos acessíveis a vários países".[13] Os programas abrigados no Instituto abarcam o desenvolvimento de vacinas contra a Doença de Chagas, a SARS, a leishmaniose, a esquistossomose, a ancilostomíase, além de uma vacina chamada pan-helmíntica. Cada um deles envolve o patrocínio e a parceria com diferentes instituições de pesquisa.

Dentre esses programas o mais avançado é aquele dirigido à ancilostomíase, ou Human Hookworm Vaccine, estabelecido em 2000 com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates. São quatro (4) diferentes tipos de vacina em estudo, envolvendo pesquisa e desenvolvimento, testes clínicos e sua

12. Cf.: <http://www.dndial.org/pt/centro-de-documentacao/eventos/291-londonntdsevent.html> e <http://www.who.int/neglected_diseases/London_Declaration_NTDs.pdf>.
13. Cf: <http://www.sabin.org/content/about-us>.

produção comercial. A complexidade de uma iniciativa dessa natureza no contexto atual impôs a organização de diferentes consórcios, envolvendo instituições e países diversos. Em dezembro de 2004 a Fundação Oswaldo Cruz anunciava ter firmado convênio com a Universidade George Washington e o Instituto de Vacinas Sabin (EUA) para a produção de uma vacina contra a ancilostomose. A parceria envolvia ainda a London Schoolof Hygieneand Tropical Medicine (UK), o Queensland Institutof Medical Research (AU) e também pesquisadores da Fundação René Rachou (filial da Fiocruz em Minas Gerais) assim como a Universidade Federal de Minas Gerais. As ações foram divididas em três etapas: a primeira voltada para o desenvolvimento de vacina a partir de antígenos do verme; a segunda, na qual a vacina seria testada em voluntários humanos nos EUA e em uma região endêmica localizada ao norte de Minas Gerais, chamada Americaninhas – iniciada em 2012, a aplicação da vacina foi suspensa algum tempo depois; a terceira, quando então a tecnologia da vacina seria integralmente repassada à Fiocruz (Biomanguinhos) para sua produção em escala. Cientistas americanos coordenadores do projeto consideravam o Brasil lugar ideal para a segunda e terceira fases, pois era o único país do mundo que aliava altos números de infectados pela ancilostomíase e a capacidade produtiva instalada.[14]

A ancilostomíase e as doenças negligenciasdas no século XXI

As agendas propostas por agências e organismos atualmente envolvidos nos programas voltados para as doenças infectocontagiosas concordam que um roteiro que vise o controle e a eliminação dessas enfermidades só será alcançado através de um modelo de abordagem conjunta que estabeleça pontes entre atores diversos (ONGs, companhias farmacêuticas, filantropos, governos de países endêmicos) com abordagens diferenciadas (envolvendo saúde pública, serviços sociais, intervenções ambientais). A "Declaração de Londres" afirmava que

14. Disponível em: <http://www.sabin.org/programs/vaccine-development/human-hookworm-vaccine>.

> nenhuma empresa, organização ou governo pode fazer isso sozinho. Com o compromisso, coordenação e colaboração, os setores público e privado irão trabalhar em conjunto para permitir que os mais de um bilhão de pessoas que sofrem de DTNs possam levar vidas mais saudáveis e mais produtivas - ajudando as populações mais pobres a construir a auto-suficiência do mundo. (*The London Declaration*, 2012).

Na mesma ocasião o presidente da Microsoft, Bill Gates, sugeria que com as ações a serem implementadas pelo programa, o termo "negligenciadas" pudesse ser questionado no prazo de uma década.

O aparecimento das chamadas doenças emergentes, como a AIDS, a reemergência em novas condições de doenças antigas, como cólera ou dengue, e a persistência e recrudescimento de endemias como a tuberculose ou surtos inusitados, como a febre do Oeste do Nilo nos Estados Unidos, evidenciam que as doenças infecciosas ainda são uma ameaça a todos os países. Por exemplo, dados divulgados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (M. S.) brasileira apontam, nos últimos anos, para um declínio nas taxas de mortalidade relativas às doenças infecciosas. Entretanto, tal redução não é verificada quando se observam os dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS). As chamadas doenças infecto-parasitárias, (DIPs) [doenças infecto-parasitárias] tem impactado em aproximadamente 10% os valores totais de internação, apresentaram valores próximos a 10% do total de internações, com uma incidência maior nas regiões norte e nordeste do país. Em 2001 as doenças infecciosas intestinais corresponderam a 59,6% do total de internações no país, e 69,5% no Nordeste. (Ministério da Saúde, 2004: p.13). Dados sobre a morbidade no país no período compreendido entre 1980-2000, a existência de um quadro complexo, apontando três tendências: "1- doenças transmissíveis com tendência declinante; 2- doenças transmissíveis com quadro de persistência; 3- e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes" (Ministério da Saúde, 2004: p.13).

As conquistas da bacteriologia e da terapêutica mais a transição no padrão de adoecimento de muitos países, inclusive o Brasil – de uma

prevalência de doenças endêmicas/epidêmicas para doenças crônicas nas décadas finais do século XX –, têm levado a uma "falsa expectativa" sobre a possível extinção de doenças de ordem parasitária. Porém, como se conclui a partir dos dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, "seu impacto na morbidade ainda é importante, principalmente aquele produzido pelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e controle" (Ministério da Saúde, 2004: p.13).

Bibliografia:

ASSAD, L. Doenças negligenciadas estão nos países pobres e em desenvolvimento. *Ciência e Cultura*. v. 62, n. 1, 2010.

CASTRO SANTOS, L. A. A Fundação Rockefeller e o estado nacional – história e política de uma missão médica sanitária ao Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*. v. 6, n. 1, p. 105-110, 1999.

CUETO. M. (ed). *Missionaries of Science:* The Rockefeller Foundation & Latin America. Indianápolis: Indiana University Press, 1994.

FARIA, Lina R. Os primeiros anos da Reforma Sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. v. 5, n. 1, p. 109-129, 1995.

FARLEY, J. *To cast out disease:* A history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). Oxford: Oxford University Press, 2004.

KATZ, N e ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'àgua. *Ciência e Cultura*. v. 55, n. 1, p. 38-41, 2003.

KATZ, N. A descoberta da esquistossomose no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia*. v. 78, n. 2, p. 123-125, 2008.

KEATING, C. Ken Warren and the Rockefeller Foundation's Great Neglected Diseases Network, 1978–1988: The Transformation of Tropical and Global Medicine. *Molecular medicine*. n. 20 (Supplement1) p. S24-S30, 2014.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *Norte americanos no Brasil:* uma história da Fundação Rockefeller na Universidde de São Paulo (1934-1952).

Campinas: Autores Associados; São Paulo: Universidade São Francisco, 2001.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdde de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. São Paulo: Unicamp, 1993 (Disseração de Mestrado).

MARQUES, R. C. A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). *Horizontes*, v. 22, n. 2, p. 175-189, 2004.

MARQUES, Rita de Cássia; GAZZINELLI, Maria Flávia. Ancilostomíase em Minas Gerais: pioneirismo nas campanhas e combate ao teste da vacina. *In*: MONTEIRO, Yara Nogueira e Carneiro, Maria Luiza Tucci (or). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: FAP. Unifesp, 2012, p.191-216.

MDGs. Millennium Project 2002-2006. Disponível em: <http://www.unmillenniumproject.org/index.htm>. Acesso em: 08 set. 2016.

MSF (2001). Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases. Geneva: Médecins Sans Frontières, 2001. Disponível em <http://intleval.cipa.cornell.edu/readings/fatal_imbalance_short.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Doenças infecciosas e parasitárias - Guia de Bolso* 5ªed ampliada. Série B: Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_volume1.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

PALMER, S. Lauching Global Health: The Caribean Odyssey of the Rockefeller Foundation. Michigan University Press, 2010.

REY, Luis. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. v. 34, n. 1, p. 61-67, 2001.

SOUZA, W (Coord). *Doenças negligenciadas*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010.

THE LONDON DECLARATION, 2012. Uniting to Combat Neglegcted Tropical Diseases. Disponível em: <http://unitingtocombatntds.org/resource/london-declaration. Acesso em: 08 set. 2016.

WHO (2006). *Strategic and technical meeting on intensified control of neglected tropical diseases - A renewed effort to combat entrenched communicable*

diseases of the poor. Report of an international workshop Berlin, 18–20 April 2005. Denis Daumerie and Mary K. Kindhauser: World Health Organization, 2006. <http://www.who.int/neglected_diseases/berlinrep.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

WHO (2010). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases*. World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44440/1/9789241564090_eng.pdf>. Acesso em: 08 set. 2016.

WHO (2011). *Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008–2015*. World Health Organization, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5704%3A2011-global-plan-combat-neglected-tropical-diseases-2008-2015&catid=3827%3Astrategic-plan-reports&%20ts&Itemid=40370&lang=en>.

Acesso em: 08 set. 2016.

WHO (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization, 2001. p. 1-200. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42435/1/924154550X.pdf>. Acesso em: 08 set.2016.

10

Narrativas da Doença de Chagas no Ceará: apontamentos iniciais

Zilda Maria Menezes Lima[1]
Gisafran Nazareno Mota Jucá[2]

O presente ensaio é fruto de alguns apontamentos iniciais acerca do aparecimento e da evolução da Doença de Chagas no Ceará, enquanto uma doença negligenciada,[3] tema de uma pesquisa desenvolvida por professores e alunos do curso de História da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Objetivamos com este estudo compor uma história da enfermidade no estado, em que pese o entendimento das ações e estratégias governamentais de combate à endemia[4] bem como interessa-nos também possibilitar um

1. Professora Adjunta do curso de História e do Mestrado em História (MAHIS), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pós-doutora pela Indiana University (IU-USA).
2. Professor Titular do Curso de História e do Mestrado em História (MAHIS), da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e docente aposentado do Departamento de História, da Universidade Federal do Ceará, (UFC).
3. Doença negligenciada é uma conceituação apresentada pelo ministério da saúde que elenca um grupo de doenças, quais sejam: hanseníase, leishmaniose, esquistossomose, malária, tuberculose, dengue e a Doença de Chagas. Tais enfermidades constituem um grupo de afeccções transmissíveis, em sua maioria, causada por protozoários e transmitidas por vetores cujo tratamento é inexistente, precário ou desatualizado.
4. Este estudo acerca da História da Doença de Chagas no Ceará foi iniciado há pouco tempo pelos autores e cinco alunos de graduação, a partir de um projeto de Iniciação Científica,

entendimento sobre a experiência dos sujeitos envolvidos no processo do adoecimento: pacientes, médicos, enfermeiros, cuidadores, familiares. Porém, para este trabalho, analisaremos os significados de "adoecer de Chagas", através dos depoimentos de três sujeitos atingidos pela doença, residentes em Fortaleza, com idades que variam entre 30 e 58 anos.

Segundo Yamey (2002: p.176), as doenças negligenciadas são aquelas que prevalecem em condições de pobreza, contribuem para o quadro da desigualdade e representam entraves ao desenvolvimento do país. Porém, numa visão mais focada, doenças negligenciadas são aquelas em que há a falta de drogas de baixo custo e de fácil manejo para o seu tratamento em virtude de um desinteresse das indústrias farmacêuticas em produzi-las[5].

A tripanossomíase americana, popularmente conhecida como Doença de Chagas, foi descoberta em 1909 por Carlos Chagas, médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz. Trata-se de uma enfermidade endêmica causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T.cruzi*) e produzida por um inseto hematófago da sub-família Triatominae, popularmente conhecido no Brasil como barbeiro. Os hospedeiros do *T.cruzi* são mamíferos como morcegos e macacos bem como os roedores. Nesses animais, os barbeiros adquirem o parasito que é transmitido aos seres humanos. No ambiente doméstico, cães e gatos podem ser reservatórios do protozoário. Os barbeiros podem ser encontrados em fendas de pedras, ninhos de árvores, tocas de mamíferos ou sob cascas secas de troncos de árvores. Originalmente vivendo em ambiente silvestre, esses insetos "colonizam o domicílio humano tanto em função da escassez de alimento em seu ambiente natural (situação provocada, por exemplo, pelo desmatamento) quanto pela tendência em buscar ambientes estáveis que sejam fontes permanentes de alimento (Diotaiuti, *apud* Kropf, 2007: p.13).

Pesquisas em paleoparasitologia indicam que a infecção pelo *T.cruzi* remonta aos primórdios da presença humana nas Américas. As evidências mais antigas da infecção foram encontradas em múmias no Peru com datação de 9.000 anos e no Brasil, de 7.000 anos. A primeira hipótese para a origem e

---

apoiado pelo CNPQ e Universidade Estadual do Ceará.

5. Dados sugerem que o investimento em fármacos para as doenças negligenciadas é inadequado em virtude da deficiência de mercado para esses produtos.

dispersão da infecção chagástica era a de que teria surgido na região andina quando da adoção de hábitos sedentários e criação de pequenos animais no interior das habitações. Acredita-se que a infecção remonta ao contato de caçadores e coletores em seu convívio com mamíferos do parasito e insetos vetores antes da sua domiciliação (Araújo; Sabrosa & Ferreia da Silva, *apud* Kropf, 2007: p 14).

O ciclo de vida do *T.cruzi,* se inicia quando o barbeiro, ao alimentar-se do sangue do hospedeiro vertebrado, elimina em suas fezes e urinas, formas alongadas do parasito. Penetrando no organismo por meio de mucosas ou por ferimentos na pele, eles infectam células do hospedeiro, como as do coração. Na fase aguda da infecção chagástica (entre três e oito semanas) os sintomas comuns são febre, ingurgitamento dos gânglios linfáticos, aumento do baço e do fígado e inflamação no local da entrada do parasito no organismo, embora a maioria dos casos não apresente sintomas evidentes. A infecção pode ser fatal em crianças de baixa idade ou em indivíduos imunocomprometidos. Porém, a grande maioria dos infectados evolui para a fase crônica, dos quais a maior parte permanece assintomática por anos ou mesmo décadas. Os que manifestam a doença crônica apresentam alterações cardíacas e/ou digestivas, embora a cardiopatia chagástica seja a mais frequente podendo resultar em morte (Kropf, 2009: p. 14).

A infecção é prevalente sobretudo nas áreas rurais, porque o inseto abriga-se nas frestas das paredes de barro e em outros esconderijos das casas de pau a pique. Outras formas de transmissão são a transfusional (por meio da transfusão de sangue) e a congênita (por meio da placenta). A transmissão pode ocorrer ainda por acidente de laboratório e transplante de órgão. Mas estes são episódios com pouco significado epidemiológico (Pontes, 2009: p.70).

Não existe uma vacina para evitar a infecção. A forma adotada de impedir o aparecimento de novos casos reside, especialmente, no controle dos principais mecanismos de transmissão (vetorial, transfusional, congênita e oral) do protozoário *T.Cruzi.* Como a maioria das contaminações foi realizada via fezes dos *triatomíneos* infectados, o afastamento desses das moradias deve ser o enfoque preventivo principal. Apesar dos avanços na

compreensão da biologia do *T.Cruzi*, os únicos fármacos atualmente disponíveis para o tratamento da Doença de Chagas são os mesmos registrados há mais de quarenta anos, posto que foram desenvolvidos entre 1960 e 1970. Segundo Santos (2012: p.40) algumas drogas mais eficientes já vêm sendo testadas nos Estados Unidos e Europa.

Doença de Chagas no Ceará: algumas reflexões

Para abordar a Doença de Chagas no âmbito da pesquisa histórica, interessa-nos as formulações do historiador norte-americano da medicina Charles Rosenberg (1992: p 21), para quem as doenças constituem objetos social e historicamente enquadrados mediante certos procedimentos cognitivos e sociais que as definem como entidades específicas. Paralelamente, apresentam-se como moldura para a sociedade, imprimindo-lhe impactos, valores e significados. Dito de outro modo, para o historiador interessam os impactos que as enfermidades causam nas sociedades, obrigando os saberes e poderes a constituírem estratégias para combatê-las ao mesmo tempo em que observa/analisa o movimento da sociedade na negação e/ou aceitação de tais estratégias.

Nesse sentido, dependendo do período estudado, é fundamental ouvir os atingidos pelas enfermidades acerca dos procedimentos adotados no combate às mesmas. Ouvindo-os e comparando suas experiências às ações e políticas governamentais/oficiais é possível estabelecer alguns níveis de compreensão acerca dos processos pelos quais, num dado contexto histórico, indivíduos e grupos atribuem sentidos particulares a determinadas doenças. Sob tal perspectiva, a Doença de Chagas constitui objeto fértil para o estabelecimento de uma reflexão sob a ótica dos procedimentos que envolvem uma interface entre História e Medicina.

Expressa como "doença do sertão", a Doença de Chagas particularizava a ideia de "doença tropical" como "doença nacional", "doença do Brasil". Se, como aponta Kropf (2009: p 19), o contato dos europeus com os "trópicos" (espaço não apenas físico, mas conceitual, cultural e político) significou a experiência da alteridade, a caracterização da tripanossomíase – por ser

doença de uma dada região, de uma dada população, sob certas condições, possibilitou um "certo perfil" atribuído à doença, bem como também, um "certo perfil" identificado para seus portadores. Assim, a denominação de "Doença do Brasil" vai bem mais além do fato de a doença ter sido descoberta por um brasileiro, conforme ressalta a autora.

A ideia de que a decadência orgânica das populações rurais era obstáculo ao progresso social e econômico, a exigir a intervenção do Estado, imprimia contornos particulares à medicina tropical no Brasil. Citando os europeus empenhados em combater a doença do sono na África por interesses colonialistas, Carlos Chagas salientava que, aqui, o estudo da patologia tropical deveria ser feito em benefício da própria nação: "é o futuro de um grande povo que se deverá zelar" (Chagas *apud* Kropf, 2009: p 35). Com tal afirmação declarava-se convencido de que a tripanossomíase comprometia aspectos centrais da modernização do Brasil, como a força de trabalho, o povoamento do território e a integração nacional.

As pesquisas e ações públicas sobre a Doença de Chagas têm mobilizado, desde 1909, gerações de médicos pesquisadores, profissionais da saúde, governos e organizações internacionais, conformando uma das mais expressivas tradições da ciência no Brasil. No que diz respeito à morbidade e à mortalidade, a Doença de Chagas é ainda considerada um dos grandes problemas de saúde pública na América Latina. Na década de 1990, no Brasil, a estimativa era em torno de 2 a 3 milhões de pessoas infectadas, com uma incidência de 100 novos casos por ano. Desse modo, refletir sobre a dimensão histórico-social dessa enfermidade no Ceará, uma doença antiga, porém invisível, embora continue a rondar os lares e os corpos dos segmentos menos privilegiados da sociedade brasileira, constitui-se num desafio. Enfim, consideramos importante e realmente parece que não há uma pesquisa que remeta a situação mais recente da Doença de Chagas neste estado, sob o ponto de vista das ciências sociais em geral e muito menos da História em particular (Santos; Lyra;Alves; *et al.*, 2012: p.47).

A história da Doença de Chagas no Estado do Ceará inicia-se em 1911, com o registro de *Rhodnius nasutus*[6]na serra de Ibiapaba. Duas décadas depois, foram registradas infecções por *T. cruzi* nas zonas do Cariri,[7] Quixadá[8] e Vale do Jaguaribe.[9] Em 1938, no Posto das Grandes Endemias, localizado no município de Russas,[10] identificou-se *Triatoma brasiliensis* e casos suspeitos de tripanossomíase americana na área investigada. Na década de 1940, foram confirmados os primeiros casos de infecção chagásica humana, através de primeiro caso típico de cardiopatia chagásica em indivíduo procedente do Município de Quixadá (Alencar,1987: p. 76).

No primeiro inquérito sorológico realizado no estado, nos arredores de Quixadá, foram examinados 200 indivíduos através da Reação de Machado & Guerreiro,[11] dos quais 17 (8,5%) apresentaram-se positivos. No período situado entre 1959-1979, foram realizadas diversas pesquisas sobre a prevalência da infecção e distribuição dos triatomíneos no estado, definindo diferentes tipos de micro-regiões em relação à Doença de Chagas. Para Alencar (1987: p. 32), durante o inquérito sorológico nacional, realizado no período compreendido entre 1975-1980, a prevalência da infecção no estado foi estimada em 0,8% da população rural.

O ciclo de manutenção da transmissão da infecção chagásica no Estado do Ceará foi definido por Alencar (1987: p. 12) da seguinte forma: no ciclo doméstico, os principais reservatórios de *T. cruzi* eram os ratos de casa, enquanto no ciclo peridoméstico eram gambás ou cassacos. As principais espécies de triatomíneos envolvidas nos ciclos eram: *Triatoma brasiliensis*, a principal espécie transmissora, de hábitos semidomésticos, com taxa de infecção média de 8,2%.

A partir da rara literatura médica sobre a Doença de Chagas no Estado do Ceará, partindo das que são referências clássicas como Jucá e Machado,

---

6. O *Rhodinius nasatus* é um dos vetores da Doença de Chagas mais comum na parte norte do Brasil (Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict>).
7. Cariri, espaço genericamente atribuído à região sul cearense.
8. Quixadá é um município do estado do Ceará, situado no sertão central, aproximadamente a 120 km de Fortaleza.
9. Vale do Jaguaribe é uma das sete mesorregiões do estado do Ceará formado por 21 municípios.
10. Russas, município situado no Vale do Jaguaribe.
11. Reação pela qual se consegue diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas.

na década de 1950, passando por estudos mais recentes, a exemplo de Alencar(1987) Sarquis (2003) e Silva Gomes (2004), verificamos que o município de Jaguaruana[12]sempre esteve no grupo das áreas com as maiores prevalências da infecção chagásica nesse estado. No início do ano 2000, foi identificada a presença de triatomíneos em domicílios nas localidades rurais de Jaguaruana: Currais do Felipe, Figueiredo, Figueiredo do Bruno e Coberto, o que motivou a realização de um estudo conjunto da Fundação Oswaldo Cruz e Secretaria de Saúde do município de Jaguaruana e nos distritos acima citados, para avaliar a situação epidemiológica da doença nessas localidades e orientar o município para o controle vetorial e manejo da sua população de chagásicos. A análise daqueles resultados mostrou que as prevalências da parasitemia positiva e da cardiopatia chagásica crônica no interior do Ceará, são semelhantes às da Caatinga do Piauí e maiores que no Sertão da Paraíba, apesar de historicamente essas áreas apresentarem um número maior da infecção.

A Doença de Chagas na visão transdisciplinar da História Oral

Um dos pontos básicos que nos são revelados pela história cultural e pela aplicação da metodologia da história oral diz respeito ao reconhecimento do papel das subjetividades como interpretação histórica. Nessa perspectiva, o individual e o coletivo associam-se, reforçando o enlace entre as "memórias individuais" e as "memórias coletivas."

A descoberta, ou melhor, o reconhecimento da memória como fonte histórica, abriu novas possibilidades de uma melhor compreensão do enlace entre o público e o privado, evitando uma possível diferença estabelecida entre esses dois setores. No geral, o privado costuma ser exibido como um setor dependente do público, mas de acordo com as experiências vivenciadas, o enlace entre ambos nos possibilita o levantamento de novas indagações que ultrapassam limites antes estabelecidos e que nos permite compreender

12. Jaguaruana, município localizado na região do Baixo Jaguaribe, situado a mais ou menos 144 km da capital.

as relações sociais deixando à margem a tradicional postura de classificar os doentes como meros dependentes dos poderes estabelecidos.

É preciso, contudo, evitar uma supervalorização da memória, como fonte única de revelar as contradições sociais, pois a realidade social observada é um resultado do enlace entre o individual e o coletivo, o escrito e o rememorado. A observação apresentada por Susan Sontag, faz-nos entender o alcance da busca de uma compreensão histórica. Segundo ela, "é mais importante entender do que lembrar, embora para entender também seja preciso lembrar" (Sarlo, 2007: p.22).

Além de um simples relato acerca dos atingidos pela Doença de Chagas, as entrevistas realizadas nos revelaram alguns resultados positivos entre o enlace estabelecido entre a história cultural e a história oral, definido não apenas como uma complementação de cada uma dessas áreas, mas representando uma possibilidade de enriquecer um campo histórico transdisciplinar, onde mais significativo do que a prioridade de uma dessas áreas do conhecimento é a contribuição de cada uma delas como reveladoras de conceitos e práticas, que ampliam as possibilidades de análise histórica. Entendemos que a narrativa histórica, baseada na história cultural e na metodologia da história oral, torna-se valiosa desde que nos proporcione uma reflexão e análise sobre o tema elencado e não apenas uma descrição mecânica das experiências vividas.

Antes de iniciar a análise dos depoimentos coletados acerca da experiência de "viver com a Doença de Chagas", é importante apresentar algumas considerações acerca do uso da história oral, como opção metodológica de estudo. À primeira vista, as informações colhidas de entrevistas podem se afigurar apenas como uma técnica complementar, que possa acrescentar os dados e conteúdos tratados nos documentos disponíveis, que em sua maioria são extraídos de fontes oficiais. Entretanto, se o pesquisador optar pelo uso da história oral, como uma opção metodológica, um novo campo de pesquisa se apresenta, com diferentes modalidades de aplicação, remetendo o pesquisador para a relação entre a "Memória Individual" e a "Memória Coletiva" (Halbawachs,1990: p.27). Por mais isolado que seja um indivíduo no meio social onde se insere, ele não se encontra sozinho, pois

as relações tratadas no cotidiano o remetem aos que com ele convivem, direta ou indiretamente, numa relação contínua entre o "eu" singular e o "eles" coletivo.

A experiência coma realização de entrevistas, na maior parte das vezes, revela agradáveis surpresas (Jucá, 2003: p. 32). Às vezes, aqueles indivíduos sisudos à primeira vista, no decorrer das entrevistas se transformam em um valioso guia na compreensão dos temas evocados, remetendo o ouvinte para a revelação contínua entre o singular e o plural.

Essa opção metodológica nos remete a um campo mais abrangente, fazendo-nos compreender a própria limitação da expressão "história oral", como um campo específico a um especialista no trato de um passado recomposto. Ela não deve ser encarada como uma metodologia singular, reservada aos profissionais da história e quem a ela recorrer, mas a concebemos como uma opção de análise mais plural, envolvendo o social, o político, o cultural e o psicológico, remetendo o pesquisador ao significativo conceito de transdisciplinaridade (Morin,2014: p.135-140), mais compensador do que o emprego aleatório do termo interdisciplinaridade, que aponta a importância da aproximação entre diferentes campos do saber, porém, mantendo rígida a divisão imaginada entre cada uma das áreas do conhecimento humano.

A nossa proposta metodológica de estudo envolve a coleta de depoimentos plurais, entrevistando não apenas os profissionais da saúde, mas dando vez e voz aos atingidos pela Doença de Chagas, como testemunhos expressivos das diferentes modalidades de experiências vivenciadas no cotidiano. Como fase inicial da pesquisa, realizamos as primeiras entrevistas com os atingidos pela doença e tomando por base as mesmas, dedicaremos o presente texto às revelações dos entrevistados, visualizados não apenas como vítimas de uma moléstia indesejada, mas como agentes conscientes de suas ações, na validade do tratamento a que são submetidos.

Revelações da memória coletiva dos atingidos pela Doença de Chagas: o entrelace entre medicina e fé

Uma das nossas primeiras entrevistadas, Francisca Ednir Mesquita Ferreira, de trinta e sete anos, é Técnica em Enfermagem, especialista no cuidado de pessoas idosas. Sua formação profissional é fruto de um curso de dois anos, no Hospital São Camilo de Lelis, em Fortaleza. Há dez anos trabalha no atendimento domiciliar de doentes idosos, mas atualmente não se dedica ao "cuidado" de pacientes, em virtude do nascimento de uma filha que requer dedicação contínua.

O curioso na sua experiência é que descobriu que tinha Doença de Chagas por acaso. A sua avó, com 80 anos, sofreu um acidente e fraturou o fêmur, foi internada no Hospital dos Acidentados (também em Fortaleza) e precisava de doadores de sangue. Ela se ofereceu como doadora, mas o resultado do exame a impediu de fazer a doação. Foi descoberta com soro-positivo em Doença de Chagas. Nas suas palavras: "Fiquei muito assustada por que ouvi dizer que os atingidos pela doença morriam do coração. E eu estava me sentindo muito mal, com algumas náuseas, mas, na ocasião o médico descobriu que eu também estava grávida".

O que mais a preocupou foi quando o médico lhe informou que talvez fosse necessário interromper a gravidez. Nesse sentido, diversos exames foram solicitados, (eletrocardiograma, ecocardiograma, endoscopia e colonoscopia), mas o resultado dos exames a tranquilizou, pois foi constatado que era portadora, porém, segundo Francisca Ednir, "a doença não afetou em nada o meu organismo". Ela submeteu-se a um acompanhamento anual, sob a orientação de uma cardiologista e de um infectologista e segundo suas palavras "correu tudo bem". Além do primeiro, ela teve mais dois filhos – "o mais velho tem nove anos". A preocupação maior foi com o primeiro, quando foi considerada uma possível paciente de risco.

Além do apoio médico recebido, o que mais a orientou, propiciando uma melhor compreensão da doença e de suas sequelas foi a busca de informações sobre sua condição chagásica. A solidariedade familiar lhe foi valiosa, afinal os laços de proximidade com seus nove irmãos a compensou, apesar de algumas tias mais idosas, "olharem para mim com uma

pena, parecia que eu estava com o pé na cova". Diziam: "Você tão nova"! A princípio, o que mais a preocupou foi a possibilidade da doença lhe atingir o coração, com a possível destruição de um músculo ou então o estômago, "provocando engasgos ou náuseas".

Seus pais eram agricultores na localidade de Choró Limão, que na época pertencia ao município de Quixadá. Nas suas palavras:

> Meu pai sempre foi muito pobre, pobrezinho mesmo, a casinha era de taipa, chão batido, aquela coisa bem humilde mesmo. Ali eu vivi até os meus sete anos de idade, quando meu pai mudou-se e a gente foi morar em Quixadá. Ele mora até hoje lá e essa casa era muito propícia, porque era uma casa de tijolos muito antiga, não era rebocada, cheia de buraquinhos e eu me lembro até do barbeiro, que tem o formato de uma folha…

No seu depoimento, nossa narradora demonstra conhecer como contraiu a doença e diz "seguir direitinho" todas as orientações médicas, porém, a religião e a fé ocuparam, segundo sua fala, um papel fundamental no enfrentamento da doença. Ela se considera "mais evangélica do que católica", pois apesar dos pais serem católicos, sua Igreja é a Canaã, protestante. Em sua opinião, quando se acredita em Deus, o medo não acompanha a pessoa, "desde que ela entregue tudo nas mãos de Deus". O que a levou a essa nova opção religiosa foi uma senhora que conheceu e lhe forneceu o apoio para conhecer o "valor da conscientização evangélica", pois segundo suas palavras, os protestantes vão a Igreja, com mais consciência, com a Bíblia na mão e não apenas "como espectadores de uma cerimônia realizada apenas pelo padre que reza a missa". Para ela, as pessoas se aproximam de Deus pela dor ou pelo amor, embora a dor pese mais nas experiências de quem se vê portadora de uma doença grave.

Apesar de ser portadora da Doença de Chagas, o seu tratamento não é feito através de órgãos oficiais, como o serviço prestado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará (UFC). O seu plano de saúde lhe permite fazer anualmente os exames recomendados.

A entrevistada nos esclarece que os serviços prestados pelos médicos dessa Faculdade, no trato com os chagásicos são muito eficientes. Ela lembra o testemunho de um doente, que "dá graças a Deus por ter a sua disposição o serviço assistencial, de médicos e enfermeiros dedicados aos que lhes são encaminhados, inclusive com um acompanhamento psicológico, quando acham necessário". De acordo com a recomendação de uma médica, consultada, ela nunca deveria dizer que é soropositivo, pois "iriam pensar que fosse aidética".

O segundo entrevistado foi o Senhor Raimundo Nonato de Lima, mestre de obras, de 42 anos, que também descobriu ser portador da Doença de Chagas, ao tentar fazer uma doação de sangue, no Instituto de Hematologia e Homoterapia do Ceará (HEMOCE), onde foi submetido a uma junta médica. Desde os vinte anos, costumava doar sangue e nessa última tentativa foi constatada a sua contaminação e ele se lembrou de quando se encontrava em uma fazenda, no município de Quixadá. Um dia ao acordar constatou estar como rosto sujo de sangue e "lá havia muito barbeiro". Logo foi encaminhado ao Hospital das Clínicas (UFC), onde passou sete anos em tratamento, com consultas mensais. Apesar da assistência recebida e dos medicamentos indicados, a sua situação foi piorando, e com o coração crescendo foi encaminhado ao Hospital do Coração,[13] em Messejana,[14] e "as crises aumentavam, com dores no peito, falta de ar". A indicação: uma cirurgia cardíaca. Porém, antes da intervenção esteve "internado em três hospitais diferentes, onde passou algumas semanas", sendo a última delas a mais demorada, em torno de dois meses.

Graças a amizade de sua filha com um médico, foi submetido a alguns exames (eletrocardiograma e Raio X) e recebeu a comunicação que temia: para solucionar o seu caso teria que ser submetido a um transplante. Foi encaminhado ao Hospital de Messejana- Hospital do Coração já citado

---

13. O Hospital do Coração constitui o maior centro de pesquisas e atendimentos de pessoas com cardiopatias no Ceará.

14. Messejana é um dos bairros mais antigos de Fortaleza, originado de um aldeamento indígena.

*Interessante observar que dos três entrevistados, a primeira é oriunda do município de Quixadá e o segundo trabalhou na mesma cidade. Segundo a bibliografia consultada entre 1911 e 1940, essa localidade na época, já pontuava com vários casos da doença.

–, onde passou um ano e seis meses hospitalizado. A sua recuperação se processou em um quarto, reservado somente para ele e para sua acompanhante. A sua liberação foi gradativa e somente após seis meses de tratamento.

O que nos chamou a atenção, no depoimento prestado, foi a sua afirmação categórica de não ter sentido temor de submeter-se à delicada intervenção cirúrgica. Por sinal, ele "passou por um princípio de rejeição", que provocou sangramentos, sendo necessária a "volta à mesa de cirurgia, numa outra intervenção que durou sete horas". A força da religião também foi evocada na sua narrativa, conforme podemos observar: "Eu nasci católico e quero terminar meu resto de vida católico. Fiz uma promessa a São Francisco do Canindé, pra onde fui trajado com o traje de São Francisco. Não acho que a doença foi castigo de Deus, aconteceu porque tinha que acontecer", afirma o Sr. Raimundo Nonato.

Bem informado sobre seu tratamento, esclarece-nos: "sete são os medicamentos ingeridos diariamente, sendo o mais forte de 360 miligramas". Na sua alimentação, além do tradicional feijão com arroz, "a carne vermelha é recomendada apenas uma vez por semana, o peixe e sobretudo o frango, são os mais usados". Após a cirurgia se aposentou "com direito a um salário e meio". Quando lhe indagamos sobre o tratamento recebido, no Hospital do Coração/Messejana, a sua resposta é mais um testemunho em prol da dedicação e atenção, dispensadas pelos médicos, aos pacientes que lhe são encaminhados:

> Lá no Hospital de Messejana eu tenho uma segunda família... [sua voz embargada pela emoção]. A gente passa a querer mais bem do que a legítima, porque os cuidados de um é os cuidados de todos e em toda primeira quinta-feira de cada mês temos uma reunião com eles, é uma comissão de quatro médicos. É o transplantador Dr. João Davi Sousa Neto, o peruano, Dr. Juann Casquit, o Dr. Glauber e a Dra. Juliana.

Destacou o respeito à assistência religiosa, prestada aos internos, e apresentou um comentário curioso, destacando que a católica é a religião

mais atraente, pois "as evangélicas insistem demais para que os pacientes aceitem a religião deles"[15].

Recorda que os aparelhos usados no tratamento, a princípio, tinham por base "uma máquina ligada ao corpo da gente, nas veias, que era para botar o coração para funcionar. Hoje eles já dispõem de um coração artificial, usado quando o doente está em estado grave", à espera de um doador compatível.

Um informe pareceu ao entrevistado, de 47 anos, significativo. Foi quando "tomou conhecimento de que a pessoa de quem recebeu o coração foi vítima de acidente de motocicleta". Após seis meses do transplante, ele teve a oportunidade de conhecer os familiares do doador, o pai, a mãe e as duas irmãs. São "como se fosse da família".

Após quinze anos do transplante, indagado se teria coragem para outro, ele respondeu que "não colocaria obstáculo", principalmente estando ciente que o transplante e o tratamento hoje são efetuados em melhores condições e as possibilidades de uma melhora na qualidade de vida são inegáveis.

Outra informação reveladora foi relacionada ao hábito de fumar e beber, eliminado após a cirurgia, graças ao desejo de recuperação, que pesava mais do que o "prazer momentâneo de uma dose de cachaça, de uma tragada de cigarro ou mesmo do uso do cachimbo". Segundo ele: "a minha orientação é que a pessoa que bebeu e fumou, evite. Evite o primeiro gole, porque depois que a pessoa retoma, aí parece que aquele verme assanha. Hoje às vezes eu tomo um vinhozinho.Eu gosto de tomar aquele São Braz".[16]

Uma das recordações mais fortes era aquela relacionada aos sintomas que o incomodavam, antes do transplante. "A comida tinha dificuldade em descer ao estômago, em geral tinha que comer com um copo de água ao lado", para aliviar o processo digestivo e a incômoda dor no peito esquerdo provocada pelos sintomas da doença. Com o "crescimento do coração" era comum sentir a falta de ar e forte dor nas pernas. Rememorando os locais de tratamento, ele não se esquece da fase inicial, no Hospital das Clínicas,

---

15. Alguns hospitais em Fortaleza (Hospital das Clínicas, Santa Casa, Hospital do Câncer e Hospital do Coração, segundo nossos narradores, são hospitais em que os pacientes são muito "assediados" pelos representantes de variados grupos religiosos, com destaque para grupos evangélicos e espíritas kardecistas.
16. Vinho de baixo preço – produzido numa fábrica de médio porte (São Braz Indústria de Bebidas Ltda.), na cidade de Euzébio, litoral leste-CE.

quando ia uma vez por mês. Já no Hospital do Coração, ia duas ou três vezes por semana e recebia atendimento, de acordo com o planejamento traçado. Com naturalidade, ele relata a atenção dos médicos e enfermeiros aos assistidos, o que o deixava feliz. Nas suas palavras, "felicidade é a pessoa receber atenção e apoio dos médicos e da família, que faz com que a gente não se sinta só e isolado".

O Senhor José Aécio Dias de Oliveira, de 56 anos, natural do município de Cedro,[17] reside em Fortaleza desde os 12 anos. Ele descobriu ser portador da doença após um exame médico, mas os primeiros sintomas que o incomodavam foram a falta de ar, a dificuldade em engolir alimentos e o mal funcionamento do intestino. O refluxo, em geral sentido após o almoço e/ou quando se deitava, "era muito forte… sentia a comida voltar todinha". Submeteu-se a uma cirurgia no esôfago, a situação melhorou, mas às vezes os incômodos ainda se manifestam. Os remédios mais comuns, por ele tomados, são "o omeprazol e o emozec, esse último para os desconfortos intestinais". De seis em seis meses, ele retorna ao médico. Mesmo reconhecendo a eficácia dos medicamentos que lhe são indicados, ele não deixa à margem a manifestação religiosa, pois considera que sem o auxílio de São Francisco do Canindé a sua situação estaria bem pior. Uma informação nos chamou a atenção: afirmou que essa doença é conhecida no interior "como Doença de Chagas escondida, pois o pessoal achava que era um doença sem cura".

Ele não foi o primeiro atingido na sua família pela doença, pois um irmão seu já sofria com a incômoda moléstia. Após receber o exame efetuado em um Posto de Saúde, localizado na Praça José de Alencar, no centro de Fortaleza, foi encaminhado ao Hospital das Clínicas, para ser acompanhado pelo Dr. Fernando Siqueira. O reconhecimento pelo bom atendimento ali recebido é constante, ressaltando além da dedicação médica, a atenção dos estudantes de Medicina no acompanhamento que lhes é prestado. Ele não esquece a decisiva ajuda inicial, recebida da jovem médica Aline Saraiva, numa consulta no Posto de Saúde de seu bairro. Ela percebeu os sintomas

17. Município do Estado do Ceará, localizado na região Centro Sul, a 429 quilômetros de Fortaleza.

da doença e logo o encaminhou para o Hospital das Clínicas, onde recebeu a atenção de dois médicos, o Dr. Fernando e o Dr. Miguel.

A doença não o impediu de trabalhar na Brimaz, uma fábrica de portas de aço blindadas. Além do trabalho semanal, nos dois expedientes diurnos, faz serviços extra, nos finais de semanas e ainda encontra tempo para estudar à noite, pois chegou a cursar os primeiros anos do primeiro grau, considerando tal experiência como "a melhor coisa que eu fiz".

O ponto por ele sempre reconhecido é relativo ao tratamento médico recebido no Hospital das Clínicas, graças à paciente dedicação dos médicos, que sabem ouvir e olhar nos olhos do paciente, diferente daquele atendimento dos postos de saúde, em diferentes pontos da cidade, quando o médico que atende sempre se encontra apressado, "apenas com a caneta e um bloco na mão a ser preenchido com o nome de um remédio e/ou com a indicação de um exame".

Os três depoimentos aqui evocados, à primeira vista, podem ser considerados como uma fonte pouca expressiva, em virtude do número restrito de entrevistas apresentadas, mas considerando o valor plural de uma memória, seja ela individual ou coletiva, as revelações nelas contidas ultrapassam os estreitos limites de uma fonte documental tradicional, em geral burilada através de uma forma mais objetiva do que subjetiva, na busca de dados e índices, que possam apresentar uma tabela demonstrativa da realidade social observada, onde a razão pesa mais forte do que a sensibilidade dos envolvidos no processo histórico observado. No caso específico da Doença de Chagas, os depoimentos dos seus pacientes apresentam um aspecto mais significativo no campo da informação, pois em geral o peso maior, nos trabalhos elaborados é proveniente dos profissionais da saúde, ficando os testemunhos dos pacientes como uma fonte complementar, sujeita ao confronto com o tradicional saber científico. Não podemos negar o alcance do conhecimento acadêmico, mas o profissional da saúde não pode apenas ditar normas e preceitos, mas precisa saber ouvir e dialogar com os seus pacientes, que também devem ser considerados como mestres das experiências vividas.[18]

18. Vimos que um dos entrevistados, inclusive, conhece a noção de doença negligenciada e sabe que a Doença de Chagas é uma delas.

Um dado observado que muito nos chamou atenção foi o fato do domínio do conhecimento que os pacientes de Chagas entrevistados possuem da própria doença. Durante as entrevistas ficou muito claro que eles querem saber "o que é a doença", é impressionante como sabem citar a medicação e suas indicações, os exames que realizam (como e para que) e apuramos que quando se referem genericamente ao Hospital das Clínicas não especificam, mas o trabalho com os chagásicos no citado hospital tem seu espaço de referência no Laboratório e Departamento de Pesquisa em Doença de Chagas – localizado no Hospital das Clínicas (UFC). Ao que parece, realmente é um espaço diferenciado para os chagásicos que lá são atendidos.

Um outro aspecto que nos chamou a atenção, nas entrevistas realizadas, foi a demonstração de que os atingidos pela Doença de Chagas não se apresentam como vítimas passivas de um mau social, mas eles se sentem responsáveis também pelo tratamento efetuado e o diálogo franco e aberto entre médicos, enfermeiros e pacientes, estimula-os a agir através de uma ação coletiva, onde o singular e o plural se entrecruzam.

Esse senso coletivo e solidário se fortalece com o apoio das correntes religiosas, como se pode observar nos três depoimentos analisados, envolvendo uma pessoa mais jovem, um profissional da indústria e um paciente recuperado através de um transplante. A crença nos preceitos religiosos favorece ao fortalecimento de uma posição otimista frente à doença, levando -os a uma ação mais ativa no tratamento seguido. Ao longo dos tratamentos efetuados, os laços de sensibilidade e de sociabilidade, presentes na ação dos médicos, enfermeiros e pacientes, deixam uma comprovação clara do valor da atenção e respeito aos pacientes, que ganham confiança e participação efetiva no tratamento aplicado.

Esclarecemos que não nos interessa sobrepor a fonte oral à fonte documental, uma vez que ambas se entrecruzam e se complementam como uma oportunidade de melhor compreender a realidade observada, mas o significado de um depoimento prestado envolve diferentes aspectos do conhecimento humano, onde o social se associa ao cultural, ao psicológico e ao mundo representativo de cada uma das memórias observadas. Nessa perspectiva, o peso das memórias individuais se apresenta mais representa-

tivo, uma vez que os relatos podem representar o ponto de partida na busca do significado das memórias coletivas.

Numa época em que as grandes teorias científicas, como a teoria do evolucionismo ou o marxismo tradicional, partidário, entraram em crise, o conhecimento de experiências cotidianas dos menos favorecidos possibilita um enfretamento menos chocante entre os diferentes espaços sociais, dando vez e voz aos agentes históricos antes considerados marginais (Bosi, 2003: p 21).

Entrevistas realizadas

Francisca Ednir Mesquita Ferreira. Técnica em Enfermagem. Dedicada ao tratamento de idosos. 38 anos.

José Aécio Dias de Oliveira. Operário industrial. 56 anos.

Raimundo Nonato de Lima. Operário fabril. Aposentado. 50 anos.

Referências

ALENCAR, J. E. *História Natural da Doença de Chagas no Estado do Ceará.* Fortaleza: Imprensa Universitária-UFC, 1987.

BOSI, Ecléa. *O Tempo Vivo da memória:* ensaios de Psicologia Social. São Paulo: Ateliê Editorial,2003.

HALBWACHS, Maurice. *A Memória Coletiva.* São Paulo: Vértice Editora Revista dos Tribunais, 1990.

JUCÁ, Gisafran Nazareno Mota. *A Oralidade dos Velhos na Polifonia Urbana.* Fortaleza: Imprensa Universitária, 2003.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, Doença do Brasil. Ciências, Saúde e Nação (1909-1962).* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MORIN,Edgar.*Ciência Com Consciência.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

PEREIRA, SARQUIS, ZAUZA *et all.* Epidemiologia da Doença de Chagas em quatro localidades rurais de Jaguaruana, Estado do Ceará.

Soroprevalência da infecção, parasitemia e aspectos clínicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,* jul-ago. Rio de Janeiro, 2008.

PONTES, F. Doenças Negligenciadas ainda matam um milhão por ano. FINEP – *Inovação em Pauta.* Rio de Janeiro, 2009.

ROSENBERG, Charles E. *Explaining Epidemics and other Sudies in the History of Medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

SANTOS, Fabiana Lícia; LYRA, Magali Andrezza; SANTOS, Larissa Darlene *et all*. Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação para o controle das Doenças Negligenciadas.

SARLO, Beatriz. *Tempo Passado: Cultura da Memória e Guinada Subjetiva.* São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: UFMG, 2007.

SOUZA, W. Doenças Negligenciadas. Rio de Janeiro: *Academia Brasileira de Ciências,* 2010. Disponível em: <http:/www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199-pdf>. Acesso 04 out. 2015.

UCHOA, Elizabeth; FIRMO, Josélia; DIAS, Elizabete *et all.* Signos, Significados e Ações Associadas à Doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro: jan-fev, 2002.

YAMEI, G. *The World's most neglected disease: Ignored by the pharmaceutical industry and by publicprivate partnerships*. Londres: BMJ Press, 2002.

11

A *Fundação Rockefeller* e a constituição da pesquisa e de especialidades biomédicas em São Paulo (1916-1968)

Maria Gabriela S. M. C. Marinho[1]

Antecedentes: "A Ciência como Missão"[2]

Um dos primeiros trabalhos acadêmicos dedicados a analisar de modo mais sistemático a presença da *Fundação Rockefeller* (FR) no Brasil foi a dissertação de mestrado de Maria Eliana Labra, denominada *O movimento sanitarista nos anos 20:* da conexão sanitária internacional a especialização em saúde publica no Brasil. Defendida em 1985, na Escola Brasileira de Administração Pública, da Fundação Getúlio Vargas, o estudo procurou analisar a atuação da agência na perspectiva de uma crítica aos interesses expansionistas norte-americanos. Nas décadas subsequentes, novos trabalhos surgiram, privilegiando aspectos dessa atuação a partir de dois campos de análise bem delimitados: a Saúde Pública e o que se convencionou chamar de

1. Docente da UFABC.
2. Esta pesquisa contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo FAPESP Nº 2015/2677-1).

filantropia científica, ou seja, o financiamento privado de atividades científicas (Marinho, 1993; 1999; 2001; 2003; 2015; Faria,1994; 2003; 2007; Benchimol, 2001; Campos, 2002; Rocha, 2003; Castro Santos; Faria, 2003; Lowy, 2006; Marinho; Mota, 2013; 2015; 2016; Körndorf, 2013; Marques; Silveira, 2015: s. p.)

As duas vertentes de análise se desdobraram em estudos posteriores. De um lado, com abordagens sobre as ações da agência em campanhas de prevenção e profilaxia em larga escala de doenças endêmicas ou epidêmicas, como a Febre Amarela, a Malária, a Ancilostomose. Na segunda direção, outros estudos se concentraram na análise de processos de institucionalização das profissões da Saúde, difusão de preceitos de Higiene, transformação de práticas médicas, reconfiguração do ensino médico, financiamento da pesquisa científica, modelagem das especialidades médicas, entre as várias possibilidades de investigação em torno da duradoura presença da FR em diversas regiões do mundo.

O conjunto de estudos mais recentes tem procurado aprofundar as análises, valendo-se para tanto de um conjunto cada vez maior de documentos disponíveis eletronicamente, mas também pela coleta direta de dados primários que passaram a ser acessados com frequência no *Rockefeller Archive Foundation* (RAC) localizado nos arredores da cidade de Nova York. Assim, tem sido possível ampliar a perspectiva de análise, seja pela identificação de tensões e fricções nos relacionamentos estabelecidos, seja por trazer à tona novos enlaces e articulações institucionais, nos campos já estudados ou em áreas ainda inexploradas.

É no contexto, portanto, de uma documentação ainda insuficientemente analisada que o presente capítulo procura retomar, desenvolver ou detalhar alguns aspectos da atuação da *Fundação Rockefeller* em São Paulo. Nesse sentido, busca-se aprofundar a análise de como sua presença foi se disseminando e enraizando-se em ações sanitárias, no ensino e na pesquisa biomédica em um arco de atuação que recobre cerca de quarenta anos. Para tanto, o capítulo encontra-se organizado em três partes.

A primeira parte do capítulo indica o lugar de São Paulo no escopo de atuação da *Rockefeller* no Brasil, com ênfase em sua relação com a Faculdade de Medicina, o Instituto de Higiene. O tópico propõe o aprofundamento da análise sobre uma intervenção mais citada do que analisada. No caso, as ações de prevenção e profilaxia em torno da ancilostomose, mais conhecida como *Opilação* ou *Amarelão*, e discute também as tensões provocadas no meio político local em decorrência dessa atuação, especialmente na figura do representante da *Fundação* no Brasil, Lewis Wendell Hackett.

Na segunda parte, o capítulo argumenta como a reestruturação do modelo de ensino médico, associado ao chamado padrão de *excelência científica*, resultou em uma estrutura que privilegiou a introdução e o fortalecimento das especialidades médicas, alterando desse modo as práticas usuais, assentadas na clínica. Argumenta-se, ainda, que essa forte atuação da *Rockefeller* contribuiu para deslocar o eixo de referências do ensino médico das concepções francesas para o modelo norte-americano. Como evidência desse deslocamento, analisa as mudanças ocorridas nas interações locais com o campo de saber que no início do século XX era denominado *Medicina Colonial* e torna-se reconhecido nas décadas subsequentes como *Medicina Tropical* com forte apoio da FR.

Por fim, na terceira parte, e já inteiramente sob a hegemonia dos financiamentos da *Rockefeller*, o capítulo analisa a constituição e difusão da *Medicina Nuclear*, inicialmente por meio da criação do Laboratório de Radioisótopos pelo casal Tede e Verônica Eston. Formados pela própria Faculdade de Medicina de São Paulo, no contexto já plenamente consolidado do modelo introduzido na década de 1920, argumenta-se que o casal expressa uma nova geração de médicos-pesquisadores que internalizaram, de modo muito efetivo, o *ethos* da chamada pesquisa de excelência preconizada pela *Fundação*, estabelecendo desse modo vínculos muito fortes com grupos internacionais plenamente afinados com a ciência do *mainstream*.

Pactos, articulações e controvérsias entre as elites médicas

A *Fundação Rockefeller* é uma das maiores e mais antigas agências internacionais privadas de fomento à produção científica - modalidade de financiamento que se tornou conhecida como "filantropia científica". Criada em 1913, e em atuação ainda hoje, sua implantação pretendeu agregar, sistematizar e assegurar escala na utilização dos recursos doados pela família *Rockefeller* para instituições assistenciais e educacionais nos Estados Unidos. Embora as doações tenham sido prática recorrente do patriarca e magnata John Dawson Rockefeller desde a segunda metade do século XIX, o primeiro financiamento de vulto ocorreu em 1890, com a dotação inicial que permitiu a criação e manutenção por 30 anos da Universidade de Chicago, em Illinois.

Nas décadas iniciais do século XX, as doações se tornaram mais sistemáticas e amplificaram a projeção e o prestígio da família, sobretudo pelas ações que vinham sendo empreendidas contra as endemias que fragilizavam a população nas antigas regiões escravistas e depauperadas do sul dos Estados Unidos, provocadas principalmente pelo *hookworm*, ou ancilóstomo, parasita que no Brasil é mais conhecido como *verme do Amarelão*. A verminose, que também é chamada de *Opilação*, foi um dos grandes problemas sanitários do começo do século XX no Brasil e a endemia, denominada *ancilostomose*, tornou-se símbolo do "atraso" nacional, inicialmente fixado na figura do *Jeca Tatu*, criado por Monteiro Lobato.

A partir das ações sistemáticas no sul dos Estados Unidos, as doações provenientes da família *Rockefeller* passaram a ser associadas também às campanhas de prevenção e profilaxia patrocinadas, primeiro no território norte-americano, posteriormente em escala mundial. Na primeira década do século XX, atrelados ao propósito de articular a pesquisa científica com o objetivo de sanear e curar em larga escala, os fundos *Rockefeller* foram destinados à criação, em 1901, do *Rockefeller Institute for Medical Research*, instituição que se tornaria mais tarde a *Universidade Rockefeller*, em Nova York. O vulto e a complexidade dessas iniciativas contribuíram para que

as doações fossem organizadas em uma instituição que pudesse assegurar eficiência e eficácia aos recursos empregados, resultando daí a criação da *Fundação Rockefeller*, em 1913.

Pouco depois, a instituição ampliou o raio de ação para o exterior e em 1916 estabeleceu os primeiros contatos com o Brasil (Marinho; Mota, 2013: s. p.). Especificamente na área da filantropia foi responsável por introduzir um novo modelo de formação médica no país por meio do apoio maciço a então recém-criada Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, instituída em 1912, e em funcionamento desde 1913 (Marinho, 1993; 1999; 2001; 2003; Marinho; Mota, 2013: s. p.). Com recursos destinados pela *Fundação Rockefeller* que somaram cerca de US$ 1 milhão na década de 1920, o novo modelo alterou profundamente a estrutura vigente na Faculdade de Medicina ao instituir o tempo integral para os docentes das disciplinas pré-clínicas - assegurando a ênfase na pesquisa científica -, reduzir para cinquenta o número de vagas, restringindo o acesso e o número de alunos, e deliberar pela criação de um Hospital de Clínicas diretamente vinculado à escola médica. A reestruturação foi votada em 1925 e tornou-se conhecida como *Reforma Pedro Dias da Silva*, nome do diretor que conduziu as negociações.

A implantação desse modelo abriu espaço para uma série de ações conjuntas que permitiriam aprofundar nos anos subsequentes o intercâmbio entre a Faculdade de Medicina e a *Fundação Rockefeller*, como analisado mais adiante. Para viabilizar suas ações, entre 1916 e 1917, a FR estabeleceu no Brasil o núcleo do que se tornaria seu Escritório Regional, que funcionou até 1942, chefiado inicialmente por Lewis Wendell Hackett[3]e a partir de 1930 por Fred Soper. O escritório do Rio de Janeiro centralizava as decisões acerca das campanhas, a movimentação de pessoas e recursos. Ainda assim, São Paulo experimentou certa autonomia, em razão do vulto e da natureza das relações estabelecidas com a Faculdade de Medicina.

---

3. Lewis Wendell Hackett integrou a Comissão Sanitária em abril de 1914 e no ano seguinte organizou e dirigiu os trabalhos da *Fundação* na Guatemala e Honduras. Em setembro de 1915 desembarcou no Rio de Janeiro. De lá, na condição de "Diretor Regional Associado", organizou e coordenou o combate às endemias no país.

A teia de compromissos da *Fundação,* sua estreita vinculação a interesses políticos e econômicos muito poderosos, a perspectiva de manutenção de uma ordem conservadora associada a concepções científicas elitistas e pragmáticas, impuseram sobre as atividades da *Fundação* uma discrição quase absoluta. Nesse sentido, os acordos e tratativas se davam em círculos muito restritos, de modo que a confidencialidade entre os pares era um dos princípios garantidores das tratativas estabelecidas. Na década de 1920, porém, Hackett se envolveria em uma das poucas polêmicas que se tornaram públicas em torno da atuação da agência no Brasil. Por essa razão, a controvérsia que emergiu em São Paulo, em 1921, em torno das mortes pelo óleo de *chenopodium* ganha relevo como uma das poucas ocasiões em que a presença e atuação da *Fundação Rockefeller* foi questionada publicamente no Brasil.

Entre 1916 e 1925, a relevância de São Paulo na agenda da FR poderia ser aferida pelas visitas que fizeram à cidade de figuras proeminentes no *staff* da *Fundação Rockefeller*, como George Vincent, presidente da entidade entre 1917 e 1929, Wickliffe Rose, diretor da Junta Sanitária, e Richard Pearce, diretor da Divisão de Educação Médica. São Paulo havia acolhido também quadros científicos de destaque no campo biomédico como Samuel Taylor Darling, Wilson Smillie, ambos envolvidos na polêmica, como assinalado acima, além de Oskar Klotz e Robert Archibald Lambert que trabalharam diretamente nos laboratórios e departamentos da Faculdade de Medicina. Darling e Smillie foram os responsáveis por criar, implantar e dirigir na Faculdade de Medicina, primeiro, a Cadeira de Higiene, que se tornaria sucessivamente Laboratório Higiene e Instituto de Higiene, já com a participação de Geraldo Horácio de Paula Sousa e Francisco Borges Vieira, ambos bolsistas da *Fundação Rockefeller* na Johns Hopkins University, escola modelo mantida também pela *Rockefeller* na cidade de Baltimore, em Maryland.

Mais especificamente, a controvérsia envolveu as propriedades terapêuticas do óleo de *Chenopodium* no tratamento da ancilostomíase. O *Chenopodium* era considerado eficiente também no tratamento da malária e suas propriedades foram objeto de grande interesse por parte da *Rockefeller* que se valeu de sua atuação na América Latina, África e Ásia para testar a

eficácia do medicamento. Em São Paulo, a questão da experimentação com a população local foi debatida na Sociedade de Medicina e Cirurgia, no parlamento e na imprensa. A polêmica se instalou com a publicação do artigo *Os Cinco Anos da Comissão Rockefeller no Brasil* no *Boletim da Academia Nacional de Medicina* em abril de 1921, assinado por Lewis Wendell Hackett, na condição de diretor do Escritório da Fundação no Rio de Janeiro. A resposta veio pela intervenção de dois médicos paulistas, Francisco Salles Gomes Junior e Octavio Gavião Gonzaga, que se pronunciaram na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

A controvérsia que envolveu nominalmente a *Fundação Rockefeller* e seu diretor, mobilizou também Samuel Taylor Darling e Wilson Smillie que, em 1921, admitiram a morte de 14 pessoas, entre crianças e adultos, em razão do tratamento como *Chenopodium*. Extraído da *Erva de Santa Maria*, planta originária do México, porém muito comum no Brasil, onde também é conhecida como *Mastruz*, a toxicidade e letalidade de certas doses do óleo já eram de domínio da *Fundação* desde 1921. Contudo, as experiências com o medicamento perduraram por cerca de vinte anos, entre 1914 e 1934. Em São Paulo, envolveram-se na disputa, além dos médicos Otávio Gonzaga e Francisco Salles Gomes Junior, o senador estadual e também médico Oscar Rodrigues Alves, que havia sido Secretário do Interior na gestão de seu pai, Conselheiro Rodrigues Alves. Com a morte do pai, Oscar manteve-se no cargo, na gestão do sucessor Altino Arantes.

Não foi por acaso que a polêmica eclodiu em São Paulo.[4] Afinal, o ensino e a pesquisa na área biomédica haviam sido dimensões muito privilegiadas do apoio institucional que a *Fundação Rockefeller* destinara à *Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, desde 1916, como apontado anteriormente. Ao apoiar e fortalecer localmente segmentos da comunidade

4. Há poucos estudos que abordam, mesmo pontualmente, as controvérsias em torno do uso do óleo de *Chenopodium* no tratamento da Ancilostomíase no Brasil. As exceções se encontram nas menções aos óbitos referidas por Faria (2007: s. p.), Palmer (2010: s. p.), Mello (2010: s. p.) e Korndorff (2013; 2015; 2016: s. p.), autora que publicou em 2015 um artigo dedicado ao tema. Embora relevantes, os trabalhos de Palmer e Korndorff não situam o quadro político a partir do qual emergiram as controvérsias, ao contrário de Arantes, que dedica esforço um pouco maior nessa direção, aspecto que também será objeto de mais atenção neste capítulo.

médica que de algum modo buscavam se exercitar nas ciências biomédicas desde o século XIX, ficaram de fora outros grupos da elite médica local. Entre os "excluídos", estavam indivíduos com raízes profundas na oligarquia cafeeira e no Partido Republicano Paulista (PRP), instituição central no controle político da Primeira República, como era o caso de Oscar Rodrigues Alves e Francisco de Salles Gomes Filho, cujo pai, no final do século XIX, havia sido prefeito no interior de São Paulo. Mais tarde, Salles Gomes se tornaria diretor do Serviço Sanitário e ferrenho opositor da *Fundação Rockefeller* com ostensiva atuação contrária a Geraldo Horácio de Paula Souza, um dos mais destacados membros do grupo apoiado pela *Rockefeller*, como assinalado a seguir.

Nesse sentido, argumenta-se que tal controvérsia se tornou pública, sobretudo como poderoso instrumento na disputa das forças políticas locais. Mais especificamente, o envolvimento de Francisco Salles Gomes Junior, opositor contumaz de Geraldo Horácio de Paula Sousa em torno do controle do Instituto de Higiene de São Paulo, carregava ainda um elemento de caráter pessoal, pois teve a solicitação de uma bolsa negada pela *Fundação Rockefeller*. Ao mesmo tempo, as fissuras políticas de frações divergentes das elites locais se tornaram mais expostas com a morte de Arnaldo Vieira de Carvalho em junho de 1920.

Diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo desde sua criação em 1912, o prestígio de Arnaldo manteve submersas profundas divergências que afloraram após sua morte. Nesse sentido, a controvérsia em torno do óleo de *Chenopodium* em 1921 pode ser inserida nesse quadro e entendida em parte como acomodação das forças locais, já que o grupo que orbitava em torno de Rodrigues Alves declinou com a ascensão de Washington Luis ao governo do estado em maio de 1920. Salles Gomes pertencia ao grupo político que havia sido desalojado do poder e suas manifestações de desapreço eram finamente calculadas, no sentido de não corroer inteiramente as relações com a *Fundação Rockefeller*, como pode ser acompanhado no trecho a seguir:

> não nos movem contra a Fundação Rockefeller impertinências de catonismo ou exaltações de nacionalismo rubro, nem tão pouco qualquer outro sentimento mesquinho. É antes um sentimento mais nobre, bem mais elevado [...]. Somos, aliás, admiradores sinceros dos benefícios que o outro generoso e abençoado dos Rockefeller tem espalhado pelo mundo e reconhecemos sob certas ressalvas as vantagens que nos traz o concurso da Fundação, sentimentos que [...] nos impedem de protestar conta os procedimentos de certos directores scientificos [...] sob o manto augusto da caridade (Gonzaga; Gomes Jr., 1921 *apud* Mello, 2010: p.110).

Portanto, a preocupação localizava-se menos no trabalho de campo e mais com a disputa por posições no aparato de Saúde do estado de São Paulo, como será analisado a seguir. Assim, logo após a vitória de Vargas, em 1930, Salles Gomes seria nomeado diretor do Serviço Sanitário, por indicação do interventor João Alberto Lins de Barros, posição que manteve por oito meses. Durante esse período, assinou os decretos de reorganização do Serviço Sanitário Estadual e de criação da Secretaria da Educação e Saúde Pública.

A rigor, como assinalado anteriormente, a indicação de problemas com dosagens vinha sendo relatada pela própria *Fundação* desde 1914, como lembra o pesquisador canadense Steven Palmer:

> Esse processo de descoberta e experimentação ocorrria de modo rotineiro no interior das campanhas que usavam em crianças da América Latina, Caribe, Ásia e sul dos Estados Unidos uma droga e uma metodologia que a Fundação e os diretores do IHB sabiam que não era segura. A experiência cresceu em 1917 com operações que se estenderam a países com grandes populações, como Brasil, Ceilão e Índia (Palmer, 2010, tradução da autora).

E tendo estabelecido os primeiros contatos e ações em São Paulo em 1916, no Relatório Anual de 1917, a *Fundação* indicava a ocorrência de mortes no Brasil. Evidentemente, não se pode avaliar com clareza de que maneira as informações circulavam. Ainda assim, tratava-se do relacionamento entre uma agência filantrópica privada e o aparato estatal do estado mais proeminente da federação no contexto da República Velha, como foi o lugar ocupado por São Paulo naquele contexto. O trecho a seguir contribui para que o tema possa ser mais problematizado:

> No Ceilão, no Panamá, na Guiana Holandesa, no Brasil e em vários outros países, sintomas alarmantes ou morte às vezes ocorreram após a administração do *chenopodium*. Aparentemente, a dosagem até agora recomendada na literatura é muito alta. [...] Durante os últimos meses do ano, doses menores de *chenopodium* foram usadas em muitos países, com uma efetiva diminuição no número de casos de envenenamento. Uma análise dos casos de intoxicação após o tratamento foram levados à atenção do Conselho e mostra que apenas um quarto estava entre pessoas com mais de 12 anos de idade, enquanto três quartos ocorreram em crianças menores de 12 anos. Mais da metade se deu entre crianças com menos de sete anos de idade. Isso sugere que a redução proporcional das doses nas crianças, conforme a regra de Young, pode não ser suficiente e a conveniência de doses proporcionais menores deve ser seriamente considerada. A experiência parece, portanto, justificar a conclusão de que as doses máximas recomendadas na literatura não são seguras. No entanto, o óleo de *chenopodium* tem um valor anti -helmíntico tão grande, não só para ancilostomíase, mas para ascaris e outros parasitas, que a conveniência de descobrir métodos para seu emprego seguro justifica um esforço adicional (Rockfeller Foundation Annual Report, 1917: p. 114-116, tradução da autora).

Nos anos subsequentes, prosseguiram os relatos em torno das experiências e da busca de uma calibragem adequada no uso do óleo de *Chenopodium*, como assinalam os Relatórios Anuais de 1918 a 1921. Pelo Relatório de 1918, é possível perceber que os trabalhos no Instituto de Higiene de São Paulo, inicialmente de Samuel Taylor Darling, posteriormente, com a colaboração de Wilson Smillie, foram considerados decisivos para confirmar as dosagens testadas no Oriente.

A menção à utilização de 82 *Brazilian vagabonds* abrigados em uma instituição do Rio de Janeiro, com idade superior a 14 anos, é também reveladora das práticas utilizadas pela *Fundação* na seleção da população que receberia as dosagens. Apesar de bem sucedidas, sob a ótica da *Fundação*, as experiências se estenderiam pelos anos seguintes, em São Paulo e em outras localidades.

Assim, o Relatório indica a necessidade de mais testes para o estabelecimento de um "ponto de equilíbrio" em relação à dosagem necessária de modo a conter os envenenamentos no uso do *Chenopodium* como vermífugo, conforme indicado a seguir:

> Eficiência do tratamento padrão com Chenopodium: o diretor e o diretor assistente do recém-criado Departamento de Higiene da Universidade de São Paulo, assistidos pelo pessoal envolvido em medidas de controle de ancilostomíase no Brasil, fizeram progressos consideráveis durante o ano para estabelecer a provável eficiência média da dosagem anterior em condições de campo: nas experiências originais, feitas no Oriente em condições laboratoriais, dois tratamentos padrão de *chenopodium*, separados por um intervalo de dez dias, retiraram 99% de todos os ancilostomilos alojados por um grupo de trinta e nove adultos. Cento e cinquenta e seis casos foram tratados de forma semelhante no Brasil durante 1918, exceto que o trabalho foi feito em grande parte em condições de campo, e 97% dos vermes que abrigaram foram removidos. Assim, as experiências brasileiras confirmaram, na medida em que a pequenez dos números envolvidos pode ser aceita como confirmação, os testes realizados no Oriente. No entanto, uma grande quantidade de

> experiência de campo adicional precisará ser realizada antes que toda a praticabilidade e eficiência do tratamento rotineiro possam ser consideradas definitivamente estabelecidas. Um dos fatores restantes para uma investigação mais aprofundada é a aparente diferença no poder de resistir ao tratamento entre o Ancylostomo e o Necatoramericanus, e entre as pessoas que abrigam grandes números de vermes e aqueles que possuem apenas alguns. Experimentos com o padrão entre os *vagabonds boys* (menores abandonados): oitenta e dois *vagabonds boys* com mais de 14 anos de idade, que moravam em uma instituição em Pinheiro, no Estado do Rio de Janeiro, foram tratados três vezes com o *chenopodium* (Rockefeller Foundation Annual Report, 1918: p. 140-141, tradução da autora).

Ao lado das experiências no Rio de Janeiro, o Instituto de Higiene promoveu testes com a então população rural na cidade de Atibaia, localizada a cerca de 50 km da capital paulista, conforme indica outro trecho do Relatório de 1918:

> Testes na fazenda fortemente infetada e na cidade ligeiramente infetada. Dois ensaios foram feitos em Atibaia, Brasil, para determinar a eficácia do tratamento padrão administrado em condições de campo em campanhas regulares. No primeiro teste, foram escolhidas duas localidades: uma fazenda gravemente infetada e uma pequena cidade ligeiramente infectada. Dez pessoas em cada localidade foram selecionadas para o teste e receberam dois tratamentos de rotina com o *chenopodium*. Duas semanas depois, receberam o último desses dois tratamentos. Após três meses de teste com ochenopodium, no grupo da fazenda ainda restavam 134 vermes, ou 13 por caso [...] com 50% por cento de falhas (Rockefeller Foundation Annual Report, 1918: p. 142, tradução da autora).

O Relatório de 1919, por sua vez, é um dos mais extensos acerca das questões relacionadas às pesquisas com o *Amarelão* e aponta a continuidade das experiências com o ó*leo de chenopodium* nos estados de Pernambuco, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, embora se dedique também a outros temas de atuação e interesse da *Fundação* no Brasil, inclusive a febre amarela. Em 1920, o Relatório indica a existência estimada de 10 milhões de pessoas infectadas pela doença no Brasil.

No ano subsequente, 1920, o Relatório dedicou-se a elaborar um "balanço das atividades" da *Fundação Rockefeller,* com o controle da Ancilostomíase, na perspectiva de sua atuação internacional:

> Durante 1920, o trabalho de ancilostomíase, sempre realizado em conjunto com agências governamentais, avançou firmemente em nove estados do Sul. Nas Índias Ocidentais, as campanhas foram processadas na Jamaica, Santa Lúcia e Trinidad; uma pesquisa foi feita em Santo Domingo e em Porto Rico e após um estudo de campo foram inauguradas medidas de socorro. Na América Central, o trabalho continuou na Guatemala, Nicarágua, Salvador, Costa Rica e Panamá. Na América do Sul, foram realizadas campanhas na Colômbia e em dez estados do Brasil, onde foram fornecidos fundos do governo em grandes quantidades. No Extremo Oriente, foram realizadas medidas anti-ancilostomíticas na Austrália e Papua, Sião, Ceilão, Índia, Maurício e Ilhas Seicheles. Assim, os serviços de controle ou pesquisa foram prestados para quarenta e duas áreas governamentais diferentes em dezenove países diferentes do mundo(Rockefeller Foundation Annual Report 1919: p. 49, tradução da autora).

Cerca de vinte anos depois, em 1940, Hackett retornou ao Brasil e registrou em seu diário, o modo jocoso como essas ocorrências ficaram demarcadas na memória de seus protagonistas, como pode ser verificado a seguir.

> Um grupo de médicos brasileiros me ofereceu um almoço no Ipanema Country Club. Havia 53 pessoas presentes e foi um encontro alegre e informal em verdadeiro estilo brasileiro, com dois "oradores", que me fizeram todos os elogios possíveis, e o outro muito espirituoso, que se divertiu de mim e contagiou a audiência, imitando a extraordinária mistura de línguas latinas que emito quando penso que estou falando português. Ele lembrou alguns incidentes que ocorreram nos primeiros dias da Comissão Rockefeller no Brasil, incluindo o relatório do Professor Austregesilo à Sociedade de Medicina que alegava que a Fundação Rockefeller estava prospectando petróleo sob a fachada de tratamento de ancilostomíase (Hackett,1940,: p.10-11, tradução da autora).

A análise da dimensão e escala dessa atuação evidencia as bases sobre as quais se assentaram um novo conjunto de intervenções que nos anos subsequentes assegurou a constituição e desenvolvimento de várias especialidades médicas - e de campos científicos correlatos. O processo contemplava o financiamento a quadros rigorosamente selecionados, dedicados a promover áreas científicas emergentes ou básicas, entre as quais é possível citar a Anatomia Patológica, assim como a Medicina Tropical e a Medicina Nuclear, que serão analisadas mais detidamente a seguir, além da Biologia Celular e da Genética, entre outros ramos da pesquisa.

A "construção" da Medicina Tropical em São Paulo

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, como assinalado anteriormente. 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.

A reforma contribuiu para redefinir o arcabouço teórico e metodológico da Parasitologia Médica que ali se praticava em associação com a então denominada *Medicina Colonial*. Os recursos da *Rockefeller* seriam decisivos para instalar na Faculdade, com repercussões nas instituições do entorno, o que se tornaria a *Medicina Tropical*. Contudo, a força desse novo padrão não foi suficiente para desalojar inteiramente o modelo precedente. As sucessivas alterações em torno da Cadeira de História Natural Médica resultaram na criação de uma estrutura paralela em torno da *Medicina Tropical* que resultaria na criação de um Instituto com esse nome em 1959.

Uma explicação plausível para essa ocorrência pode ser identificada na convivência e disputa de pelo menos duas tradições científicas. De um lado, a francesa, em torno da qual o saber médico se organizara localmente desde o século XIX. De outro, a emergência e consolidação de um novo padrão de ensino e de práticas médicas representadas pelas intervenções da agência norte-americana. Desse modo, acompanhar a trajetória da cadeira de História Natural Médica instalada na Faculdade de Medicina de São Paulo pode contribuir para assinalar algumas das evidências que asseguram a plausibilidade dessa hipótese, como se busca demonstrar a seguir.

Ao estabelecer a estrutura curricular que seria implantada pela Faculdade de Medicina a partir de 1913, seus formuladores foram buscar na Santa Casa de Misericórdia os quadros que comporiam o corpo docente da nova instituição. Uma figura de destaque nesse contexto foi Celestino Bourroul. 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 Instituto Pasteur de Montpellier, no Instituto de Medicina Colonial na Faculdade de Medicina de Paris, e em duas outras capitais europeias, Berlim e Viena.

Em Paris, Bourroul estagiou sob a supervisão de Rafael Blanchard. Diretor do Laboratório de Parasitologia da Faculdade de Medicina de Paris

e criador do Instituto de Medicina Colonial, em funcionamento desde 1902. Blanchard havia se firmado como um dos expoentes da Parasitologia francesa no início do século XX. Em sua equipe, trabalhava Emile Brumpt, como chefe do Laboratório de Parasitologia do Instituto de Medicina Colonial que havia, entre outros trabalhos de destaque, realizado pesquisas sobre a doença do sono no Congo, então possessão francesa. As relações ali estabelecidas por Bourroul, que tinha também ascendência francesa,[5] foram duradouras e repercutiriam em sua carreira, como apontado a seguir.

De volta a São Paulo, Celestino alternou suas práticas entre o consultório próprio e o Laboratóriode Pesquisas Clínicas, entidade particular que criou e dirigiu, tornando-se também professor e membro do corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia. Em abril de 1913, a Faculdade de Medicina de São Paulo iniciou seu curso médico com duas aulas inaugurais. A primeira ocorreu no dia 2, a cargo de Edmundo Xavier, titular da Cadeira de Física Médica. No dia seguinte, coube a Bourroul inaugurar o curso de História Natural Médica, na condição de substituto de Emile Brumpt, contratado pela Faculdade de Medicina, mas que chegaria a São Paulo apenas alguns meses mais tarde. Porém, cerca de um ano e meio depois de sua chegada, Brumpt retornou para a França, alistado nos serviços médicos do exército francês com intensa atividade durante a Primeira Guerra Mundial. Com o final da guerra, permaneceu no seu país de origem, porém manteve um intercâmbio regular com pesquisadores brasileiros.

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. Mais tarde, a antiga cadeira se tornaria o atual Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias.

A preferência da *Rockefeller* pelos quadros formados em sua "tradição" pode ser avaliada pelo relato de Pearce acerca dos planos para alterar

5. Celestino Bourroul descendia de franceses procedentes de Antibes que se estabeleceram em São Paulo em meados do século XIX, cidade onde nasceu em 1880, filho do médico Paulo Bourroul e de sua prima Sebastiana Bourroul (Donato, 2002: s. p.).

a estrutura curricular da Faculdade de Medicina de São Paulo, conforme reproduzido a seguir:

> É interessante analisar os fatores responsáveis pela atual atitude favorável em relação à reorganização proposta, uma atitude que se desenvolveu desde a minha primeira visita em 1916 e que, aparentemente, ganhou tanta força que não pode ser ignorada: 1) A influência de uns poucos homens como Pedroso, Montenegro e A. Lindenberg com treinamento americano 2) A influência de Paula Souza e Borges que tiveram bolsas nos Estados 3) Darling e Smillie desenvolvendo o Institute de Hygiene, que a faculdade admite é o único departamento perfeito no Escola 4) Klotz, que mostrou como a patologia deve ser ensinada e é muito respeitado por todos os membros da faculdade 5) Alves Lima e sua visita aos Estados Unidos. Antes dessa visita, ele dizia ser pró-francês e anti-americano em sua atitude. Agora ele está pronto para lutar contra qualquer um pela reorganização e está continuamente se referindo às escolas e hospitais dos Estados como modelos. Aliás, pode-se acrescentar que, como cunhado do Presidente do Estado, sua atitude é de grande influência 6) A atitude dos progressistas locais que veem na ajuda da FR uma oportunidade de desenvolver em São Paulo uma escola melhor do que a do Rio. Este fator só pode ser apreciado por aqueles que conhecem a extensão do ciúme existente entre as duas cidades. Após a reunião do comitê, procurei Paula Souza e Pedroso e aconselhei-me sobre os métodos de procedimento na reunião do corpo docente amanhã à noite, descrevendo argumentos para eles e exortando a evitar críticas pessoais. Eu fiz isso porque eles são tão partidários em sua atitude e tão inclinados a assumir a oposição como um insulto pessoal que temi que eles pudessem impedir uma ação favorável e despertassem animosidade (Pearce, 1922: p.12).

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 transformado mais tarde em unidade de pesquisa da Universidade de São Paulo.[6] Alguns indicadores são relevantes da presença *Fundação Rockefeller* nesse processo. Merece destaque, por exemplo, o fato de que as principais lideranças que conduziram à institucionalização dessa área de saber, na "chave" Medicina Tropical, estabeleceram vínculos com a *Fundação Rockefeller*, principalmente 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 também 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 (Marinho, 2016: s. p.).

Novos campos, atores e especialidades: a emergência da Medicina Nuclear

No final da década de 1940, o relacionamento entre a *Fundação Rockefeller* e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo havia cumprido uma trajetória razoavelmente consolidada em termos de concessões, financiamentos, apoios a bolsistas, áreas de pesquisa, laboratórios, equipamentos e modelos institucionais que começara a se desenrolar em 1916, ou seja, mais de trinta anos antes. A relação entre as duas instituições

6. IMTSP foi criado "para desenvolver pesquisas que fornecessem subsídio científico e tecnológico para o diagnóstico, tratamento, controle e prevenção das doenças tropicais e grandes endemias do nosso país. Durante 40 anos o IMTSP esteve ligado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas, a partir de dezembro de 2000, tornou-se uma unidade autônoma, um Instituto Especializado da USP". Conferir: <http://www.imt.usp.br/pt_br/sobre-o-imtspacesso>.

vivenciara alguns momentos de tensão, devidamente contornados pelos diferentes atores envolvidos na trama de acordos e negociações que atribuíram à São Paulo, e ainda mais especificamente à Faculdade de Medicina, um lugar privilegiado na alocação de recursos voltados para a reforma da educação médica e implantação de campos científicos correlatos.

Sem descuidar da Saúde Pública como uma de suas áreas prioritárias de atuação em escala mundial, a ação da *Rockefeller* em São Paulo assumiu, no entanto, um arcabouço diferenciado ao fomentar também campos especializados da pesquisa biomédica que, em boa medida, não só acompanharam como deram suporte e amparo à própria constituição de especialidades médicas. A rigor, esse processo multifacetado de apoiar e difundir práticas sanitárias de prevenção ou combate a endemias por meio de instituições de ensino ou logística de apoio e infra-estrutura técnica e organizacional para campanhas em diversos pontos do território, ao mesmo tempo em que promovia a reforma da educação médica e fomentava campos científicos correlatos, era uma estratégia mundial.

O caráter estratégico de suas ações se revelaria de modo muito evidente na implantação e difusão da Medicina Nuclear no país, a partir da criação do Laboratório de Isótopos na Universidade de São Paulo, por meio da Faculdade de Medicina (FM) e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (FFLCH). Não por acaso, ganhou destaque, pelo lado brasileiro, a atuação do casal de médicos Tede Eston e Veronica Rapp Eston, ambos formados em 1944 na própria Faculdade de Medicina da USP. Pela *Rockefeller*, um dos principais interlocutores foi o físico Harry Miller Jr, como será analisado a seguir.

Em 1949, com dotações da *Fundação*, os Eston criaram o Laboratório de Isótopos no âmbito da Cátedra de Química Fisiológica da Faculdade de Medicina, em salas cedidas por Jayme Cavalcanti, então catedrático. Nos anos subsequentes, os Eston desenvolveram atividades que permitiram a criação, em 1959, do Centro de Medicina Nuclear, anexo à Faculdade de Medicina. Após a realização dos primeiros cursos de Metodologia de Radioisótopos da América Latina, a Comissão de Energia Atômica dos Estados Unidos e a Agência Internacional de Energia Atômica, reconheceram o Centro como

"instituição modelo para laboratórios de radioisótopos". Em decorrência dessa intensa atuação, Tede e Verônica Eston criaram em 1961 a Sociedade Brasileira de Medicina Nuclear (SBMN).

Ao longo de dez anos, ou seja, entre 1949 e 1959, a *Fundação Rockefeller* financiou viagens e os estágios internacionais para o casal, além de promover a ida de especialistas para São Paulo. Tede Eston, por exemplo, estagiou no Canadá e Estados Unidos. De janeiro de 1946 a dezembro de 1947, esteve no *Instituto Bantingand Best* da Universidade de Toronto, sob a supervisão do fisiologista canadense, Charles Best, co-descobridor da insulina. No ano seguinte, estagiou também na Faculdade de Medicina de Montreal, onde permaneceu até 1948, sob a supervisão de Hans Seyle, médico húngaro que se fixara no Canadá em 1945 e é reconhecido como iniciador dos estudos do *stress* humano.

Verônica Eston foi igualmente contemplada por recursos da *Rockefeller* por meio dos quais seguiu sua formação internacional no Canadá e Estados Unidos, com estágios entre 1946 e 1947 na pesquisa de Isótopos, experiência que subsidiaria a implantação do Laboratório de Isótopos na Faculdade de Medicina em São Paulo e o desenvolvimento do primeiro Curso Latinoamericano de Metodologia de Isótopos, oferecido inicialmente em 1953. Além dos Estados Unidos e Canadá, em 1951, o casal visitou centros de pesquisa na Europa, mantendo contatos pessoais na Inglaterra, Suécia e Suíça.

A introdução da tecnologia de radioisótopos, que por suas propriedades radioativas atuam como marcadores celulares, além de agir diretamente sobre formações de tecidos e órgãos de seres vivos, esteve cercada de restrições em razão do uso militar de material radioativo. Em pleno contexto da chamada Guerra Fria, o acesso era proibido e intensamente controlado nas instalações de processamento desse material nos Estados Unidos, especialmente para estrangeiros. Desse modo, foram necessárias muitas intervenções diretas da própria *Fundação* para que o casal pudesse acessar os laboratórios de *Oak Ridge*, instalações então restritas aos nativos norte-americanos.

Os registros de Harry Miller sobre os incidentes são reveladores das dificuldades enfrentadas, como pode ser verificado no trecho transcrito a seguir:

> Dr. Tede e Veronica Eston. Ambos estão vinculados ao Departamento de Bioquímica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde são responsáveis pelo desenvolvimento de pesquisas com substâncias radioativas em biologia e medicina, fazendo seu próprio trabalho e auxiliando investigadores em outros departamentos e faculdades. O apoio total da faculdade é de cerca de US $ 18.000, correspondente a US $ 25.000, que estará disponível durante um período de cinco anos. Aconselhados por WW (*Warren Weaver)*, GRP, HM (*Harry Miller*) em vários assuntos, incluindo o procedimento para se admitir nos laboratórios dos EUA, onde parte do ou todo o trabalho é secreto. WW telefonou para o Diretor L, J. Haworth do Laboratório Brookhaven e os arranjos provavelmente serão feitos para que os Estons sejam recebidos. Os Estons começarão suas visitas nos EUA depois de irem a Washington e terem obtido da Embaixada do Brasil a solicitação formal para o Departamento de Estado, para estagiarem em Oak Ridge, Argonne e outras autorizações. A HMG providenciou a transferência de fundos disponíveis para suas despesas sob RF 501. + 6. Eles estarão ausentes do Brasil por um total de seis meses e manterão N.Y. informado sobre endereços na Inglaterra, Suécia e Suíça (Miller, 1951: p.12).

Apesar do empenho de Harry Miller, as tensões em torno do processo se estenderam mais do que o previsto conforme indicado nos registros reproduzidos a seguir:

> Embora a Oficina Sanitária Pan-Americano tenha prometido aos Estons em dezembro de 1950 que eles seriam admitidos para o Curso de Técnicos Oak Ridge de 4 semanas a partir de 9 de julho de 1951 (com base no fato de que a AEC concordou em admitir 12 latinos recomendados

> pela Oficina Sanitária Pan-Americana), o telefonema de HMM para Ralph Overman em Oak Ridge estabeleceu que: 1) Nenhuma promessa desse tipo foi feita para a Oficina 2) A medida que 225 cidadãos dos EUA solicitaram 40 lugares, nenhum estrangeiro pode ser aceito 3) Os Estons poderão ouvir "algumas, possivelmente um bom número de palestras" e serem ajudados de várias maneiras por Hollaender e outros (Miller, 1951: p. 71).

Apesar das adversidades, os cursos propostos pelo casal Eston na Faculdade de Medicina em São Paulo foram realizados, com grande interesse de médicos, pesquisadores e instituições brasileiras e sul-americanas, como assinalado acima. Os contatos sistemáticos com Arthur Wormall, responsável pela introdução da metodologia de radioisótopos no Reino Unido, permitiram que o pesquisador britânico se deslocasse para São Paulo em 1953, onde atuou como supervisor do primeiro curso organizado pelos Eston na Faculdade de Medicina. Nove participantes da América Latina foram selecionados pela UNESCO em países como Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Cuba, Peru, Paraguai, Uruguai, Venezuela. Entre os brasileiros, estavam professores médicos e pesquisadores do Rio de Janeiro que então organizavam o *Serviço Nacional de Câncer*.

Considerações Finais

Amparada por recursos sem precedentes, a *Fundação Rockefeller* buscou difundir valores que se encontram alojados no cerne de um modelo de produção e difusão de conhecimento que é também a expressão de uma sociedade e de uma racionalidade ainda hegemônicas. Sustentada pelo poderoso e*stablishment* econômico norte-americano e associada muito estreitamente ao espectro político ultraconservador dos Estados Unidos, suas ações contribuíram para aprofundar vínculos de poder, promover técnicas, modelos e concepções científicas em diversos campos do saber, com destaque para as práticas médicas, de ensino, pesquisa, campanhas sanitárias ou assistência médico-hospitalar. Nesse sentido, a escala e amplitude das ações

empreendidas pela *Fundação Rockefeller* na primeira metade do século XX em cerca de 65 países nos quais esteve presente continuam a suscitar análises em torno de seu poder modelador sobre atividades de interesse público, como a ciência, a saúde, a educação.

No Rio e Janeiro, onde instalou seu escritório central, sua atuação voltou-se para o apoio intensivo às atividades sanitárias, destinadas inicialmente ao combate da febre amarela. Por meio de seus representantes, quadros técnicos altamente qualificados, a *Fundação* pôde formular e acompanhar a execução de uma ampla política de intervenção no território nacional, por meio da montagem de uma rede de postos avançados de atendimento e de coleta de dados. Em São Paulo o ensino e a pesquisa na área biomédica foram dimensões privilegiadas de recursos e financiamentos destinados ao Brasil pela *Fundação.* Apesar dos estudos mencionados, inexiste, ainda, uma análise mais apurada em torno de duas frentes distintas, porém relacionadas, que organizaram sua atuação em termos nacionais e que se manifestaram mais diretamente por ênfases distintas no campo da Saúde Pública e da filantropia científica.

Referências Bibliográficas

ASHFORD, Bailey K. *A Soldier of Science.The Autobiography of Bailey K. Ashford.*

Universidad de Puerto Rico Publisher, 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry (coord.) *et alii*. *Febre Amarela: a doença e a vacina:* umahistória inacabada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001

CAMPOS, Cristina de. *São Paulo pela Lente da Higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade:* 1925-1945. São Carlos/SP: Rima, 2002.

CUETO, Marcos. *Missionaires of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press, 1994

DONATO, Hernâni. *Celestino Bourroul:* o santo leigo. São Paulo: Nova Bandeira, 2002.

FARIA, Lina Rodrigues de. *A Fase Pioneira da Reforma Sanitária no Brasil:* a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930) [dissertação de mes-

trado] Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994

FARIA, Lina Rodrigues de. *Ciência, Ensino e Administração em Saúde:* a Fundação Rockefeller e a criação do Instituto de Higiene de São Paulo [tese] Rio de Janeiro: Deptº de Ciências Humanas e Saúde/IMS-UERJ, 2003.

FARIA, Lina Rodrigues de. *Saúde e Política:* a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz (Col. História e saúde), 2007.

GLICK, Thomas F. The Rockefeller Foundation and the Emergence of Genetics in

Brazil,1943-1960. *In:* CUETO, Marcos (1994). *Missionairesof Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington and Indianapolis, Indiana

University Press, 1994.

HACKETT, Lewis. *Diary*. Rockefeller Archive Center, 1940.

KORNDÖRFER, Ana Paula. ""An International Problem of Serious Proportions": A Cooperação entre a Fundação Rockefeller e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul no Combate à Ancilostomíase e seus Desdobramentos (1919-1929). Doutorado (tese), PUC-RS, Porto Alegre (RS), 2013.

LÖWY, Ilana. *Vírus, Mosquito e Modernidade:* a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz (Col. História e saúde), 2006.

MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha. *Norte-Americanos no Brasil:* uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). Campinas/Bragança Paulista/São Paulo: Autores Associados/Universidade São Francisco/Fapesp, 2001.

MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha. *Elites em Negociação:* breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo: 1916 - 1931. Bragança Paulista/SP: Edusf, 2003.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C e MOTA, André e (Orgs.). *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). São Paulo: CD.G (Coleção Medicina, Saúde e História – vol. 3), 2013. Disponível em:<https://www.academia.edu/5434216/Caminhos_e_Trajetos_da_Filantropia_Cientifica_em_S%-C3%A3o_Paulo._A_Funda%C3%A7%C3%A3o_Rockefeller_e_suas_Articula%C3%A7%C3%B5es_no_Ensino_Pesquisa_e_Assist%C3%AAncia_para_a_Medicina_e_a_Sa%C3%BAde_1916-1952_>. Acesso em: 21.06.2017

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C e MOTA, André e CAMPOS, Cristina de (Orgs.). *Racionalidades em Disputa.* Intervenções da Fundação Rockefeller na Ciência, Medicina e Práticas Médicas do Brasil e América Latina. São Paulo: Faculdade de Medicina-USP/Editora Universidade Federal do ABC (UFABC)/CD.G (Coleção Medicina, Saúde e História – vol. 8), 2015.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo.* Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969). *In*: *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Lisboa: 2016.

MARQUES, Rita de Cássia. *A filantropia científica nos tempos da romanização:* a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). Horizontes, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 175-189, jul/dez., 2004.

MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da. *Baeta Viana, o Laboratório de Bioquímica e a Fundação Rockefeller na Faculdade de Medicina de Belo Horizonte (1913-1964)*. *In*: MARINHO, Maria Gabriela S. M. C., MOTA, Andre; campos, Cristina. (Org.). *Racionalidades em disputa:* intervenções da Fundação Rockefeller na Ciência, Medicina e Praticas Medicas no Brasil e America Latina. 1ed. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, UFABC e Casa de Soluções Editora, 2015.

MELLO, Guilherme Arantes. *Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde*. tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MILLER, Harry. *Diary*, 1951, Rockefeller Archive Center.

PALMER, Steve. *Toward Responsibility in International Health:* Death following Treatment in Rockefeller Hookworm Campaigns, 1914–1934. Med Hist. Apr. 54(2): 149–170, Cambridge Journals Medical History, 2010.

PEARCE, Richard, Diary, 1922, Rockefeller Archive Center

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil:* ecos da Primeira República. Bragança Paulista/SP: Edusf, 2003

12

Prelúdios de uma epidemia: divergências entre médicos brasileiros e da Fundação Rockefeller em torno do diagnóstico de febre amarela (1920 – 1930)

Paloma Porto[1]

A atividade inicial da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela em terras brasileiras – elaborada pela *International Health Board* da Fundação Rockefeller – pode ser dividida em duas fases: a primeira, de controle suave (1923-1928), teve início com as atividades ainda no Nordeste, guiada pela teoria do *foco-chave* de eliminação dos mosquitos *Aedes aegypti;* a segunda, de controle mais rígido (1928-1930), trouxe à tona dados epidemiológicos que puseram em evidência a contaminação das zonas rurais, acompanhada do fim das certezas sobre a febre amarela.

Grande parte dos historiadores da ciência e da saúde pública atribui o fim das certezas sobre a doença a três fatores: a domesticação em laboratório do agente da febre amarela[2] em 1927; o "descobrimento" da febre amarela

1. Pós-doutoranda, Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/Agência Financiadora: CAPES. Contato: palomaporto@gmail.com.
2. Tal procedimento aconteceu num laboratório da África e foi feito por meio da infecção experimental do *Macacus rhesus*, animal de origem asiática. Foi identificado que a doença

silvestre nos anos de 1930;[3] e o desenvolvimento de métodos precisos de diagnóstico. No entanto, a noção do caráter endêmico do mal amarílico no interior do Brasil já estava posta para os médicos brasileiros. Tal perspectiva foi defendida por muitos médicos brasileiros, mas não foi levada em consideração pelos médicos norte-americanos. Esse estudo analisa um aspecto da tentativa de erradicar a febre amarela na década de 1920: as divergências de diagnósticos entre os médicos brasileiros e os da Fundação Rockefeller, no que diz respeito à identificação de casos de febre amarela no interior do Brasil. Argumenta, ainda, que a relutância da administração norte-americana em reconhecer que a febre amarela estava presente no interior do país foi um dos motivos para o surgimento da grande epidemia do Rio de Janeiro, em 1928.

Dado o escopo do trabalho, é preciso entrar no conteúdo cognitivo da ciência para entendê-la fazendo sentido em determinado contexto. A "ciência da saúde pública" será trabalhada como uma prática cultural, produzida por atores inseridos em suas instituições, científicas ou não, que partilham uma linguagem na qual esse conhecimento irá se legitimar como científico, como verdade dentro de um coletivo de pensamento.

Endemicidade no Interior do Brasil

A virada do século XIX para o XX assistiu a uma efervescência de experiências científicas em torno da identificação e do controle da febre amarela. Os métodos tradicionais de combate ao mal amarílico, tais como: quarentenas, cordões sanitários, isolamentos de localidades contaminadas, eram tidos como caros e ineficientes. Além dos Estados Unidos, países como França e Inglaterra, frequentemente, manifestavam interesse em desenvolver outras formas de combate, uma vez que a doença prejudicava suas transações comerciais e vitimava muitos dos seus colonos, não só em suas poções

---

desenvolvida pelo macaco era idêntica à doença dos humanos, principalmente pela semelhança de suas lesões patológicas (Stokes; Bauer & Hudson, 1928: p. 253-254.

3. A noção do conceito da febre amarela silvestre já estava circulando na Colômbia, desde o século XIX, ou seja, trinta anos antes da "descoberta" de Fred Soper, no Brasil (Quevedo Vélez *et all,* 2008: p. 73).

coloniais, como em portos europeus e americanos. Foi nesse ímpeto que muitas missões científicas foram enviadas aos trópicos.

Em 1900, uma Comissão do Exército dos Estados Unidos, comandada por Walter Reed, foi enviada para Cuba para testar a "hipótese mosquito" de transmissão da doença apresentada por Carlos Finlay. A primazia da descoberta do mosquito vetor não é um consenso até hoje. Historiadores da ciência de vários países possuem versões com ênfases distintas. Polêmicas à parte, a única ideia que parecia ser universal na comunidade científica internacional, naquele momento, era a de que a febre amarela era uma doença urbana.

A existência de um período de latência da febre amarela foi cogitada pela missão francesa em 1911, durante a investigação de uma epidemia da doença no Senegal (Simond, 1901: p. 24). Segundo os cientistas, o intervalo de tempo entre o primeiro caso de febre amarela e os casos adicionais era um sinal do seu caráter endêmico. Três anos antes, Carter já tinha averiguado esse intervalo de tempo; no entanto, sua percepção foi a de constatar que existia uma fase de transformação da doença no interior de um hospedeiro invertebrado. Ou seja, observações parecidas – de que existia um intervalo de tempo entre o primeiro caso e os adicionais, mas com conclusões diferentes e em contextos igualmente distintos.

Mas foi a "hipótese mosquito" que motivou o financiamento da Missão Pasteur em terras brasileiras por parte do Ministério das Colônias Francesas, em 1901. Com um completo equipamento de laboratório bacteriológico na bagagem, os franceses desenvolveram vários experimentos, sempre em diálogo com os médicos brasileiros. Apesar do interesse dos franceses em repetir os resultados obtidos pela Comissão Reed e da ausência de método de visualização do agente da doença, a principal contribuição da Missão Pasteur foi o trabalho em grupo com os médicos brasileiros na investigação da existência de grandes zonas endêmicas e da sobrevivência do agente patógeno entre uma epidemia e outra. A chave explicativa estava no estudo das crianças que apresentavam sintomatologia frequente e pouco severa. Isso poderia explicar, segundo Lowy, "a manutenção permanente e invisível da febre amarela nas populações locais (as crianças serviam de reservatório

inesgotável do vírus) e o caráter endêmico da febre amarela em algumas regiões do país (a doença se propagava por intermédio das crianças)" (Lowy, 2006: p. 81). A manipulação de infecção experimental da febre amarela, via mosquito ou por injeção com soro de um doente, possibilitou a confirmação de que poderia existir casos pouco sintomáticos da doença. Em suma, os franceses puderam "demonstrar" algo que os médicos brasileiros cogitavam, por vivência e observações clínicas, mas não tinham a *expertise* de verificar sob os preceitos partilhados pela comunidade científica internacional.

Casos Suspeitos

Ao longo do começo do século XX, as campanhas contra a febre amarela desenvolvidas no Brasil foram influenciadas tanto pelas pesquisas da Comissão Reed e seu desdobramento com a campanha de combate em Havana, sob os auspícios do General Gorgas, como pelos postulados da medicina europeia. É sabida a influência dos métodos utilizados por Gorgas na atuação de Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e de Adolpho Lutz e Emílio Ribas em São Paulo. Mas a permanência de casos suspeitos pelo interior do país atraiu a atenção dos médicos da Fundação Rockefeller, que já vinham desenvolvendo campanhas de erradicação da febre amarela em alguns países da América Latina.

Portadores de um *saber-fazer* administrativo e de uma confiança inabalável em seus postulados científicos aportaram no Brasil e tentaram fazer do país a sua apoteose,[4] enquanto potência em matéria de saúde pública. Foi durante seus últimos meses da primeira fase de atuação (controle suave), que os médicos da Fundação passaram por um período de otimismo quanto à erradicação da febre amarela no país, decorrente do sumiço de

4. A Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela, implementada pela Fundação Rockefeller em 1918, foi desenvolvida nas Américas e na África e o Brasil foi considerado um lugar apoteótico para a demonstração da superioridade da saúde pública norte-americana. Segundo Rodrigo Magalhães, alguns fatores contribuíram para essa visão da Fundação, quais sejam: governo brasileiro mantinha boas relações diplomáticas com os Estados Unidos, detinha uma tradição médica no combate à febre amarela e um sistema político federalista, além do caráter estadual de ensino superior, que facilitaria a penetração de modelos médicos-sanitários (Magalhães, 2016: p. 88-89).

casos positivos da doença. Tal otimismo explicou o fechamento de várias estações de controle dos mosquitos, a redução do orçamento alocado para a campanha e o planejamento do desmonte do escritório brasileiro. Um fator relevante e ainda pouco estudado para analisar a quebra desse período de "tranquilidade" foi o surgimento de "casos suspeitos" no interior do país, que ficaram conhecidos pelas "divergências de opiniões".

Os casos suspeitos em questão são referentes ao "Incidente de Aldeia Velha" (Pernambuco) e ao "Caso Jacaraú" (Paraíba), uma série de controvérsias científicas travadas entre médicos da Fundação Rockefeller, de um lado, e médicos brasileiros, do outro, que puseram em disputa questões caras à epidemiologia da febre amarela da primeira metade do século XX. Formam um conjunto de reações de alguns médicos da Fundação Rockefeller contra os diagnósticos positivos para febre amarela que, supostamente, colocaria por terra a ciência norte-americana construída com todo rigor de observação e experimentação por mais de 20 anos.

O início da contenda se dá a partir de 1920, com o término das investigações epidemiológicas no interior de Pernambuco, pelos médicos Clóvis Corrêa da Costa e Antônio Luiz de Barros Barreto. Os resultados desta investigação não deixavam dúvidas de que Aldeia Velha, povoado na mesorregião do sertão pernambucano, passara por uma epidemia de febre amarela. Para conduzir a investigação, os médicos brasileiros levaram em consideração a "sintomatologia, curso clínico, elevada mortalidade e a presença de *Aedes aegypti*" na região. Isto é, mergulharam numa miríade de estudos clínicos, considerados anticientíficos pelos norte-americanos. Neste momento, ainda não existia um acordo formal entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro, mas os médicos norte-americanos, na espera de firmar esse acordo, acompanhavam os médicos brasileiros nas observações de casos tidos como suspeitos. Do diagnóstico positivo de febre amarela em Aldeia Velha decorreu o embate entre médicos brasileiros e médicos da Fundação Rockefeller, estes pretendiam erradicar a febre amarela a partir de dados epidemiológicos e fórmulas matemáticas. O norte-americano Theodore Charles Lyster, convicto da infalibilidade da teoria *focos-chave*, rechaçou veementemente o resultado da investigação de Corrêa da Costa e

Barros Barreto, uma vez que as "mortes haviam ocorrido fora do setor mais densamente povoado" (Soper &Duffy, 1979: p. 29).

A teoria *focos-chave* foi desenvolvida por Carter[5] ao longo dos seus estudos de campo nos Estados Unidos[6] e em Cuba.[7] Para além do seu valor prático, a teoria foi defendida como um parâmetro confiável por ter sido construída dentro de um sistema rigoroso de experimentação. Segundo a teoria, para que a febre amarela permaneça endêmica em determinada região, é preciso que haja uma série de casos contínuos e que se manifestem no espaço de tempo compatível com o período de incubação da doença. Por sua vez, os casos dependem da considerável presença de pessoas não imunes (crianças e imigrantes). Uma vez reduzida a densidade do mosquito *Aedes aegypti* nos centros endêmicos, chamados de *focos-chave,* aconteceria o desaparecimento espontâneo da febre amarela nos focos epidêmicos (Carter, 1920: s. p.). Nas palavras de Lowy:

---

5. Em outubro de 1914, a teoria científica norte-americana veio a público por meio do memorando publicado por Wickleffe Rose: "Yellow fever: feasibility of its eradication" ("Febre amarela: viabilidade de sua erradicação"). No entanto, segundo Wilbur A. Sawyer, o memorando teria sido escrito em agosto de 1914 e ao elaborar o plano de ação, Rose teria consultado o General William Crawford Gorgas (responsável pelo controle da febre amarela em Havana e na região da construção do Canal do Panamá), Henry Rose Carter (autor dos postulados da erradicação espontânea da doença) e Joseph White, assim como Carter, membro do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (Sawyer, 1936: p. 35-36).
6. Em 1898, Carter empreendeu detalhadas observações epidemiológicas na região do Mississipi, mais precisamente nos pequenos povoados de Taylor e Orwood. Sua observação de que o lapso de tempo, de duas a três semanas, entre os primeiros casos notificados de febre amarela e os casos subsequentes foram de suma importância na percepção de que "o agente da doença devia passar por um estágio de desenvolvimento no interior de um hospedeiro intermediário invertebrado" (Lowy, 2006: p. 64), uma vez que o período de incubação da doença seria de um a sete dias.
7. Carter foi membro importante da Comissão Reed, composta por médicos militares norte-americanos, durante os anos de 1900 e 1901. A Comissão foi articulada na intenção de investigar os casos de febre amarela que assolavam as guarnições de soldados norte-americanos durante a ocupação do território de Cuba. A ideia de que o mosquito *Aedes aegypti* seria o vetor da febre amarela já estava circulando na comunidade científica internacional, a partir das observações de Carlos Finlay, desde 1883, e a Comissão Reed fez todo um esforço para comprovar, com bastante rigor científico, a "hipótese mosquito". O papel dos animais invertebrados na transmissão de doenças, demonstrada por Patrick Mason em 1879 (em seus estudos sobre a filariose), assim como tantos outros estudos de pesquisadores europeus, formam um mosaico de conhecimentos que vão dando forma aos postulados seguintes.

> Os pesquisadores da Fundação Rockefeller, para atestar a existência de "focos-chave", apoiavam-se em cálculos de probabilidade baseados na observação da dinâmica de disseminação da febre amarela e do seu desaparecimento espontâneo de um foco epidêmico. Esses cálculos levaram em consideração o tamanho das aglomerações, a densidade das populações e a proporção de recém-imigrados na comunidade, para chegar a uma fórmula matemática (Lowy, 2006: p. 129).

Foi com base nesses pressupostos que Lyster, médico do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, negou-se a aceitar o diagnóstico de febre amarela dos médicos brasileiros, pois as mortes haviam acontecido fora de centros urbanos densamente povoados; o "índice de *A. aegypti* não passava de 43%, valor, em seu juízo, baixo" (Soper & Duffy, 1979: p. 29); as descrições clínicas dos casos não procediam de pessoas gabaritadas; e Aldeia Velha era por demais isolada geograficamente, com número de viajantes, que passavam por essa região, pouco expressivo para que justificasse a epidemia. O rechaço de Lyster engendrou um embate entre os médicos epidemiologistas e os clínicos, estes últimos experientes na sintomatologia diversa da febre amarela e influenciados pela perspectiva da febre amarela latente. Foi uma das molas propulsoras que deram origem às longas divergências entre o diagnóstico epidemiológico e o diagnóstico clínico ao longo de quase 10 anos. Todavia, desde a década de 1910, a convicção na teoria *focos-chave* já não era universal, pois entravam em contradição com estudos de médicos latino-americanos e médicos franceses da Missão Pasteur, Simond e Marchoux (Lowy, 2006: p. 128). Pesquisadores britânicos já consideravam casos pouco virulentos de febre amarela como fatores importantes para a sobrevivência de sua endemicidade silenciosa (Clifford, 1913: s. p.).

O rechaço de Lyster reverberou na comunidade médica brasileira e trouxe à tona posicionamentos enfáticos ao médico norte-americano e, por extensão, a teoria *focos-chave*. Segundo o informe publicado por Corrêa da Costa, nos *Arquivos Brasileiros de Medicina*:

> No norte do Brasil, a febre amarela é um problema mais grave e mais difícil de resolver do que se supõe; o vírus se espalhou por uma vasta área, dentro e fora das cidades, em locais de pouca densidade populacional e, às vezes, se afasta de maneira desconcertantemente de seus próprios padrões epidemiológicos, a ponto de justificar a conjectura de uma infecção não catalogada, se não fosse a estranha propagação de *stegomyia calopus* (*Aedes aegypti*) nestas regiões e pelas observações clínicas e autópsias realizadas por uma pessoa competente e respeitável em matéria de febre amarela (Corrêa da Costa, 1920: p. 308-309).

A publicação de Corrêa da Costa abre a disputa na comunidade científica e, a reboque, na arena pública. As controvérsias científicas juntam-se a outros desconfortos de ordem política. Um ano depois, em 1921, Fred Soper identificou e notificou casos suspeitos de febre amarela em Alagoas. O médico norte-americano estava atuando, em Pernambuco, no combate à ancilostomíase e diante da sua experiência durante o acompanhamento do "incidente em Aldeia Velha", não teve dúvidas que os casos em Porto Calvo e Maragogi eram, de fato, febre amarela. A morte de uma criança e de quatro sacerdotes holandeses, naquela região, trouxe à tona um aspecto novo para a rotina de Soper: "a política influencia no diagnóstico de doenças transmissíveis" (Soper & Duffy, 1979: p. 36). Ainda nas palavras de Soper:

> [...] convencido que estes casos representavam uma ameaça para a saúde pública, ingenuamente me coloquei em comunicação com o Governador do Estado, o Diretor do Serviço Estadual de Saúde e o Diretor da Comissão Federal da Febre Amarela no Estado. Devido à situação política local, nem as autoridades estaduais, nem tampouco a Comissão Federal mostraram interesse algum em tomar medidas. O Diretor dessa Comissão era candidato a deputado e se atribuía a eliminação da febre amarela em Alagoas, enquanto isso as autoridades estaduais insistiam que a enfermidade nunca havia existido no Estado" (Soper & Duffy, 1979: p. 36, tradução nossa).[8]

8. Texto original: […] convencido de que estos casos representaban una amenaza para la salud pública, ingenuamente me puse en comunicación con el Gobernador del Estado, el

Por quase uma década, a atitude dos médicos da Fundação Rockefeller dependia muito da relação de força existentes nas localidades. De forma geral, variava entre a admiração por algumas conquistas na área da saúde e ciência, e o olhar de superioridade em direção à população. Essas relações, que se deram basicamente em forma de comparações, assistiram ao acirramento das divergências sobre diagnósticos de febre amarela no interior do país, por ocasião da notificação de casos suspeitos na aldeia de Jacaraú, interior da Paraíba, pelo médico Walfredo Guedes Pereira. O caso Jacaraú veio à tona no dia 27 de setembro de 1927, quando chegou ao conhecimento de Michael Edward Connor, diretor de campo da Fundação Rockefeller no Brasil, o telegrama do médico paraibano. A notícia de sete casos da doença com seis mortes, no intervalo de tempo de dois meses, foi perturbadora aos norte-americanos.

Os casos suspeitos foram investigados por vários médicos e um deles foi John Austin Kerr, representante da Fundação Rockefeller na Paraíba, que aceitou o diagnóstico positivo para febre amarela dado por Guedes Pereira. Antes mesmo de pensar em se deslocar até a região para avaliação dos casos, Michael Connor tratou de escrever um telegrama rechaçando o diagnóstico. A exemplo de White em 1920, alegou parecer influenza. Connor, convicto da infalibilidade da teoria do *focos-chave,* não adotou nenhuma medida, enquanto Guedes Pereira sustentava que se tratava de febre amarela sob o argumento da endemicidade de regiões ermas, como era o caso de Jacaraú.

Para surpresa de Connor, na tarde do dia 05 de novembro de 1927, Guedes Pereira informa novos casos de febre amarela em Jacaraú. Segundo o diário de Kerr, mais uma oportunidade de prova empírica foi desperdiçada:

Director del Servicio Estatal de Salud y el Director de la Comisión Federal de la Fiebre Amarilla en el Estado. Debido la situación política local, ni las autoridades estaduales, ni tampoco la Comissión Federal mostraron interés alguno en tomar medidas. El Director de esa Comisión era candidato a diputado y se atribuía la eliminación de la fiebre amarilla en Alagoas, mientras que las autoridades estaduales insistían en que la enfermidad nunca había existido en el Estado (Soper & Duffy, 1979: p. 36). Ao longo do texto, todas as citações em língua estrangeira serão traduzidas pela autora em nota de rodapé.

> [...] o "líder comunitário" de Jacaraú me telegrafou em 30 de outubro, mas o telegrama não foi recebido neste escritório. Se tivesse sido recebido, há uma boa chance de que um médico estivesse em Jacaraú quando a criança morreu, e uma autópsia cuidadosa teria sido feita (Kerr, 1927: box 130, folder 1542, tradução nossa).[9]

A essa falta de prova, Connor associou à falta de rigor científico que pautava os diagnósticos dos médicos locais, sem o qual imperava a "euforia pelo assunto". Devido à insistência de Guedes Pereira em seu diagnóstico de febre amarela para todos os casos de Jacaraú, a contenda foi parar na sala do diretor do DNSP – Diretoria Nacional de Saúde Pública Clementino Fraga. Com isso, as controvérsias científicas ganharam uma proporção maior. Os médicos que se envolveram nessas divergências pretendiam defender perspectivas diferentes. O "estilo de pensamento" dos médicos locais influenciada pela perspectiva clínica, e na impossibilidade, naquele contexto, de visualizar o agente misterioso da doença, foi o defender a ideia da febre amarela latente. Já os norte-americanos, foi a convicção da capacidade de se alcançar o sucesso e a "veracidade dos fatos" por meio da ciência, da experimentação, e na fé inabalável dos números para o alcance da "verdade absoluta da realidade objetiva". Mas por que essa perspectiva objetiva precisava ser defendida tão ferozmente? E por quem?

Michael Connor

Henry Rose Carter, médico do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, focou o grande esforço que mobilizou os médicos e engenheiros sanitários norte-americanos durante os últimos anos do século XIX e início do século XX. A associação do aparecimento da febre amarela à presença efetiva do mosquito *Aedes aegypti*, à ligação com medidas de altitude, aos estudos das condições de temperatura, à investigação dos costumes dos povos

9. Texto original: [...] the "leading citizen" of Jacaraú telegraphed me on October 30, but the telegram was not received at this office. Had it been, there is a good chance that a doctor would have been in Jacaraú when the child died, and an autopsy would have been scoured (KERR, 1927, box 130, folder 1542).

e à criação de uma porcentagem como margem segura de larvas encontradas nos locais fiscalizados foram, entre tantos outros aspectos, decisivos para o aperfeiçoamento das estratégias de combate ao agente causador da doença. Um dos principais empreendimentos de ordem científica levados a cabo pela Fundação Rockefeller.

Se Michael Connor não esteve envolvido nas experiências de Carlos Finlay, nas expedições da Comissão Reed, ou mesmo nas investigações epidemiológicas de Carter nas regiões do Mississipi, Taylor e Orwood (Lowy, 2006: p. 63), todas elas tiveram implicações diretas em suas estratégias sanitárias. Para os pesquisadores norte-americanos, as descobertas e os estudos científicos foram de fundamental importância, pois a compreensão da etiologia da febre amarela, a forma de transmissão e de combate à doença se tornaram elementos importantes tanto na condição de integridade física das tropas norte-americanas em Cuba, como nas relações internacionais com os países do continente americano e nas relações comerciais com o oriente, especialmente após a abertura do canal do Panamá.

Connor esteve permanentemente conectado com as questões científicas debatidas, especialmente no que dizia respeito às formas de combate à febre amarela. Acompanhou, como assistente de inspetor-chefe sanitário, o projeto do canal do Panamá (Farley, 2004: p. 92) e o que de novo se praticava de estratégia científica de combate à febre amarela. Estabeleceu permanente contato com outros médicos bem conceituados na comunidade científica dos Estados Unidos. Em carta não datada enviada do México por Connor a Carter, por exemplo, ele informou que,

> Dr. Rose não mencionou para você que eu gostaria que soubesse que sugeri a ele que a nossa Diretoria deveria ter seus artigos sobre a febre amarela, mais especificamente aqueles publicados em forma de panfleto, bem como os que aparecem no *Liverpool Journal*, traduzidos para o espanhol. Eu sinto que vai valer a pena por que os médicos em Yucatán e no resto da República sabem muito pouco sobre os fundamentos da doença e especialmente sobre os hábitos do *Stegomyia* mencionados nos artigos, o que daria aos médicos uma melhor compreensão sobre

> os pontos que ainda são obscuros. Por exemplo, eles ainda acreditam que a fumigação é a principal medida juntamente com o isolamento precoce dos casos, e só tomar medidas anti-larvas quando há abundância de dinheiro a ser gasto. As medidas anti-larvas foram uma coisa nova para eles e só agora estão começando a aceitá-las. Isso pode parecer estranho quando se pensa que Yucatán é considerada uma região moderna para um país latino. Mas, no entanto, isso é um fato (Connor, s/d: box 13, folder 31).[10]

Observa-se que os artigos sobre febre amarela foram solicitados, anteriormente através de Rose, como também diretamente a Carter pelo próprio Connor, o qual em seguida aponta o obscurantismo sobre o assunto pelos médicos locais. Da parte de Connor, um ato planejado, pois esperava receber algum benefício em troca do serviço que punha a serviço da Fundação Rockefeller. As pesquisas médicas e práticas científicas promovidas pelos médicos dos Estados Unidos, utilizando informações e dados empíricos dos países da América Latina, foi um dos grandes projetos científicos no qual os norte-americanos se engajaram ao longo da primeira metade do século XX. Para tanto, estabelecer as estratégias de combate ao mosquito transmissor da febre amarela era primordial. Sob o patrocínio efetivo do poder público, como, por exemplo, a Comissão Reed, nomeada pelo Exército americano, e, também, sob o patrocínio privado, por exemplo, a própria Fundação Rockefeller e outras fundações

10. Texto original: Dr. Rose has not mentioned it to you I would like you to know that I have suggested to him that our Board should have your articles on yellow fever, more especilally those issued by your service in phamphlet form as well the ones appearing in the Liverpool Journal, translated into Spanish. I feel that it will be well worth while as the Doctors in Yucatan and I think in the rest of the Republic know so very little of the fundamentals of the disease and especially regarding the habits of the Stegomyia that the articles referred too would give the Doctors here a good understanding on the points that are now very obscure. For instance, they still believe that fumigation is the prime measure together with early isolation of cases and only undertake anti-larvae measures when there is an abundance of money to be spent. The anti-larvae measures was (sic) a new thing to them and only now are they begining(sic) to accept it. This may seem strange in the view of the generally accepted fact that Yucatan is generally considered progressive for a Latin country. But it is a fact never-the-less (Connor, s/d: box 13, folder 31).

oriundas do capital industrial da época, os médicos norte-americanos envolveram-se nesse projeto por várias décadas. Segundo Carter, não seria preciso exterminar o *Aedes aegypti* para eliminar a febre amarela de um determinado local, porém, reconheceu que não seria possível estabelecer o "mecanismo de eliminação espontânea da febre amarela" sem determinar um "número crítico" que mantivesse a taxa de incidência da doença estável (Carter, 1931: p. 18-19). O que foi esboçado ao longo das suas efetivas pesquisas sobre a febre amarela no final do século XIX, aperfeiçoado por outros pesquisadores e, anos depois, pelo próprio Connor. Os cinco – Carter, Gorgas,White, Rose e Connor –, em circunstâncias diferentes no tempo e no espaço, consideravam fatores comuns: a) as condições de temperatura e os costumes da população; b) relacionaram a proporção de pessoas suscetíveis, de pessoas imunes e de mosquitos encontrados na localidade endêmica com transmissão do agente da doença de um indivíduo ao outro, o que deu origem à teoria *do foco-chave*. Trata-se de uma projeção não universal, com variação de acordo com determinada comunidade, ou seja, pessoas que mantém comunicação sanitária entre si (Connor & Monroe, 1923: p. 9-19).

Para Michael Connor, a questão do "número crítico" tinha precedência sobre qualquer outro fator. Adepto ardoroso do pragmatismo, o mundo afigurava-lhe como uma rede de algarismos, plenos de estatísticas e rearranjos a pôr em prática em formas de estratégias de combates. Todavia, a reflexão sobre os números – inseparável para se pensar missões filantrópicas em lugares ermos – comportava uma dimensão notadamente científica, mas também política, à qual ele não estava alheio.

Em setembro de 1925, Connor, ainda servindo como diretor do programa de controle de febre amarela na "América Central e no México", em visita à cidade peruana de Talara, foi informado da morte de Carter, aos 73 anos, uma das principais referências em epidemiologia e em medicina preventiva.[11] Na ocasião, Connor completava quase uma década de trabalho

11. Segundo dr. Michael Connor, a notícia veio como um choque. Expressou que *his passing means to me and most of others, more especially those engaged in the yellow fever field and to which he gave so generously of his time and knowledge, and was so anxious to see the end of the present world campaign* (Connor, 1925: box 12, folder 28). "O seu falecimento

como médico da Fundação Rockefeller, tendo passado, ao longo desses anos, por vários países do continente americano atuando de forma prática em relação ao combate à doença e fazendo pesquisas históricas em hieróglifos da Civilização Maia, na tentativa de mapear, sob a orientação de Carter, a origem da febre amarela.

A questão da estirpe da enfermidade aparece – desde a primeira missão francesa em Gibraltar, no ano de 1821, até nos detalhados estudos dos médicos do exército norte-americano, no final do século XIX – como um intrigante problema, cuja solução dependia de pesquisas intensas de campo e de estudos históricos. Depois de muitos anos de investigação, Carter chegou a uma suposição perturbadora. Nela, indícios apontavam que, de forma não oficial, a origem da doença recaía sobre o continente africano. Algumas referências a tal suposição possivelmente são da década de 1920, quando Carter pediu a Connor que expressasse seu julgamento sobre "um estudo histórico-epidemiológico da ocorrência de febre amarela no México e na América Central no início e antes da Conquista" (Carter, s/d: box 13, folder 31, tradução nossa).[12] Mesmo informando-o de que no início de suas pesquisas acreditara claramente que a "a febre amarela era nativa da América e tinha sido levada para a África a partir daí" (Carter, s/d, box 13, folder 31, tradução nossa)[13], e pedindo a sua opinião, Carter já sentiria o peso da obrigação de pedir desculpas ao México por apontá-la como local irradiador da doença para o mundo. Foram anos de trocas de cartas entre os dois médicos – nas quais se despediam ao final com palavras de afirmação de amizade, bem diferente do habitual encontrado em correspondências entre outros médicos norte-americanos na época – que evidenciam o particular respeito que Connor detinha junto à comunidade científica norte-americana.

---

significa muito para mim e para outros, especialmente os engajados no campo da febre amarela e aos quais ele dedicou tão generosamente o seu tempo e conhecimento, e estava tão ansioso por ver o fim da atual campanha mundial" (Connor, 1925: box 12, folder 28).

12. Texto original: "an historico-epidemiological study of the occurrence of yellow fever in Mexico and Central America at the of and prior to the Conquest" (Carter, s/d: box 13, folder 31).

13. Texto original: "yellow fever was indigenous to America and had been carried to Africa therefrom" (Carter, s/d, box 13, folder 31).

De posse de informações de campo importantes e ciente do lisonjeio que Carter o nutria, ao longo de anos de cooperação e cumplicidade, Connor sentiu-se bastante à vontade para adotar posturas duras de não aceitação de diagnósticos de febre amarela feitos por outros médicos,[14] como também para sentir-se capacitado em treinar e nomear pessoal de campo para o trabalho efetivo. A morte de Carter representaria o fim do endosso de suas práticas, além da perda de um amigo.

Ao sugerir a *Frederick* Fuller *Russell,*[15] o treinamento de pessoal de campo no México, sob seu comando, para atuar no Brasil (Connor, 1923: box 11, folder 2), *Connor parecia estar muito seguro dos seus métodos e do seu papel na consolidação de práticas científicas para eliminar a febre amarela do continente americano. Os médicos estadunidenses acreditavam possuir uma missão civilizadora, a ser colocada a serviço do bem-estar da humanidade. Por isso, a vida de Connor, sempre distante do seu país de origem, atuando em diversos lugares mundo afora, foi marcada por uma considerável produção científica, em forma de artigos e relatórios publicados em periódicos internacionais renomados, já que, longe das academias, era por meio de seus escritos que procurava contribuir com a produção do conhecimento e influenciar as grandes estratégias de erradicação de doenças infecciosas em escala global.*

De fato, não faltam testemunhos em que Connor aparece como figura respeitada no meio científico, justificativa para que seus artigos sobre o combate à febre amarela fossem utilizados para uma compilação de estudos epidemiológicos e históricos da doença de autoria de Carter, publicado postumamente (Armistead Carter: box 12, folder 37). Em 1928, numa carta da filha de Carter, Laura Armistead Carter, observa-se a relevância que lhe é atribuída como autor de uma bibliografia fundamental para a história da doença. Connor

14. Por onde passou, Connor esteve envolvido em várias controvérsias acerca do diagnóstico da febre amarela. Um exemplo são as palavras de Joseph H. White, ao chegar em Tampico, no México: "I got here yesterday and have been quite occupied settling the unfortunate quarrel between Connor and Stubbs who took umbrage at Connor's questioning his diagnosis (subsequently confirmed) and who was in very militant mood but has now calmed down" (White: 1922, box 12, folder 37). "Eu cheguei aqui ontem e tenho estado bastante ocupado solucionando a desafortunada discussão entre Connor e Stubbs, que estava muito alterado e ofendeu-se por Connor questionar seu diagnóstico (confirmado posteriormente), mas agora se acalmou" (White, 1922: box 12, folder 37).

15. Diretor de operações da Fundação Rockefeller em Nova York.

também foi mencionado em cartas de Laura A. Carter a Russell, outro que pertencia ao alto escalão da Fundação Rockfeller (*Armistead Cartr:* box 12, folder 37). Nelas, requeriam assessoria bibliográfica sobre alguns detalhes que os dois, Connor e Laura A. Carter já haviam debatido antes. Esses debates ocorreram ao longo das trocas de missivas, visto que pouco antes da morte de Carter, era sua filha quem recebia as correspondências do pai e decidia se deveria mostrá-lo, devido ao seu debilitado estado de saúde. Malgrado ela residir nos Estados Unidos, encontrando-se muito mais próxima dos debates acad**êmicos sobre o tema, era** a Connor, ainda que distante, no Brasil, a quem recorria para que o mesmo a auxiliasse.

Possivelmente, não era só o próprio Connor que se via dotado de segurança para traçar estratégias de combate à febre amarela. Ele era invocado por seus superiores na hierarquia da Fundação a emitir opinião sobre as práticas científicas necessárias, municiando-os de sugestões. Wickliffe Rose, diretor geral da *International Health Division* (IHD) entre os anos de 1915 a 1923, parece considerar a opinião de Connor estratégica nas ações de combate a partir da ampla experiência que acumulara como médico de campo. Em 12 de maio de 1921, dr. Connor escreve a Carter e menciona o pedido de instrução de Wickliffe Rose:

> Dr. Rose me escreveu sobre o Equador e o Peru - estou respondendo que ele deveria nomear um Diretor para o controle da febre amarela para S. A., que supervisionaria todo o trabalho nesse local. Pareja é um homem bom e poderia fazer o trabalho se ele não tivesse tantos "parentes" na cidade e infelizmente todos eles vivem na antiga zona endêmica – e a grande maioria deles não vai permitir a entrada dos Inspetores em suas casas, enquanto Hanson é um homem bom, francamente eu receio que seus deveres familiares vão mantê-lo em Lima quando ele deveria estar em outro lugar - e como você sabe é necessário estar adiantado para vencer a febre amarela. Minha ideia de um diretor para este trabalho específico seria um homem que poderia ser um inspetor geral e em lugares onde ele seria mais necessário e com recursos disponíveis pela Fundação o trabalho,

> **não iria atrasar em qualquer ponto**. Dr. Rose mencionou que você se ofereceu para retornar ao Peru. Vou dizer-lhe que isso seria pedir demais [a você], ainda mais que sua organização no momento não tem estrategista exceto você mesmo e que seus recursos devem ser conservados. Você não vai sentir que eu estou excedendo os limites da amizade em fazer isso? (Connor, 1921: box 9, folder 6).[16]

Estratégico também era seu cuidado em tentar afastar a participação de médicos locais de cargos de inspetor geral nos locais de suspeita infestação. Afinal, seu projeto era de uma maior autonomia e de treinamento das pessoas em que ele confiava. Com os guardas parecia ter uma relação complexa, estabelecendo a prudência como princípio adotado nas relações com as pessoas nativas.

Frequentemente, e à medida que se passava os anos e sua experiência de campo aumentava, eram as ordens que vinham dos superiores da *International Health Division* (IHD) que indicavam Connor para comandar expedições científicas em busca de maior conhecimento sobre epidemias de febre amarela pelo mundo. Ao mesmo tempo, crescia, de foma velada, uma rede de confabulações em torno das nomeações para cargos que detinham prestígio e de reconhecimento intelectual. Quando Connor, por volta do ano de 1922, foi designado para comandar a expedição africana, onde pesquisaria as epidemias e uma possível origem da doença vinda

16. Texto original: "Dr. Rose has written me about Ecuador and Peru - I am replying that he should appoint a Director for yellow fever control for S. A. who would supervise all work in Peru and Ecuador. Pareja is a good man and could do the work if he did not have so many "parientes" in the city and unfortunately they all live in the former endemic zone - and the vast majority of them will not allow the Inspectors into their homes- while Hanson is a good man, frankly I am afraid that his family duties are going to keep him in Lima when he should be elsewhere - and as you know one has to be on the spot and a little beyond to beat yellow fever - My idea of a Director for this particular job would be a man who could be a general-Inspector and in places where he would be most needed and with funds available from the Foundation the work would not lag at any point. Dr. Rose mentioned that you offered to return to Peru. I am going to tell him that this would be imposing [on you] and further that his organization at the present time has no strategist except your-self and that your resources should be conserved. You won't feel that I am exceeding the bounds of friendship in doing this?" (Connor, 1921: box 9, folder 6).

desse continente, subestimaram-lhe os conhecimentos e o compararam a outro médico em questão, como o fez Henry Hanson: "Nessa capacidade, Wolcott está à frente de M. E. C. [Michael Edward Connor] em habilidade. M. E. C. tanto quanto eu sei tem visto muito pouco F. A. [Febre Amarela] e eu pessoalmente não estaria muito pronto para aceitar o seu diagnóstico clínico" (Hanson, 1922: box 10, folder 1, tradução nossa).[17]

No auge dos serviços prestados por Connor no Brasil, Russell reconhecia nele o seu mais eficiente diretor de campo. Em carta de 14 de fevereiro de 1928, Russell se refere ao relatório de Connor nos seguintes termos: "O relatório é muito completo e estou realmente feliz por tê-lo. Acho que posso dizer que é o relatório mais completo que tivemos de qualquer estação no Brasil até o momento" (Russell, 1928: box 20, folder 158, tradução nossa)[18]. Por essa época, Russell, **já bastante experiente, sabia do posicionamento sempre cauteloso e reticente sobre o diagnóstico em casos su**speitos de febre amarela de Connor e da sua detalhada pesquisa de campo, já não lia seus relatórios sem, ao menos, constatar que Você [dr. Connor], por seus estudos sobre as campanhas de febre amarela nos diferentes Estados do Brasil, está chegando a saber mais sobre os Estados do que muitos oficiais de saúde brasileiros" (Russell, 1928: box 20, folder 158, tradução nossa).[19] Sua esfera de influência não se restringiu ao seu período de atuação de campo, ela transcendeu sua atividade prática. Mas isso não ocorreu por mero acaso, pois fazia parte do *metiê*, como dos demais cientistas, situar os resultados das suas pesquisas no vasto campo de produção científica. Por essa razão, a parte mais significativa de seus escritos foi direcionada ao futuro, deveria constituir seu legado à posteridade e, assim, contribuir para a eficácia dos projetos de erradicação da febre amarela. Parte das suas ideias se irradiou a partir de sua pujante produção científica, manifesta

17. Texto original: "In that capacity Wolcott is away ahead of M. E. C. [Michael Edward Connor] in ability. M.E.C. as far as I know has seen very little Y.F. and I personally would not be any too ready to accept his clinical diagnosis" (Hanson, 1922: box 10, folder 1).
18. Texto original: "The report is very complete and I am indeed glad to have it. I think I may say that it is most complete report we have had from any station in Brazil up to the present time" (Russell, 1928: box 20, folder 158).
19. Texto original: "you [dr. Connor], by your studies of the yellow fever campaigns in the different States of Brazil, are coming know more about the States than many Brazilian health officers" (Russell, 1928: box 20, folder 158).

em grande medida na considerável compilação de artigos encetada em alguns periódicos estrangeiros oriunda, prioritariamente, de sua função de diretor de campo da Fundação Rockefeller.

Apesar da maior parte das suas cartas e relatórios visar, prioritariamente, uma esfera de circulação institucional, algumas delas alcançaram uma significativa repercussão pública, e umas poucas chegaram mesmo a ser produzidas com o fim de atingirem um público mais amplo, desempenhando papel significativo no translado de medidas epidemiológicas de um país para outro e não apenas nos destinatários a quem eram endereçados. Escritos com o mesmo propósito, os principais textos científicos de Connor buscavam aconselhar diretamente aos médicos e aos governantes, não só responsáveis de forma geral de um país, mas também os Presidentes de Estados e médicos locais, como, por exemplo, João Suassuna, Presidente do Estado da Paraíba do Norte em 1928.[20] Connor produziu também alguns textos nos quais procurou expor as lições extraídas de sua participação em diversos países e, mais particularmente, na "vulgarização" dos conhecimentos científicos da febre amarela para a população, importantes no estabelecimento de uma prática de combate à doença. Destacam-se o "Questionário Sobre Febre Amarela por Doutor Michael E. Connor"[21] (Connor, 1924: p. 277-307, tradução nossa) elaborado para a campanha sanitário na cidade de Guayaquil, no Equador e as "Indicações aos Agentes e Assistentes da Chefia da Campanha contra a febre amarela, para o melhor sucesso do seu trabalho (Connor, 1924: p. 277-

20. No dia 26 de maio de 1928, dr. Connor emitiu algumas ordens a serem obedecidas na Paraíba do Norte, dentre elas "2. ver o Presidente de Estado e apresentar com toda energia a situação (a respeito da febre amarela) como muito perigosa. Pedir um regulamento fazendo preciso emborcar diariamente todos os depósitos d'água – com exceção das quartinhas, resfriadeiras, caixas d'água, jarras munidas de torneiras e tampa, receptáculos com peixe – todas ficando emborcadas durante a noite". Relatório deFebre Amarela na Paraíba do Norte de Lucian Smith, de 25 de maio de 1928. Rockefeller Archive Center, RG 5, series 305.0, box 130, folder 1542.

21. Texto original: "Cuestionario Sobre Fiebre Amarilla por el Doctor Michael E. Connor" (Connor, 1924: p. 277-307).

307, tradução nossa),[22] confeccionado na cidade de Mérida, na península mexicana de Yucatán.

Os impressos produzidos sob os auspícios de Connor, dirigidos à população e aos agentes de inspeção, nomeados de "medidas de educação pública", fundamentaram boa parte da sua agenda que, segundo Ilana Löwy (2006: p. 133), foi transplantada para o Brasil nos anos por vir. Os escritos, em seu conjunto, apontavam para uso imediato e para o uso posterior em toda América Latina. Não por acaso, os dois documentos supracitados, que aparentemente tinham o objetivo manifesto de se tornarem públicos e nos quais Connor esboçou de forma didática a sua visão científica e prática do combate à doença, relacionavam-se com as abordagens adotadas no Brasil, quais sejam: medidas antilarvares, saneamento das cidades e a obtenção do apoio da população por meios diferentes da coerção.

Além de formular material para a educação sanitária, alguns textos de Carter começaram a ser traduzidos para a l**íngua espanhola a pedido de** Connor, seu dileto pupilo. Este esperava que Carter autorizasse a tradução de seus artigos sobre "Febre amarela, mais especialmente aqueles emitidos por seu serviço em forma de panfleto, bem como os que aparecem no Jornal Liverpool" (Connor, s/d: box 13, folder 31, tradução nossa).[23] De fato, já nessa carta, apreende-se a intenção de Connor de que ele sintetizasse uma agenda científica bastante didática para os médicos locais, pois nas linhas subsequentes da carta, Connor afirma que "Por exemplo, eles [médicos locais] ainda acreditam que a fumigação é a principal medida juntamente com o isolamento precoce dos casos, e só tomar medidas anti-larvas quando há abundância de dinheiro a ser gasto" (Connor, s/d: box 13, folder 31, tradução nossa).[24] Ainda que não tenham sido publi-

22. Texto original: "Indicaciones a los Agentes y Ayudantes de La Jefatura de la Campaña contra la fiebre amarilla, para el mejor êxito de sus trabajos" (Connor, 1924: p. 277-307).
23. Texto original: "yellow fever, more especially those issued by your service in pamphlet form as well the ones appearing in the Liverpool Journal" (Connor, s/d: box 13, folder 31).
24. Texto original: "for instance,they [médicos locais] still believe that fumigation is the prime measure together with early isolation of cases and only undertake anti-larvae measures when there is an abundance of money to be spent" (Connor, s/d: box 13, folder 31).

cadas para todos os países latino-americanos, as teorias de Carter, além de alguns telegramas de próprio punho de Connor, foram reproduzidos, ou melhor, diluídos nos materiais didáticos no Brasil.

Se à primeira vista parece que o impacto de seus escritos nas elites administrativas da Fundação Rockefeller fez dele uma chave mestra da ciência nos anos vindouros, bem pode ter ocorrido o inverso. Isto é, foram tais diretores que procuraram justificar e embasar muitas de suas ações a partir das diretrizes administrativas de Connor, que continuava a circular na comunidade médica e burocrática, na América Latina, sendo reapropriadas com diferentes intenções. Dessa forma, é a continuidade que lhe confere o caráter de missionário, fazendo parecer que era sua estratégia que se cumpria. A sua transferência para atuar no Brasil, em 1926, parece ter sido o eco mais vivo do impacto da visão de Connor de como se deveria conduzir tal empreendimento. Durante o contexto em que assumiu a direção no Brasil, avivou-se os melhores resultados com os baixos índices *stegonomios*.

Ainda que não se tenha pretendido fazer uma análise de como Connor aparece na documentação, mas como o seu pensamento foi importante ao longo de sua atuação efetiva, algumas observações pontuais se justificam. Para finalizar, durante sua direção na campanha de combate à febre amarela no Brasil, muitas de suas instruções foram transcritas nos relatórios diários de atividades, material que circulou tanto na Paraíba como em Nova York, esta última congregava importante elite higienista. A transcrição e circulação desse material apontam para novas identidades que então se estabeleciam entre o pensamento desses higienistas e Connor, visto agora por aqueles como um novo modelo administrativo. No auge do funcionamento do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural no estado da Paraíba, já em meados da década de 1920, ocorre um considerável interesse pelo modelo administrativo de organização do serviço de combate **à** doença de Connor. Em 2008, o Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba publicou uma cuidadosa nota sobre o motivo de intensificar o combate ao mosquito *Aedes aegypti* no contexto de altos índices de casos de dengue no

estado, visto que o mesmo mosquito transmite a febre amarela.[25] Apesar de doenças distintas, o vetor é o mesmo e considerando as idas e vindas de pessoas à região Norte e Centro Oeste do país, denominadas como "áreas de risco", os métodos de combate assemelham-se aos propagados pela Fundação Rockefeller. A longevidade do interesse pela inspeção rígida seguida pela instituição, se lida a contrapelo, parece apenas reforçar o caráter da higiene como missão norte-americana.

Controvérsias

No intervalo de tempo entre a assinatura do acordo de cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo brasileiro em 1923 e a análise dos dados da campanha contra a febre amarela em 1925, o clima de otimismo tomou conta dos dirigentes norte-americanos. A ausência de casos confirmados da doença foi um dos argumentos dos médicos da Fundação, que já "anunciavam como certa a proximidade da extinção do mal no continente americano" (Hernandez Tasco, 2013: p. 45). No entanto, vários casos suspeitos apareceram no interior do país, sinal de que o vírus estava presente em variadas localidades, antes de eclodir a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em 1928. As divergências em torno dos diagnósticos dos casos suspeitos deram a tônica dos meses que antecederam a epidemia de na capital brasileira.

Em 16 de novembro de 1927, Clementino Fraga recebeu, juntamente com o diretor do Serviço de Endemias Rurais Lafayete de Freitas, para uma reunião extraordinária, Michael Connor e Fred Soper. O intuito era montar uma estratégia de rechaçar o diagnóstico efusivo de febre amarela dado por Guedes Pereira ao "Caso Jacaraú" e manter a divergência intentada por ele em sigilo absoluto. A resolução dos médicos da Fundação Rockefeller e dos médicos representantes dos órgãos de saúde pública do Brasil em suspender

25. Disponível em: <http://www.crmpb.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21620:&catid=3>. Acesso em 30 out. 2016.

o programa antivetorial no estado do Ceará[26] para colocar à prova a presença da febre amarela na região, ditada por "razões epidemiológicas", implicava numa rigorosa averiguação das suas implicações e das circunstâncias em que fora contestada (Soper & Duffy, 1979: p. 98). Na fronteira entre os estados da Paraíba e do Ceará vivia um número grande de estrangeiros – oriundos das empresas envolvidas com as Obras Contra as Secas –, portanto pessoas suscetíveis às mais perfeitas "cobaias" para testar a presença da doença.

O que efetivamente aconteceu nessa reunião continua a ser um mistério: os documentos do DNSP, a instância responsável pela deliberação dos assuntos referentes aos estados brasileiros, não aludem ao "Caso Jacaraú". Além disso, a documentação dos médicos norte-americanos menciona a investigação e diagnóstico positivo dirigido pelo médico representante da Fundação Rockefeller na Paraíba John Austin Kerr, tornando plausível a hipótese de que Connor teria ou agido por conta e risco próprios, na base da autoconfiança como um *savant* da ciência epidemiológica, ou se recusado a deixar transparecer a intenção política de declarar a erradicação da febre amarela nas Américas ao mundo.

As controvérsias em torno do diagnóstico da doença em Jacaraú significavam efetivamente uma ruptura com a ideia de possibilidade de erradicação do mal amarílico das Américas. Connor se ajustava à roupagem de um herói, o arauto de uma região "curada". Homem que se vangloriava do reconhecimento científico que possuía, exibido por uma rede de relações com pessoas renomadas na área de epidemiologia, Connor buscava perpetuar-se em suas andanças pelos meandros do mundo.

É evidente o caráter conservador da ação científica e política de Connor. Para ele, não se tratava de subverter a teoria epidemiológica do *focos-chave,* mas sim adequar os sintomas clínicos dos casos suspeitos a uma ordem estática que regulava as características típicas do que se entendia por febre amarela na época. Mas o que tudo isso traz à tona é a necessidade de pensar as controvérsias científicas dentro de seus limites, a partir da lógica do imaginário científico e político das investidas de fundações filantrópicas na

26. O estado do Ceará é territorialmente vizinho ao sertão da Paraíba do Norte e desde o começo dos anos de 1920, devido às obras contra a seca e às estradas de ferro, configurou-se como um canal de entrada e disseminação da febre amarela pelo estado paraibano.

área das ciências experimentais e da saúde pública. O pesquisador Emilio Quevedo e seus colegas da Universidade Nacional da Colômbia propuseram uma nova interpretação das controvérsias que aconteceram nesse país durante as ações da Fundação Rockefeller na primeira metade do século XX.

Os pesquisadores colombianos estabeleceram as assimetrias de poder e de conhecimento para analisar as controvérsias em torno da febre amarela selvagem. Estudar os conflitos a partir da

> História do desenvolvimento do conceito de febre amarela selvagem, que oferece uma oportunidade para explorar a assimetria entre os interesses intelectuais (do conhecimento) e do poder de funcionários e médicos na Fundação Rockefeller e na Colômbia (Quevedo Vélez, 2008: p. 73, tradução nossa).[27]

Há, pois, um aspecto nitidamente conservador no pensamento político de Connor que permite matizar a ideia de uma intenção velada de reconhecimento como médico que conseguiria erradicar a febre amarela das Américas. Dentro da ferramenta de análise estabelecida pelos pesquisadores colombianos, a história de Connor, Kerr e Guedes Pereira filia-se aos movimentos assimétricos de poder, na medida em que Connor estabelece a perspectiva daquilo que ele julgava ser soberano, legítimo e irrefutável para a negação da febre amarela na cidade de Jacaraú e detém o poder sobre os meios de difusão do conhecimento. Desse modo, Connor não rompe com o mito do Destino Manifesto, tampouco com o jugo norte-americano relativo às condições de prestar a filantropia científica aos países condenados pela natureza a adoecer com as enfermidades tropicais.

É em outro lugar – e não na perspectiva imperialista dos fatos – que vemos um fator possível a mais para explicar a divergência radical ao diag-

27. Texto original: "story of the development of the concept of jungle yellow fever provides an opportunity to explore the asymmetry between intellectual (knowledge) and power interests of officials and doctors at the Rockefeller Foundation and Colombian" (Quevedo Vélez, 2008: p. 73).

nóstico de febre amarela na Paraíba, bem no momento em que se vivia um grande otimismo em relação a sua erradicação. O que parece estar em questão aí é a convicção da infalibilidade da ciência como princípio que rege as relações entre o cientista e a sua comunidade (seus pares). A partir do momento que a teoria do cientista falha em seu propósito devido à comunidade é perfeitamente legítimo subtrair o reconhecimento científico e prestígio ao mesmo.

Referências Bibliográficas

CARTER, H. A. The mechanism of the spontaneous elimination of yellow fever from endemic centers. *American Journal of Tropical Medicine*, v. 13, n. 4, p. 299-311, 1920.

CARTER, H. R. *Yellow fever:* an epidemiological and historical study of its place of origin. Baltimore: Williams and Wilkins, 1931.

CORRÊA DA COSTA, Clóvis. Nosologia regional de Pernambuco. *Archivos Brasileiros de Medicina*, v. 10, n. 6, p. 275-338, 1920.

CASTRO-SANTOS, Luís Antônio & FARIA, Lina. *A Reforma Sanitária no Brasil*: ecos da Primeira República. Bragança Paulista: Edusf, 2003.

CONNOR, M. E. & MONROE, W. M. Stegomyia indices and their value in yellow fever control. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 3, n. 1, p. 9-19, 1923.

CONNOR, M. E. Suggestions for developing a campaign to control yellow fever. *American Journal of Tropical Medicine*, v. 4, n. 3, p. 277-307, 1924.

FARLEY, John. *To cast out disease*: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951). Nova York: Oxford University Press, 2004.

GORGAS, William Crawford. Sanitation of the tropics with specific reference to malaria and yellow fever. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, Illinois, v. 52, n. 14, p. 1.075-1.077, 1909.

HERNANDEZ TASCO, Aleidys. *Limites das Convicções Científicas*: As epidemias no Rio de Janeiro e em Socorro e o desencadeamento da crise nos estudos da febre amarela (1927-1948). Dissertação (Mestrado em

Política Científica e Tecnológica) - Instituto de Geociências, Universidade Estadual de Campinas, 2013.

LOWY, Ilana. *Vírus, Mosquitos e Modernidade*: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MAGALHÃES, Rodrigo César da Silva. *A erradicação do Aedes aegypti*: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

QUEVEDO VÉLEZ, Emilio *et all*. Knowledge and Power: The Asymmetry of Interests of Colombian and Rockefeller Doctors in the Construction of the Concept of Jungle Yellow Fever, 1907-1938. *Canadian Bulletin of Medical History*. v. 25, n. 1, p. 71-109, 2008.

SAWYER, Wilbur A. A history of the activity of the Rockefeller foundation in the investigation and control of yellow fever. *The American Journal of Tropical Medicine*, v.17, n. 1, p.35-50, 1937.

SOPER, F. L. & DUFFY, J. *Andanzas por el Mundo de la Salud*: memorias de Fred Lowe Soper. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, 1979.

STOKES, A. BAUER, J. H. & HUDSON, N. P. Transmission of yellow fever to Macacus rhesus: a preliminary note. *Journal of the American Medical Association*, v. 90, n. 4, p. 253-254, 1928.

Documentos

Carta de Hugh Clifford, governador da Cote d'Or, ao secretário de Estado, datada de 4 de agosto de 1913 . Wellcome Archives, dossiê Ronald Ross, GC/59/A.

Letter from Joseph H. White to Wickliffe Rose, August 29, 1922. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 12, folder 37.

Letter from Henry Hanson to Henry Rose Carter, September 7, 1922. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 10, folder 1.

Letter from Michael E. Connor to Henry Rose Carter, May 12, 1921. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 9, folder 7.

Letter from Michael E. Connor to Henry Rose Carter, May 28, 1923. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 11, folder 2.

Letter from Michael E. Connor to Laura Armistead Carter, September 17, 1925. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 12, folder 28.

Letter from [Laura Armistead Carter] to Michael E. Connor, July 28, 1928. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 12, folder 37.

Letter from Frederick F. Russell to Dr. M.E. Connor, 1928 February 14. Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, projects, RG 1.1, series 305.O, box 20, folder 158.

Letter from [Laura Armistead Carter] to Frederick F. Russell, August 16, 1928. Health Sciences Library, University of Virginia, series 1, box 12, folder 37.

Letter from Michael E. Connor to Henry Rose Carter, [19--]. Health Sciences Library, University of Virginia, Section one, The Philip S. Hench Walter Reed Yellow Fever Collection: Henry Rose Carter series, box 13, folder 31.

Letter from [Henry Rose Carter] to Michael E. Connor, [19--]. Health Sciences Library, University of Virginia, Seção 1, box 13, folder 31.

Relatório de Febre Amarela na Paraíba do Norte de John Austin Kerr, de 12 de novembro de 1927. Brazil - Yellow Fever, Parahyba, Monthly & Annual Reports, 1927, Rockefeller Archive Center, RG 5, series 305.0, box 130, folder 1542.

Relatório de Febre Amarela na Paraíba do Norte de Lucian Smith, de 25 de maio de 1928. Rockefeller Archive Center, RG 5, series 305.0, box 130, folder 1542.

ROSE, Wickliffe. Memorando nº 784, datado de 14 de outubro de 1914.

SIMOND, Paul-Louis. Rapport de la mission sanitaire au Sénégal. Archives de l'Institut Pasteur, Paris. Dossiê Simond, sim. 9, p. 19-22, 1901.

13

A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro

Sebastião Pimentel Franco (UFES);
André Nogueira (UFES);
Sérgio Luiz Marlow (UFES).

Existem registros da suposta presença da lepra[1] desde a Antiguidade, famosa e paradigmática é a passagem bíblica onde Jesus ressuscita o doente Lázaro (que, aliás, pela pregnância das concepções cristãs, "Lázaro" ou "doença de Lázaro" tornar-se-ia mais um dos nomes da lepra). Enfermidade, tipicamente associada ao corpo e à alma, servindo como "metáfora" para o pecado, a "impureza" e uma vida pregressa desregrada.[2]

1. O termo "lepra", "leproso" e seus derivados foram oficialmente proscritos e substituídos pelos termos "hanseníase', "hanseniano" e seus derivados conforme publicado na Portaria nº 165/BSB de 14 de maio de 1976, visando a reintegração social do doente e seu tratamento. Entretanto, em função da temporalidade de nosso trabalho e das conotações associadas ao termo/doença para o período estudado, resolvemos manter a terminologia lepra e suas derivações.
2. Segundo Erving Goffman (2013), o termo estigma é usado em referência a um atributo depreciativo e indesejável, incoerente com o estereótipo criado para um determinado tipo de indivíduo. O autor trata de três tipos distintos de estigma: as deformidades do corpo físico; as reconhecidas como fraquezas individuais que Goffman exemplifica com distúrbios mentais, vícios e homossexualismo, dentre outros; e um terceiro agrupamento, os estigmas de raça, nação e religião. Para a percepção da "doença como metáfora", conferir Sontag (1984).

De acordo com Carlo Ginzburg, em pesquisa sobre a composição dos estereótipos da feitiçaria e das feiticeiras na Europa moderna, no curso da Idade Média se desenvolveu mais fortemente uma série de narrativas literárias que estabeleceram tópicas de discurso que se tornaram modelares e possuidoras de grande longevidade para o Ocidente cristão. Nelas, leprosos e judeus (e, para o autor, posteriormente as feiticeiras) eram vistos como inimigos de suas comunidades, espalhando, propositalmente, a doença e conspirando contra as coletividades, ao contaminar as águas comuns, azedar o leite e o vinho, envolverem-se em atos de infanticídio. Aspecto que contribuiria para disseminar o ódio, a vontade de controle e apartamento de determinados indivíduos de seus grupos de convivência (Ginzburg, 2007: s. p.).

No Brasil, casos tomados por lepra eram descritos desde os tempos coloniais. Sobre a doença havia uma estigmatização que levava os enfermos à já tradicional e consagrada segregação do convívio com as demais pessoas.

Ainda que houvesse alguma atenção do discurso e terapêutica médicas em torno dos supostos casos de lepra, a exemplo da crença de que veneno de cobra pudesse ser utilizado como um dos tratamentos considerados eficazes,[3] talvez não fosse exagerado afirmar que até princípio do século XX, essa doença foi negligenciada pelas autoridades governamentais brasileiras, sobretudo no que versa sobre a realização de políticas públicas voltadas para a enfermidade e seus infortunados enfermos. Assim, contrair a doença significava apenas a exclusão do indivíduo, que passava a viver um isolamento solitário.

Somente a partir de 1924, no entanto, o Estado toma a iniciativa de retirar os leprosos do convívio público, criando para esses doentes espaços específicos a partir da internação compulsória, quando segundo Santos (2006: p. 22) tratar esses doentes foi "adquirindo certa prioridade nas agendas estaduais e na federal", com a constituição de "políticas governamentais e

---

3. Tal crença parecia bem sedimentada no Brasil, seguramente, a partir do século XIX (com forte indício de já ser usada no curso do período colonial). Em estudo sobre o periodismo médico das primeiras décadas do século XIX, Luis Otávio Ferreira encontra uma série de artigos que mostram as controvérsias e críticas dos médicos formados que rechaçaram as práticas do general Abreu de Lima, que ao tentar curar um "morfético", valendo-se de picadas de cobra, levara o infeliz a óbito. Conferir Ferreira (2003: p.108 e segs.).

[...] a criação de órgãos dedicados às vítimas do mal de Hansen" (Santos, 2006: p. 22), como a lepra hoje é denominada.

Na verdade já desde 1897, quando ocorreu a 1ª Conferência Internacional de Lepra, já se propunha o isolamento compulsório dos doentes de lepra, face ao seu grau de contagiosidade e incurabilidade (Nascimento; Marques, 2001). Ainda que a questão do isolamento compulsório continuasse a dividir opiniões e a provocar controvérsias e intensos debates, inclusive envolvendo figuras destacadas do mundo médico, tanto na Europa como no Brasil. Por aqui, os "humanitários" (a exemplo de Emílio Ribas e Carlos Chagas), defendiam o isolamento domiciliar dos enfermos que tivessem melhores condições de tratamento, relegando apenas aos pobres a necessidade de se internarem em instituições asilares; já os "isolacionistas" (como Oswaldo Cruz, Arthur Neiva) defendiam o isolamento obrigatório em espaços como hospitais e colônias, independente da forma clínica e/ou da condição social dos leprosos (Santos, 2011: p. 254).

Já desde as primeiras décadas do século XX, veremos ações sendo implementadas como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo objetivo seria ampliar a autoridade federal em assuntos estaduais no que concerne a política de saúde pública. A partir da criação do DNSP, é criada a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas. Nesse momento, determinadas doenças e, em especial a lepra, ganham o status de um "problema nacional" e tornam-se – como o corpo e o destino dos doentes – alvo de uma série de intervenções e iniciativas de ação do Estado, seus recém-criados órgãos e seus burocratas.

Segundo Hochman (1998), o governo federal cria entre 1920 e 1924 em diversas unidades da federação uma política de saneamento rural de combate às doenças, entre elas a lepra. No Espírito Santo, nesse mesmo ano é criada a Inspetoria de Lepra também com o propósito de combatê-la.

Entretanto, será a partir da ascensão de Getúlio Vargas, em 1930, que veremos uma ação mais efetiva do Estado em relação ao combate e à assistência à lepra. Primeiramente, buscou-se fazer um levantamento em todo país para se saber o quantitativo de doente existente. Após esse levantamento adotou-se ainda uma política de se criar leprosários para garantir o isola-

mento compulsório dos doentes, bem como uma ambivalente estrutura para "rastrear" novos leprosos para que fossem encaminhados para as recém-construídas instituições asilares. Assim, "descobrir" onde estavam essas pessoas se torna uma ação premente de médicos e burocratas imbuídos no combate desse grande mal. Paradigmático nesse sentido seria a assertiva de Pedro Fontes, um dos médicos responsáveis pela organização do serviço de lepra em terras capixabas: "A lepra é mais frequente do que parece, só não encontrada quando não procurada".

Segundo Serres (2004), na década de 1930, no governo Vargas ocorrerão reformas na Saúde Pública, como mais um dos desdobramentos das ações centralizadoras da política varguista. Nesse contexto, como ocorrera em diversos outros países europeus e latino-americanos, os leprosários e a prática dos isolamentos compulsórios seriam a principal ação escolhida pelos poderes públicos para combater a lepra.[4]

Nesta perspectiva, até 1937 foram criadas 20 leprosários espalhados pelo país, segundo Santos:

> Tais instituições obedeciam à mesma estrutura de organização do espaço [...], a primeira, ficavam as residências da administração, a casa de hóspedes, a portaria, a subestação de energia, e a garagem; na "zona intermediária" encontravam-se os reservatórios de água, o posto de fiscalização de visitas e o local onde os doentes as recebiam; a "zona doente" era a mais importante por alojar as vítimas do mal de Hansen em casas e dormitórios coletivos. Nessa zona, também havia hospital, enfermaria, refeitório, lavanderia, escola, prédio para atividades sociais, igreja, instalações de esporte e lazer e outras instalações (Santos, 2006: p. 94-95).

As denominadas "colônias", uma denominação de proposital conotação eufêmica, para isolamento compulsório de enfermos de lepra, ou hanseníase como a doença é hoje conhecida, foram uma realidade no Brasil,

4. Antes do governo Vargas, entretanto, já existia no Brasil instituições de internação compulsória para abrigar leprosos. Estas, no entanto, eram criadas a partir da iniciativa particular, como foi o caso do Ceará, sobre isso ver Lima (2009).

a partir, principalmente da Era Vargas, pós 1930, embora já existissem anteriormente algumas tentativas de isolamento dos acometidos dessa doença. O isolamento desses doentes consistiu numa urdida teia que unia poderes e saberes. Assim, a sociedade, os médicos, o poder público e os próprios enfermos foram convencidos da necessidade de proteger os sãos de uma moléstia letal e contagiosa cujos agentes etiológicos se desconheciam.

Aliás, nas primeiras décadas do século XX, a temática da lepra ganharia forte apelo nacional, envolvendo grupos organizados da sociedade civil (e, em aliança com os poderes públicos de diferentes esferas), em geral formados por empresários, profissionais liberais, *socialites*, revelando forte protagonismo das mulheres nesse tipo de mobilização. Em torno da bandeira da "filantropia", foram criadas várias "sociedades de defesa e assistência" contra a lepra, sendo a primeira delas, a Associação Protetora dos Morféticos, datada de 1917, na cidade de São Paulo. Tais "sociedades" se espalharam por outros estados do Brasil, com destaque para o Rio de Janeiro. Além das doações, uma forma recorrente de conseguir verba para a "causa" da lepra seria a promoção de eventos sociais, a exemplo dos "chás-dançantes", bailes, em geral, fortemente noticiados pela imprensa local e que contribuíam para a arrecadação de fundos, e, igualmente, para a projeção social e pessoal dos indivíduos envolvidos nessa "causa" (Santos, 2011).

Aspectos e nuances da política nacional brasileira para o enfrentamento da lepra

Conforme mencionamos acima, dentre todos os males que afetaram a humanidade imprimindo sofrimento às populações, atingindo direta e indiretamente grupos e indivíduos, está a lepra. Apesar de seus registros serem, presumivelmente, de longa data, apenas ao final do século XIX tomou-se conhecimento sobre seu agente etiológico, em confluência com os novos paradigmas médicos e definições das "causas" das enfermidades associadas ao assalto de microorganismo e aos protocolos ligados ao laboratório (Cunninghan; Willians, 1992; Latour, 1983). Lastreado por esse tipo de saber douto, o médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen

identificou o bacilo *Mycobacterium leprae* como causador da doença. Seu percurso e percepção, assim como o de outras doenças, fora marcado por transformações ocasionadas pela introdução e validação de novos protocolos científicos, pelas maneiras de encarar a doença e de lidar com a cura ou com a impossibilidade dela.

Keila Auxiliadora de Carvalho (2013) defende a ideia de que a carga de significado atribuído a uma doença acabaria por produzir e traduzir as práticas profiláticas para seu controle. A autora se utiliza do aporte teórico de Charles Rosenberg para a compreensão do que ela chama de "atribuição de significado", em que tanto o pensamento quanto a prática médica contribuem para a construção social da doença, seja através dos conceitos que a classificam do ponto de vista biológico, seja através de esquemas interpretativos que constroem uma compreensão geral sobre a doença. Partindo de tal pressuposto, a autora identificou que nas décadas de 1920-1960 tivemos no Brasil dois significados para a lepra resultando em abordagens profiláticas distintas. O primeiro deles se faz presente no início do século XX quando a lepra era caracterizada pelos leprólogos como um flagelo nacional. A partir de 1940, há uma guinada na percepção da doença e de seus tratamentos, tendo seu significado reelaborado em virtude da descoberta das sulfas e do aprimoramento no conhecimento da etiologia da enfermidade. Fixando-nos no significado da doença enquanto um flagelo nacional, podemos compreender o modelo de intervenção pública adotado para o enfrentamento da doença e que está no foco de nossa temática.

Fruto do movimento sanitarista das primeiras décadas do século XX, a saúde ganharia maior espaço nas responsabilidades do poder público, o que criaria condições para o enfrentamento das doenças endêmicas e dentre elas a lepra, então considerada um flagelo nacional. Entretanto, para que a saúde se constituísse como uma questão de responsabilidade do Estado foi preciso que este passasse a compreender que as doenças contagiosas geravam um impacto social, ou seja, um indivíduo adoentado se colocava como uma ameaça à comunidade sadia, não sendo, portanto, as condições de saúde um problema de abrangência puramente individual (Carvalho, 2012).

Compondo um cenário que levaria à implantação de uma política de controle da doença, temos a realização dos censos para levantamentos estatísticos da lepra cujos resultados apontaram alta incidência da moléstia no território nacional. Os censos foram uma orientação da Primeira Conferência Pan Americana de Lepra, ocorrida no Rio de Janeiro em 1922 e concomitante aos discursos dos leprólogos de que o agravamento da situação da lepra se dava em função da ausência do Estado, tivemos aí um cenário que contribuiu junto a outros fatores, para a adoção de medidas públicas no controle da enfermidade.

Segundo Costa (2007), devido ao seu contágio e pelo fato de não ter uma terapêutica específica e prontamente eficaz, a segregação dos doentes vinha sendo defendida em conferências internacionais desde 1897. No Brasil, a internação compulsória de leprosos vigorou no período compreendido entre 1924 e 1962 quando a busca dos doentes, a coerção para a mudança de vida nas "colônias" e o isolamento se configura como a principal política pública adotada e as internações ocorreram mesmo não havendo um medicamento específico para a cura. Dessa forma, conforme assegura Cunha (2005), essencial seria o isolamento do doente e não necessariamente seu tratamento. Não sendo demais lembrar que no discurso de médicos e autoridades, para a defesa do isolamento dos doentes havia a tônica da "proteção dos sãos".

Assim, nas primeiras décadas do século XX, a lepra começa a adquirir status de problema social no Brasil e seu impacto e magnitude passaram a exigir uma posição oficial para seu enfrentamento (Cabral, 2013). Ao lado de outras enfermidades como a malária, ancilostomíase, tuberculose e febre amarela, a lepra se tornaria uma ameaça à civilização e à nação, ou seja, um entrave ao processo de modernização de um país que se revelava enfermo (Costa, 2007). Determinada pelo governo federal, a política de reclusão foi absorvida pelos governos dos estados e pela classe médica, com fim, principalmente, de expurgar os contaminados dos centros urbanos que se encontravam em processo de modernização. A internação compulsória seria a medida profilática para o mal da lepra e trataria de retirar pessoas doentes, ou mesmo suspeitas, da convivência social sob o pretexto de curar e tratar a doença. Entretanto, a preocupação com a cura estava em segundo plano,

pois o objetivo central do isolamento era retirar os doentes do convívio com os sadios. Nesse movimento, os doentes passavam de "excluídos" para o status de "esquecidos".

Construídos por todo o país para a reclusão dos doentes, os asilos-colônias junto a outras duas instituições, os dispensários e os preventórios, formavam o tripé do sistema de enfrentamento da doença. Segundo Maciel (2007), os dispensários eram lugares destinados à realização de exames dos comunicantes e descoberta de novos casos de lepra, enquanto os preventórios deveriam receber e vigiar os filhos de leprosos, afastados de seus pais.

O isolamento como medida profilática de combate à lepra estava previsto no Brasil desde a Primeira República (Carvalho, 2013). Dois decretos que tratavam do Regulamento Sanitário Federal, um de 1904 e outro de 1914, previam que o isolamento deveria ocorrer em colônias implantadas para esse fim exclusivo. Em 1923, outro decreto reafirmava a estratégia e definia as colônias como estabelecimentos hospitalares. Entretanto, o cumprimento da internação para isolamento dos doentes encontrava barreiras na insuficiência do número de colônias e para correção dessa falha, entre 1930 e 1945, foram construídos 18 novos leprosários em 15 estados brasileiros, um deles no Espírito Santo. Assim, o hospital de isolamento para os doentes de Hanseníase no Espírito Santo foi o Pedro Fontes que depois ficaria conhecido como Colônia de Itanhenga, cujas obras se iniciaram em 1934, mas a inauguração definitiva se deu em 11 de abril de 1937 (Vieira; Cypreste, 2014).

Nessa perspectiva, objetivamos no presente capítulo,[5] analisar de modo preliminar os interesses e ações que moveram, no Espírito Santo, a edificação da Colônia de Itanhenga, bem como a mobilização ativa da "sociedade capixaba" para essa empreitada. Interessa-nos, igualmente, discutir "em números", a partir, principalmente, da documentação administrativa, a exemplo dos relatórios anuais, o perfil dos internos alvos das internações compulsórias e aspectos do funcionamento e dinâmica do leprosário entre

5. Esta pesquisa é fruto de um projeto mais amplo intitulado Inventário e organização do acervo documental da Colônia de leprosos Itanhenga/ES, cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, coordenado pelo professor Sebastião Pimentel Franco, contando com a participação dos seguintes pesquisadores: André Nogueira; Simone Santos de Almeida Silva; Sergio Luiz Marlow e a doutoranda Tânia Maria Araújo.

os anos de 1947 e 1956. Importante ressaltar para a história da lepra que o desenvolvimento desses estudos de caso abre instigante possibilidade de cotejarmos realidades e especificidades da vida dos internos e as ações políticas e médicas no âmbito da doença nas diversas partes do território em que foram construídas as "colônias".

A Lepra no Espírito Santo e a criação da Colônia de Itanhenga

Antes do aparecimento desse hospital, poucas e esparsas são as informações sobre a lepra no Espírito Santo. Analisando os relatórios de presidente da Província do Espírito Santo encontramos alusão à presença da doença, embora as autoridades governamentais acreditassem que sua incidência fosse muito pequena. Vejamos o que diz Marcellino de Assis Tostes (1881: p. 36):

> que existe a morphéa na província do Espírito Santo, que os casos não são frequentes, nem essa enfermidade reina endemicamente em ponto algum da província. Que os poucos casos se têm manifestado isoladamente, *que sendo moléstia hereditária em duas ou três famílias, cedo ou tarde se tem declarado em seus membros*; e, finalmente, que a circunstância de se terem manifestado aqueles casos em diferentes pontos prova que a cauã não depende de condição topográfica (Tostes, 1881: p. 36, grifos nossos).

Interessante perceber a fácil assertiva de Tostes acerca da "hereditariedade" da doença, aspecto acaloradamente discutido entre os médicos que se debruçaram inicialmente em torno do "enquadramento" da lepra, nos termos de Rosenberg (1992).[6]

Aproximados seis anos depois, em 1887, segundo Heráclides César de Souza- Araújo (1942: p. 5) aparecem novas notícias da lepra no Espírito Santo, quando é informado a existência de 28 casos da doença.[7] Mesmo já

6. Para tais controvérsias em torno da lepra, conferir Bechler (2014.).
7. Esses dados aparecem no censo estatístico publicado pelo Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, que totalizou 1.047 casos de lepra entre 1799 e 1877. Do total nacional, o Espírito

no século XX, as informações sobre a lepra no Espírito Santo eram raras. Belmiro Valverde[8] em seu livro publicado em 1921 afirmava que os casos dessa doença no Espírito Santo eram pouco expressivos.

Em 1922, cria-se no Espírito Santo o Serviço de Profilaxia Rural, numa parceria União e Estado, em sintonia com as supracitadas demandas do momento de maior mobilização das ações governamentais no sentido de "descobrir" e "sanear" o Brasil e seus males, funcionando nesse serviço a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. Em 1926, no governo do presidente de Estado Florentino Avidos o serviço de Profilaxia Rural foi fechado permanecendo, no entanto, o serviço de Doenças Venéreas e da Lepra. Apesar da existência de um "serviço" que cuidasse especificamente do problema da Lepra no Espírito Santo, suas ações deveriam ser tímidas, uma vez que só foram detectados 22 casos da doença entre 1922 e 1927, número ínfimo comparado com o total de 340 detectados em 1931 e 370 em 1932 (Souza-Araújo, 1942).

Como se deu em outras partes do Brasil, a ideia de isolar os leprosos no Espírito Santo era mais antiga que a criação da Colônia em fins dos anos de 1930. Na revista *Vida Capixaba*, edição 00170, publicada em 1929, Almeida Cousin, que assina o artigo intitulado "O Problema da Lepra", apesar de acreditar não ser a morfeia um grave problema no estado, adverte a todos para a possibilidade de assim vir a se constituir e, vista sob este ângulo, a enfermidade mereceria maior atenção. A título de tornar seu receio mais evidente e demonstrar a "gravidade do mal" que os leprosos representavam para a comunidade, Cousin descreve uma cena ocorrida em uma cidade paulista e relatada no Jornal do Brasil.

> Pindamonhangaba, uma das antigas e importantes cidades da zona da Central, é invadida por um bando enorme de morfeicos, irritados contra a população sadia, que procuram contaminar por todos os mo-

Santo apresentava o índice de 2,7%.

8. Belmiro Valverde (1884-1963) nasceu na Bahia onde se diplomou pela Faculdade de Medicina em 1906. No ano de 1915, desloca-se para o Rio de Janeiro para chefiar o serviço de urologia da Policlínica daquele estado. Obteve o título de livre-docente pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro com a tese "Profilaxia da lepra" (Cabral, 2014).

> dos, entrando nos estabelecimentos públicos – *bars*, cafés, theatros, cinemas, et. – servindo-se dos objectos de uso comum e ostensivamente procurando todos os meios de favorecer o contagio. Refere mesmo o telegrama de uma ação nefanda de um destes desgraçados, mordendo uma criancinha e esfregando-a contra as próprias úlceras. Chegam ao cúmulo de provocar uma reação armada da população, para os expulsar da cidade (Vida capixaba, 1929: p. 49).

Não deixa de chamar atenção, na escrita panfletária e hiperbólica de Cousin, a repetição secular de um conjunto de tópicas textuais contra a figura desses "desgraçados" (em seus termos): tramando conspirações e atuando, deliberadamente, contra os sadios de uma comunidade, buscando, ao imporem sua presença indesejada, espalhar a doença pela via do contágio direto.

No mesmo periódico, há publicação de um convite para evento na cidade de Colatina (um "sorvete dançante"), localizada ao norte do Espírito Santo, buscava sensibilizar o maior número de pessoas para adesão ao acontecimento beneficente utilizando o argumento de que os leprosos mereciam receber em seu "exílio doloroso, o conforto material e moral daqueles que estão preservados do terrível mal de Hansen" (Vida capixaba, 1935: p.23). O texto revela a ideia de que ao se manterem apartados da sociedade, os leprosos deixariam os sãos livres da doença, fornecendo evidências de que a cura dos doentes não estaria em primeiro plano, mas sim a proteção dos sadios.

Aliás, a sociedade capixaba, em consonância com o que ocorria em outros estados do Brasil, igualmente se mobilizava e buscava interação na cena nacional no que tange à lepra e à necessidade "filantrópica" e caritativa, por meio da promoção de eventos sociais. Através da imprensa, com destaque para a supracitada revista Vida Capixaba (de periodicidade quinzenal), é possível acompanhar esse alinhamento. Assim, na edição 385, de 1929, conclamava seus leitores para participarem da "Semana da Bondade", que acontecia nos últimos três anos em nível nacional, e tocou "vários agrupamentos civilizados", com destaque para a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra e que tinha como culminância – a provar,

uma vez mais, o protagonismo das mulheres – a comemoração do Dia das Mães (Vida Capichaba, 1929: p.5).

O crescimento na identificação de casos de lepra deveu-se em parte à atuação do médico Pedro Fontes que havia assumido a chefia da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Espírito Santo. Falando sobre o seu trabalho a frente desse serviço, assim se pronunciou Pedro Fontes:

> Quando assumi a direcção deste Serviço encontrei, realmente, fichados pelo extincto Serviço de Prophylaxia Rural, - que aqui funccionára cerca de 5 annos e junto ao qual havia um serviço de Lepra e Doenças Venéreas, - apenas 22 leprosos. No fim de algum tempo verifiquei que esse numero estava áquem da realidade e resolvi fazer um inquerito. Percorri todo o Estado, entendendo-me pessoalmente com os medicos das diversas localidades e cheguei à conclusão de que havia no Estado do Espírito Santo mais de 200 leprosos (Fontes, 1928 *apud* Souza-Araújo, 1937: p. 555-556).

Foi a partir do censo organizado por Pedro Fontes, cujo resultado final apontou o resultado de mais de 370 leprosos no Espírito Santo, que efetivamente se pensou na necessidade da construção de um leprosário. Assim, em vista do recenseamento até aquele momento, Pedro Fontes, em 3 de dezembro de 1930, enviou ao capitão João Punaro Bley memorial sobre a situação da lepra no Estado, indicando a criação de um hospital de isolamento para os leprosos. Como solução alternativa e imediata para possibilitar esse isolamento, Pedro Fontes propôs a criação de um asilo de emergência na ilha da Cal, sugestão que foi aceita pelo interventor do Estado (Franco; Barros, 2015). Assim, como primeira providência, em 1931, uma casa existente na referida ilha passou por adaptações para receber mulheres e crianças e, em 1932, foi construído, em anexo, um pavilhão para possibilitar o acolhimento de homens (Discurso..., 1934: p. 3). Certo da necessidade e importância da construção de um leprosário para o isolamento compulsório dos doentes, Pedro Fontes, em artigo publicado pela imprensa, em 1934, afirmou:

> O leprosário é a arma mais eficiente de combate à lepra; sem ele não será possível organizar serviço útil de prevenção contra o mal de Hansen. É, a um tempo, beneficio para o doente, que só no leprosario poderá receber tratamento regular e garantia para a população, preservada com a segregação dos leprosos, do seu contagio (A Interventoria..., 1934: p. 3).

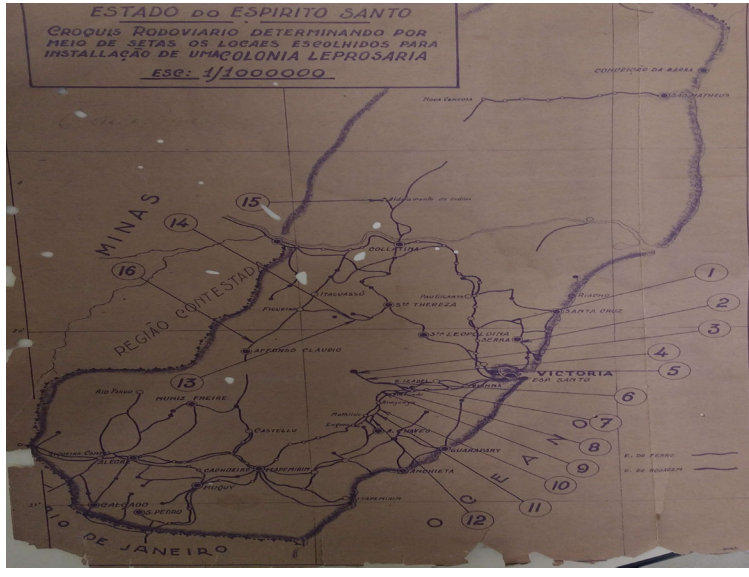
Podemos observar, no discurso de Pedro Fontes, uma vez mais, a ênfase ao isolamento da doença como forma de proteger a sociedade sadia. O médico sublinha a preocupação em oferecer tratamento regular ao doente, mas fica claro que o objetivo principal não era tratar o doente e sim evitar o contágio da doença.

Nessa perspectiva, Pedro Fontes em seu empenho de isolar os doentes de lepra, promoveu uma viagem em companhia de Carlos Rosa (Inspetor de Rodovias) por várias áreas do Estado, num raio de 182 quilômetros da capital (conforme apresentado na figura 1). No relatório há a produção de um mapa indicando algumas propriedades potencialmente viáveis para a edificação do leprosário, deixando entrever quais seriam os requisitos mais importantes para tal empreitada, como a existência de ampla superfície plana que comportasse as instalações; abundância de água; proximidade com rodovias que permitissem acesso mais ou menos facilitado para a Capital, sem contar, naturalmente, com o quesito fundamental de isolamento do sítio em relação às áreas de maior povoamento nas regiões.

Enfim, em 11 de abril de 1937, ocorreu a inauguração definitiva da Colônia de Itanhenga contando com a ilustre presença do ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, e de importantes personalidades políticas e civis do cenário estadual e federal. Nessa oportunidade, o governador do Espírito Santo, João Punaro Bley, pronunciou o seu discurso fazendo uma retrospectiva de seu contato com o problema da lepra, com base no resultado do censo elaborado por Dr. Pedro Fontes. Enfatizou também que foi sensibilizado pelo Dr. Souza-Araújo que o alertou para a importância da construção de um leprosário no Estado. Bley fez a descrição dos custos totais envolvidos na construção da colônia e teceu agradecimentos a todos que contribuíram financeira ou materialmente para a concretização da obra (Souza-Araújo,

1937: p. 582). A seguir, Gustavo Capanema pronunciou seu discurso apresentando as ações que estavam sendo realizadas pelo Governo Provisório para combater a lepra no Brasil. Em primeiro lugar, Capanema falou sobre o longo caminho a ser percorrido para eliminar a doença, considerando a estimativa de 50.000 leprosos no País, apresentada por Souza-Araújo em seu recente trabalho. O ministro prosseguiu afirmando que, somente com a Revolução de 1930, foi possível iniciar, "em todo o paiz, combate seguro, completo e systematico contra a lepra" (Souza-Araújo, 1937: p. 582). Ele falou ainda sobre o programa federal, baseado na organização da pesquisa e do censo, e sobre a importância do armamento antileproso – constituído pelo leprosário, dispensário e preventório – no Distrito Federal e nos Estados da Federação. Gustavo Capanema concluiu seu discurso falando sobre a importância da Colônia de Itanhenga como instituição modelar e como resultado da cooperação entre a União e o Espírito Santo, nas pessoas do presidente Getúlio Vargas e do governador João Punaro Bley (Souza-Araújo, 1937: p. 585-589).

Figura 1: Mapa produzido para relatório Carlos Rosa e Pedro Fontes



Fonte: Hospital Pedro Fontes.

A Colônia de Itanhenga, com capacidade total prevista para 380 leprosos, 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) e outra ao preventório (200 hectares) a ser construído e uma terceira para a colônia agrícola dos futuros 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. A coordenação da segunda parte da obra ficou a cargo do engenheiro Manoel Passos Barros (Souza-Araújo, 1937: p. 589).

O "Plano de construções" das colônias recomendava que um leprosário fosse dividido em três zonas distintas – sadia, intermediária e doente –, com o objetivo de garantir a integridade das pessoas sadias que atenderiam aos doentes. Assim sendo, seguindo essa orientação, os prédios da Colônia de Itanhenga foram distribuídos da seguinte forma (Souza-Araújo, 1937: p. 599): a) na zona sadia foram edificadas as casas do diretor-médico e do administrador, dez casas para os funcionários sadios, prédio da administração, garagem e a casa do porteiro, onde ficavam a central telefônica e de luz; b) na zona intermediária, foram construídos a casa das irmãs de caridade, um pavilhão de observação para receber casos suspeitos, o parlatório (uma sala isolada onde ocorriam as conversas dos visitantes com os internos), laboratório e farmácia, almoxarifado, cozinha e copa limpa; c) na zona doente ou de contágio, estavam localizados o pavilhão de expurgo dos doentes que entravam na colônia, a escola, a prefeitura, cujo prefeito era um interno, refeitório e copa dos doentes, policlínica, lavanderia, seis casas para funcionários doentes, três pavilhões para oficinas, banheiros coletivos para as oficinas, campo de futebol, manicômio-cadeia, 12 pavilhões do tipo "Carville", pavilhão de diversão, biblioteca, igreja, dois dormitórios para meninas, 20 casas para leprosos casados, necrotério e cemitério.

Uma vez construído o leprosário, em vista dos esforços e demandas para salvaguardar a "sociedade capixaba" e tratar daqueles acometidos pelo "terrível mal de Hansen", era a hora de habitar a colônia. Assim, de maio a outubro de 1937, foram recolhidos em Itanhenga 230 leprosos fichados

anteriormente. Segundo Pedro Fontes, o recenseamento realizado facilitou o recolhimento dos doentes porque a localização de cada um era conhecida e estes já tinham passado por um dedicado trabalho de educação sanitária, realizado pelos médicos itinerantes e pelos chefes dos dispensários, receberam informações sobre a doença e foram orientados quanto à necessidade de isolamento, até mesmo sobre a possibilidade de cura. Dessa forma, não houve resistência ao isolamento e não foi necessário o uso de força policial (Souza-Araújo, 1937: p. 600). Até a data da inauguração da colônia, o custo total para a sua construção, incluindo terreno, serviços de água, esgoto, iluminação, energia elétrica, foi de 2.577:545$000. Conforme estabelecido no consórcio entre a União e o Espírito Santo, os valores dispendidos para a execução da obra foram assim distribuídos: 1.534:545$000 pelo Governo do Estado (1934 a 1937) e 790:000$000 pelo Governo Federal (1933 a 1936). Foram também recebidas doações do Departamento Nacional de Café e da Prefeitura de Vitória, nos valores de 219:000$000 e 25:000$000, respectivamente (Souza-Araújo, 1937: p. 599).

No período compreendido pela inauguração do leprosário até o ano em que a internação obrigatória foi suspensa no país, 1962, a Colônia de Itanhenga registrou o ingresso de 1.592 pessoas, segundo registros mantidos pelos profissionais do Hospital Pedro Fontes, sistematizados a seguir.

Tabela 1: Internações ocorridas na Colônia de Itanhenga (1937-1962).

Ano	Internações	%
1937-1939	467	29,3
1940-1949	521	32,7
1950-1959	515	32,3
1960-1962	89	5,6
Total	**1592**	**100**

Fonte: Hospital Pedro Fontes/ES. Elaboração própria.

Os três primeiros anos de funcionamento do leprosário foram os mais significativos em termos de volume de ingresso de pacientes, o que confirma

o esforço por parte da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas em recolher os enfermos dispersos nos municípios do interior do estado. Enfermos que eram de conhecimento do serviço, pois censo realizado por Pedro Fontes à frente da inspetoria apurou que em 30 de abril de 1937, existiam 639 casos confirmados da doença e 90 suspeitos espalhados no estado, segundo Souza-Araújo (1937). Os dados da tabela demonstram que os anos compreendidos entre 1937 e 1939 registraram quantitativo de ingresso de pacientes semelhante proporcionalmente ao ocorrido numa década inteira, quando os comparamos aos anos de 1940-1949 e de 1950-1959, indicando um esforço no recolhimento por enfermos para submetê-los ao isolamento compulsório naquele triênio.

Recentemente trabalhos historiográficos, como o de Keila Auxiliadora de Carvalho (2012), o de Dilene Raimundo do Nascimento e Vera Regina Beltrão Marques (2011) e de Zilda Maria Menezes Lima e Gizafran (2016) e ainda o de Leicy Francisca da Silva (2016), tem evidenciado que a vida e as práticas de sociabilidade nos leprosários eram muito além da reclusão e confinamento. Dessa forma, em consonância com a abordagem desses autores, no caso do Espírito Santo, também buscamos sublinhar que o isolamento de pessoas portadoras de lepra, por certo, representou um episódio dramático da história da saúde pública em todos os lugares onde se efetivou, desfez famílias e imprimiu rupturas em inúmeras vidas, revelando-se uma amarga experiência para os doentes. Por outro lado, o indivíduo doente também se revelou um sujeito capaz de (re)interpretar a doença e seus efeitos em sua vida e de demonstrar habilidades para superar adversidades.

Assim, ao analisarmos o que se passou com os internos de Itanhenga igualmente buscamos evidenciar que existia uma vida para além do estigma e da rejeição, dessa forma, é nossa intenção mostrar a vida cotidiana dessa Colônia entre os anos de 1946 e 1956, a partir dos relatórios de diretores da Colônia. Além dessa fonte utilizaremos ainda como material de apoio as correspondências administrativas expedidas e recebidas pela direção dessa instituição. Mesmo nos deparando com o caráter mais pragmático dos relatórios e com a existência muitas vezes de uma preponderante preocupação estatística e de registros (e repetição) protocolares de determinados dados (o

que não seria de se estranhar por conta da natureza da documentação), tais documentos não deixam de apresentar possibilidades de leituras e "frestas" que nos permitem enxergar as dinâmicas, embates e formas de sociabilidades e reinvenções de trajetórias dentro desses espaços de isolamento. O cotejo com fontes de outras naturezas (a exemplo das entrevistas, prontuários médicos, fotografias) ajudam-nos de maneira bastante fértil a resgatar o protagonismo e as histórias dessas pessoas. Aspectos que poderão ser contemplados em outras incursões sobre a temática.

A Colônia de Itanhenga a partir da documentação administrativa (1947-1956)

Os dados apontados nos relatórios administrativos produzidos entre 1947 e 1956, pela direção da Colônia de Itanhenga em Cariacica, no Espírito Santo, corrobora a frase acima mencionada do seu primeiro diretor, o médico Pedro Fontes, acerca da frequente existência da lepra para quem se dispusesse a procurá-la. Assim, tão logo assumiu a direção dos trabalhos do combate à lepra no Espírito Santo, o médico leprologista Pedro Fontes[9] tratou de realizar um censo no intuito de diagnosticar o número total de doentes no Estado. Ao longo de uma década, os relatórios elaborados pelo médico indicavam um número de doentes três vezes maior do que os dados antes apresentados. Conforme relato do médico Souza-Araújo (1937: p. 552), o doutor Pedro Fontes contabilizava nos relatórios sobre o estado do Espírito Santo apenas 22 leprosos, em 1927, mas em 1937, era possível contabilizar 719 leprosos. A política implementada de buscar encontrar a lepra foi responsável pelo número de leprosos não parar de crescer conforme podemos visualizar pelos dados da tabela 1.

---

9. Na pesquisa sobre o médico Pedro Fontes, verificamos que ele se formou na Faculdade de Medicina da Bahia em 1903, defendendo a tese *Estudo sucinto de uma das modalidades clínicas da demência precoce: a variedade paranoide*. O médico foi para Vitória, em 1927, após transferência do Serviço de Saneamento Rural do Distrito Federal, assumindo a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Espírito Santo. No ano seguinte deu início às ações para a construção de um leprosário na região, que resultaram na fundação da Colônia de Itanhenga, em 1937.

Realizando uma projeção do número de leprosos fichados incluindo-se os anos de 1952 e 1954 chegamos a um total de 920 pacientes interno na Colônia.

Para a execução dos planos de combate à doença e das práticas de isolamento, era preciso que o doente "existisse", que a doença fosse evidenciada. Nesse sentido os dados estatísticos eram um dos importantes meios de representação da doença e "prova" de que as ações de Estado estavam a surtir o efeito propagandeado.[10] Os doentes precisavam ser fichados, o que gerava a necessidade do registro de informações sobre os leprosos, contabilizando os doentes e suspeitos de lepra, trazendo informações detalhadas das regiões afetadas, bem como os índices e as características da endemia.

O paciente era identificado pelo serviço de saúde, encaminhado ao posto médico, dispensário ou levado ao leprosário. Aqueles encaminhados ao leprosário, via internação compulsória, eram recolhidos com o amparo da lei. Os agentes pegavam os doentes sem maiores explicações.

Nem sempre havia resistência, por parte dos recolhidos, implicando o uso da força policial nas ações de internamento, conforme várias entrevistas ao longo do levantamento do projeto, ainda que, para o presente trabalho, não as tenhamos usado. O que não significa que houvesse mera aceitação passiva quanto às medidas de internação. O Serviço de Saúde Pública atraía o recolhimento ao leprosário, os doentes que chegavam aos postos de saúde e dispensários, providenciando o transporte daqueles doentes de lepra.

Diversos foram os censos realizados na Colônia, a promoverem uma quantificação dos internos e dos tipos de lepra que acometiam. Assim, deparamo-nos com informações acerca dos com os homens e mulheres infectados, suas faixas etárias, ocupações, procedências (nacionalidade, naturalidade, endereço em que fora encontrado). A seguir, apresentamos e discutimos hipóteses em torno dos dados coletados, que indicam, entre outros vetores, o perfil social daqueles que foram alvo do isolamento compulsório em terras capixabas:

---

10. Para informações sobre os dados estatísticos da lepra nas primeiras décadas republicanas, ver Maciel (2007).

Tabela 2: Faixa Etária dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Idade	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
0 a 2 anos	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,1
3 a 5 anos	1	2	0	0	1	4	0	1	9	1,2
6 a 10 anos	1	3	4	3	4	5	2	4	26	3,5
11 a 15 anos	3	5	6	4	1	4	0	9	32	4,3
16 a 20 anos	6	10	10	7	6	6	4	11	60	8,2
21 a 30 anos	13	18	**23**	22	16	17	**29**	27	165	22,4
31 a 40 anos	11	**23**	21	**26**	16	**29**	15	**45**	**186**	**25,3**
41 a 50 anos	**17**	22	17	9	**18**	13	17	30	143	19,4
Acima dos 51anos	7	18	12	17	10	15	13	22	114	15,5
Total de fichados	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 3: Sexo dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Sexo	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Masculino	**42**	**65**	**60**	**59**	**51**	**64**	**61**	**113**	**515**	**70**
Feminino	17	36	34	29	21	29	19	36	221	30
Total	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 4: Estado Civil dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Estado Civil	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Casado	**31**	**56**	**55**	**53**	**45**	**58**	**53**	**102**	**453**	**61,5**
Solteiro	21	39	29	26	22	28	21	40	226	30,7
Viúvo	7	6	10	9	5	7	6	7	57	7,7
Total	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 5: Cor dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Cor	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Branca	**40**	**71**	**71**	**67**	**46**	**58**	**54**	**96**	**503**	**68,3**
Preta	9	4	9	6	7	6	7	16	64	8,7
Mestiça	10	26	14	15	19	29	19	37	169	23
Total	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 6: Naturalidade dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Naturalidade	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Espírito Santo	**29**	**49**	**55**	**58**	**40**	**50**	**78**	**108**	**467**	**63,5**
Minas Gerais	25	42	29	20	26	31	1	33	207	28,1
Rio de Janeiro	4	7	7	4	5	9	0	6	42	5,7
Outros Estados	1	2	2	4	1	2	0	2	14	1,9
Outros Países	0	1	1	2	0	1	1	0	6	0,8
Total	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 7: Profissão dos internos da Colônia de Itanhenga (1947-1956)

Profissão	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Lavrador	**25**	**59**	**45**	**44**	**43**	**40**	**47**	**90**	**393**	**53,4**
Doméstica	14	28	28	26	16	19	19	33	183	24,9
Menor	5	6	5	9	8	9	3	13	58	7,9
Outras	15	8	16	9	5	25	11	13	102	13,9

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Tabela 8: Formas definidas de Lepra

Forma da Lepra	1947	1948	1949	1950	1951	1953	1955	1956	Total	%
Lepromatosa	23	**42**	**42**	**53**	**42**	36	**42**	**80**	**360**	**48,9**
Tuberculóide	**33**	33	15	11	12	15	7	23	149	20,2
Incaracterística	3	26	37	24	18	**42**	31	46	227	30,8
Total	59	101	94	88	72	93	80	149	736	100

Fonte: Relatórios administrativos da Colônia de Itanhenga

Homem, adulto, branco, casado, brasileiro, natural do Espírito Santo e envolvido com atividades laborais na zona rural ("lavrador"): esse seria o "típico" perfil da internação compulsória em Itanhenga. Assim, a maioria dos acometidos pela lepra no Espírito Santo eram oriundos de regiões interioranas, que lá viviam de sua faina diária, de seu pequeno pedaço de terra de onde garantiam suas subsistências, conforme podemos verificar pelos dados da tabela 7. Ou, talvez, no "afã" de redescobrir e sanear o Brasil, igualmente as autoridades médicas e políticas capixabas tenham preferido voltar-se para o interior do Estado como alvo preferencial das ações contra a lepra.

Talvez, a expressiva superioridade masculina continue a nos indicar que, ainda nas primeiras décadas do século XX, em vista das formas de sociabilidades e papéis sociais no Brasil, os homens, por estarem mais tempo fora de casa, poderiam expor mais diretamente os sinais e estigmas da doença, sendo assim, mais visíveis ao aparelho do Estado responsável pela localização e recolhimento dos leprosos (Gandra Jr., 1970: p.27). Essa superioridade masculina que encontramos na colônia de Itanhenga coaduna com outros estudos sobre leprosários Brasil afora, a exemplo daqueles interpretados por Zilda Maria Lima para o Ceará, Leci Francisca da Silva para Goiás, Juliane Conceição Primon Serres para o Rio Grande do Sul e Domingos da Silva Gandra Júnior para Minas Gerais (Lima, 2009; Gandra Jr., 1970; Serres, 2014; Silva, 2013).

Os dados expostos nos relatórios dão indícios dos fluxos migratórios para o estado do Espírito Santo, ainda que seus "filhos" fossem a maioria dos internados na Colônia como leprosos, há quantidade significativa (35,7%) oriundos de outros estados, ainda que, desses, a maioria viesse de regiões limítrofes, a exemplo do Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Acerca da preponderância absoluta dos indivíduos adultos (respondendo por 90,8% do total dos internos), aliás, em outros leprosários Brasil afora, esse perfil repetia-se constantemente, uma explicação bastante aceita é o fato da doença poder permanecer assintomática a olho nu por décadas, assim, podendo aparecer em seus sinais/sintomas apenas na idade adulta de muitos dos indivíduos que a contraíam.

Em relação às informações disponíveis nos relatórios há um dado bastante instigante: a maioria dos internos reportados "brancos". Ao cruzarmos essa informação com a de outras fontes disponíveis para a Colônia (embora não diretamente consideradas no presente estudo), a exemplo das fotografias, é perceptível um número bastante expressivo de população negra e mestiça entre os internos. Considerando que nos prontuários médicos e nos relatórios (em geral produzidos pelos médicos e/ou administradores da Colônia), há possibilidade praticamente nula de "autodeterminação" de cor por parte dos internos, fica-nos então a incógnita desse dado. Acreditamos que com o avançar dos levantamentos de fontes e sua interpretação empírica

consigamos responder ou, pelo menos, formular hipóteses acerca dessa questão.

Havia tipos diferentes de identificação da lepra: a lepromatosa, a tuberculoide e ainda a incaracterística, conforme dados da tabela 3. O tipo lepromatosa (o mais comum em Itanhenga) era também considerado o mais virulento (maligno), que causava lesões mais extensas ao corpo do doente, podendo chegar às temidas retrações das extremidades e mutilações. Inclusive, entre os ex-internos por nós entrevistados, há menção ao pavor que lhes causava a doença por conta das sequelas impostas pelo mal. Assim, confirma-nos o depoimento a seguir:

> S: Você acha que alguns deles não acha que tenha ficado com receio?
> AH: Não, nenhum deles.
> S: Você veio para cá, e você se assustou com o que viu?
> AH: No começo foi pesado, porque tinha muita gente lá.
> S: Você ficou com medo de ficar igual ou pior a?
> AH: Quando eu cheguei aqui eu estava muito ruim, eu ficava só na cama, não saía para lado nenhum, eu só via as mulheres do quarto, elas ali estavam bem, iam tomar banho, voltava para cama, tomava os remedinhos, não via assim ninguém atrofiado, para mim normal, eu melhorei, comecei a comer bem, andar, fui sentar na varanda do centro clínico, ali tinham vários bancos, aí veio um paciente com a metade da mão e as duas pernas amputadas, aquilo ali me deu um desespero total, eu saí correndo da clínica, derrubei ele da cadeira e tudo, saí gritando, que eu queria ir embora dali, ela falou não você tem que tomar seus remédios, se controla, se cuida, você vai ficar boa, você não vai ficar daquele jeito não, eu pensei que ia ficar daquele jeito (Depoimento concebido em 18 de setembro de 2016).

Considerações Finais

A partir de fins do século XIX, ressurge a preocupação com a lepra enquadrada a partir de um paradigma médico "microbiano". Essa percepção faz despontar a noção de melhor tratar a doença a partir do isolamento compulsório, premissa comungada pelo médico bacteriologista e dermatologista norueguês, Gerhard Henrick Armanuer Hansen, identificador do *Mycobacterium leprae* como agente causador da lepra.

No Brasil, somente a partir da década de 1920, veremos a recolocação da lepra na ordem das ações de saúde pública e das discussões no seio da sociedade brasileira, a qual se relaciona com o momento que Hochman (1998) nomeou "a era do saneamento". A partir desse momento há um esforço do Estado em buscar salvar uma "nação doente" desenvolvendo práticas no intuito de interiorizar as ações públicas para os "rincões do Brasil".

A partir de então, veremos surgir as primeiras instituições asilares para internação de leprosos, embora nesse momento essas fossem constituídas a partir de ações beneméritas da sociedade. Assim, através da organização e participação de membros das elites da sociedade local, ações serão implementadas buscando viabilizar a assistência a essa doença, vista nesse momento como uma chaga.

Uma ação mais efetiva do Estado no que se refere à institucionalização de uma política voltada para a doença só se efetiva em meados da década de 1920, quando é criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. A partir de então, a lepra passa a ser uma preocupação constante, inclusive com ações buscando fazer-se uma estatística do número de infectados. Os resultados, com base em diversos levantamentos realizados Brasil afora, sobretudo por médicos nomeados pela Inspetoria, motivaram a construção de entidades asilares para abrigar os leprosos, uma vez que era preciso evitar que a população sã corresse o risco de contaminação pelos leprosos.

Assim, a partir da década de 1930, surgem as instituições asilares no Brasil, entre elas a Colônia de Itanhenga em Cariacica no Espírito Santo, que será inaugurada em abril de 1937, contando com a presença de inúmeras autoridades inclusive o Ministro do governo Vargas, Gustavo Capanema.

O texto foi produzido com base na análise do *corpus* documental coletado a partir do projeto de pesquisa que ora desenvolvemos, cujo propósito é

recuperar a documentação do antigo leprosário, composta por documentos administrativos, prontuários e depoimentos de pacientes do hospital que residem atualmente na Colônia de Itanhenga. Portanto, buscamos resgatar a documentação presente nos arquivos da Colônia, como os prontuários e demais documentos, e igualmente recuperar a memória e história do hospital e daqueles que viveram/sofreram o isolamento compulsório, através dos depoimentos dos moradores. Embora tenhamos utilizado variedade de fontes, centramos nossas análises no uso da documentação administrativa, especialmente os relatórios onde foi possível analisar o *modus operandi*, o modo de vida dos internos: sexo, idade, naturalidade, estado civil, ocupação, o que permite um perfil "social" dos internos no Espírito Santo.

Apesar de ser a documentação administrativa, por vezes, pragmática e repetitiva, é possível enxergar a vida no leprosário e como os internos se reinventaram a partir da doença e da internação compulsória, possibilitando, enfim, recompor as narrativas das pessoas acometidas, direta ou indiretamente pela lepra, permitindo-nos trazer à tona pluralidades de vozes que circundam o leprosário reconstruindo memórias, produzindo sentido a elas, na medida em que são narradas e reelaboradas.

Fontes e bibliografia

A INTERVENTORIA FEDERAL E O SERVIÇO DE PROPHYLAXIA DA LEPRA. *Diário da Manhã* Vitória, p. 3, 25 nov. 1934.

ALMEIDA COUSIN, José Coelho. O Problema da Lepra. *Vida Capixaba*, Vitória, 1929, p. 49.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Agruras de um cientista: Armauer Hansen e a lepra na Noruega. *In:*MELLO, Wiullian; LIMA, Zilda Maria M.; MUNIZ, Altemar C (Org.). *História, Memória,Oralidade e Culturas.* Fortaleza: Editora da UECE, 2014, p.147-178.

CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CARVALHO, Keila Auxiliadora de Carvalho. *Colônia Santa Izabel:* a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960) 245f. Tese (Doutorado em

História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2012.

CARVALHO, Keila Auxiliadora de. Quando o isolamento transforma-se em problema social: a reestruturação do sistema de profilaxia da lepra. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; e MACIEL, Ethel Leonor Noia (Org.). *Uma história brasileira das doenças.* Belo Horizonte/MG: Fino Trato, 2013, p. 183-203.

COUSIN, Almeida. O Problema da Lepra. *Vida Capixaba*, Vitória, ed. 170, p. 48-9, 1929. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=156590&pasta=ano%20192&pesq=lepra>. Acesso em: 23 jul. 2015.

CYPRESTE, Dora Martins; VIEIRA, Alda. *Hospital Dido Fontes, antiga colônia de Itanhenga:* do isolamento compulsório à ressocialização. Secult: Vitória/ES, 2014.

COSTA, Dilma Avelar Cabral da Costa. *Entre ideias e ações:* lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). F. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2007.

CUNHA, Vivian da Silva. *O Isolamento compulsório em questão:* Políticas de combate à lepra no Brasil (1920 – 1941).142 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CUNNINGHAN, Andrew & WILLIANS, P. (eds.). *The Laboratory revolucion in medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

DISCURSO PRONUNCIADO ONTEM, EM CACHOEIRO DO ITAPEMERIM, PELO EXMO. SR. INTERVENTOR FEDERAL, NO BANQUETE QUE LHE OFERECERAM SEUS AMIGOS DAQUELE MUNICÍPIO. *Diário da Manhã*, Vitória, p. 3, 4 ago. 1934.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular. Ciência Médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). *In*: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; GALVÃO Sobrinho, Carlos R. (Org.) *Artes e ofícios de curar no Brasil:* capítulos de história social. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 101-122.

FRANCO, Sebastião Pimentel; BARROS, Luiz Arthur Azevedo. A lepra no Espírito Santo: de fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. *Dimensões*. v. 34, 2015, Vitória/ES, p. 228-254.

GANDRA JÚNIOR, Domingos da Silva. *A lepra:* uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização. 1970. 258f. Tese (doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 1970.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

GINZBURG, Carlo. *História noturna:* decifrando o sabá**.** São Paulo: Cias das Letras, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento.* As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo, Hucitec/Anpocs, 1998.

LATOUR, Bruno. Give me a laboratory and i will raise the world. *In*: MAULKAY, M. (eds.). *Science Observed:* perspectives on the social study of science. Londres: Sage, 1983.

LIMA, Zilda Maia Menezes. *Uma enfermidade à flor da pele:* a lepra em Fortaleza (1920-1937). Fortaleza: Museu do Ceará: Secult, 2009.

MACIEL, Laurinda Rosa. *Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade:* uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962).. Tese (Doutorado em História Social) - Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2007.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; MARQUES, Vera Regina Beltrão (Org.). *Hanseníse:* a voz dos que sofreram o isolamento compulsório. Curitiba/PR: Editora UFPR, 2001.

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. *Estigma e isolamento social:* lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

RELATÓRIO APRESENTADO À ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA PROVÍNCIA DO ESPÍRITO SANTO EM SUA SESSÃO ORDINÁRIA DE 8 DE MARÇO DE 1881, PELO PRESIDENTE DA PROVÍNCIA, EXM. S. DR. MARCELLINO DE ASSIS TOSTES. Vitória: Typographia da Gazeta da Victoria, 1881.

RELATÓRIO DE CARLOS ROSA AO DIRETOR DE VIAÇÃO E OBRAS PÚBLICAS. Vitória: 27 jun1933.

ROSENBERG, Charles. "Framing disease: Illness, society and history". In: Explanning epidemics and others studies in the history of medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp. 305-318.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES,Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos de População*. São Paulo, 2008.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora.* Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. A lepra no Espírito Santo e sua prophylaxia: A "Colonia de Itanhenga" – Leprosário modelo. *Memória Instituto Oswaldo Cruz*. v. 32, n. 4, p. 551-605, 1937.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *A lepra no Espírito Santo e a sua prophilaxia:* a Colônia de Itanhenga – Leprosário Modelo. Rio de Janeiro: Gráfica Milone Ltda, 1942.

SANTOS, Luis Antônio de Castro; FARIA, Lina, MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Revista Brasileira de Estudos de População*. São Paulo, 2008.

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

SILVA, Leicy Francisca da. *Eternos órgãos da saúde*: medicina, política e construção da lepra em Goiás (1830-1962). 2013. 288 f. Tese (doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás. Goiânia/GO, 2013.

SERRES, Juliane Conceição Primon. *Nós não caminhamos sós:* o hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (102—1950). 2004. 142 f. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, Porto Alegre, 2004.

VIDA CAPIXABA. Vitória. Edição 385, 1929. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=156590&pesq=lepra>. Acessado em 03 mar. 2017.

FINO TRAÇO
EDITORA

FORMATO: 15,5cm x 22,5cm | 324p.
TIPOLOGIAS: Minion Pro, Myriad Pro
PAPEL DA CAPA: Supremo 250g/m²
PAPEL DO MIOLO: Chambril Avena 80g/m²

PRODUTOR EDITORIAL: Edson Oliveira
CAPA & DIAGRAMAÇÃO: Edson Oliveira
IDEALIZAÇÃO DE CAPA: Fernando Vasconcelos
REVISÃO DE TEXTOS: Ana Carolina Leão

COLEÇÃO
HISTÓRIA

Estamos contentes em apresentar o Volume 7 da coletânea Uma história brasileira das doenças e, seguindo nossa tradição na composição dos outros volumes, procuramos reunir pesquisadores de várias universidades e centros de pesquisa do Brasil, que tematizam a saúde e a doença em suas investigações. A presença de novos pesquisadores e novas experiências históricas nas páginas que se seguem é ainda um bom termômetro do interesse e o sucesso que a temática tem alcançado entre os pesquisadores brasileiros, contribuindo para dar publicidade a resultados de pesquisas levadas a cabo nas últimas três décadas.

Como é tradição nesse campo de investigação, os trabalhos aqui reunidos abordam as doenças e suas histórias para além de uma perspectiva eminentemente biológica, propondo enxergá-las como resultado de uma interação que congrega manifestações patológicas e os sentidos sociais a elas atribuídos historicamente. Como já bastante discutido pela historiografia, sendo a um só tempo resultado de processos patológicos ocorridos no âmbito do organismo, e experiência vivenciada por indivíduos culturalmente inseridos, a doença é um lugar de fronteira que exige um tipo de abordagem dialógica, ou interdisciplinar.

HISTÓRIA UFMG
UFES UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Casa de Oswaldo Cruz
CAPES

ISBN: 978.85.8054.338-4