

HISTÓRIA, FRONTEIRAS E IDENTIDADES

ENFERMIDADES, EPIDEMIAS E
PANDEMIAS

Lorena Almeida Gill
Beatriz Teixeira Weber
Tânia Salgado Pimenta

ORGANIZADORAS



casaletras

volume

1

HISTÓRIA, FRONTEIRAS E IDENTIDADES

ENFERMIDADES, EPIDEMIAS E
PANDEMIAS

Lorena Almeida Gill
Beatriz Teixeira Weber
Tânia Salgado Pimenta
ORGANIZADORAS

volume

1

Esta obra contou com apoio do PPGH/UFPel com recursos PROAP/CAPES



Porto Alegre
2021

Copyright ©2021 das organizadoras.

Direitos desta edição reservados às organizadoras, cedidos somente para a presente edição à EDITORA CASALETRAS.



LICENCIADA POR UMA LICENÇA CREATIVE COMMONS

**Atribuição - Não Comercial - Sem Derivadas 4.0
Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Você é livre para:

Compartilhar - copie e redistribua o material em qualquer meio ou formato. O licenciante não pode revogar essas liberdades desde que você siga os termos da licença.

Atribuição - Você deve dar o crédito apropriado, fornecer um link para a licença e indicar se foram feitas alterações. Você pode fazê-lo de qualquer maneira razoável, mas não de maneira que sugira que o licenciante endossa você ou seu uso.

Não Comercial - Você não pode usar o material para fins comerciais.

Não-derivadas - Se você remixar, transformar ou desenvolver o material, não poderá distribuir o material modificado.

Sem restrições adicionais - Você não pode aplicar termos legais ou medidas tecnológicas que restrinjam legalmente outras pessoas a fazer o que a licença permitir.

Este é um resumo da licença atribuída. Os termos da licença jurídica integral estão disponíveis em:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Os dados e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão das referências bibliográficas, são de inteira responsabilidade dos autores.

Esta obra contou com apoio do PPGH/UFPEL com recursos PROAP/CAPES

EXPEDIENTE:

Projeto gráfico, diagramação e capa:

Casalettras

Capa:

Adaptação do logotipo do V Encontro Internacional Identidades e Fronteiras (2021) / PPGH/UFPEL, criado por Marcelo França de Oliveira.

Editor:

Marcelo França de Oliveira

Conselho Editorial

Prof. Dr. Amurabi Oliveira - UFSC

Prof. Dr. Aristeu Elisandro Machado Lopes - UFPEL

Prof. Dr. Elio Flores - UFPB

Prof. Dr. Fábio Augusto Steyer - UEPG

Prof. Dr. Francisco das Neves Alves - FURG

Prof. Dr. Jonas Moreira Vargas - UFPEL

Profª Drª Maria Eunice Moreira - PUCRS

Prof. Dr. Moacyr Flores - IHGRGS

Prof. Dr. Luiz Henrique Torres - FURG

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

H62999 História, Fronteiras e Identidades: Enfermidades, Epidemias e Pandemias / Lorena Almeida Gill, Beatriz Teixeira Weber e Tânia Salgado Pimenta (orgs.) [edição eletrônica]. Coletânea História, Fronteiras e Identidades, vol. 1 - Coord.: Aristeu Lopes. Porto Alegre: Casalettras, 2021.

210 p.

Bibliografia

ISBN: 978-65-86625-42-4

1. História - 2. Fronteiras - 3. Identidades - 4. Enfermidades, epidemias e pandemias - I. Gill, Lorena Almeida - II. Weber, Beatriz Teixeira - III. Pimenta, Tânia Salgado - IV. Título.

CDU:900

CDD: 614.40981


casaletras

EDITORA CASALETRAS

R. Gen. Lima e Silva, 881/304 - Cidade Baixa

Porto Alegre - RS - Brasil CEP 90050-103

+55 51 3013-1407 - contato@casaletras.com

www.casaletras.com

Sumário

| | |
|---|-----|
| Apresentação..... | 6 |
| Apresentação do volume..... | 8 |
| O corpo e a deficiência: uma identidade entre a exclusão e a aceitação..... | 13 |
| Léo Araújo Lacerda | |
| O corpo negro, o bisturi e a mão branca: A presença de escravizados em periódicos médicos da Bahia e Pernambuco oitocentistas | 30 |
| Bárbara Barbosa dos Santos | |
| A relação entre o medo, a morte e a epidemia de febre amarela de 1849-50 na Corte Imperial | 55 |
| Marcus Vinicius Rubim Gomes | |
| Cólera no Grão Pará: gentes de cores, mortalidade e homeopatia como alternativa de cura..... | 72 |
| Túlio Brenno Brito de Sousa | |
| “O estado sanitario da provincia pareceu a pouco ameaçado da cholera-morbus”: Cólera e Medo no Piauí (1862 – 1866)..... | 90 |
| Marcus Pierre de Carvalho Baptista | |
| Francisco de Assis de Sousa Nascimento | |
| Elisabeth Mary de Carvalho Baptista | |
| Uma criminalização entra em debate: a liberdade profissional de curandeiros nos Annaes da Câmara dos Deputados Federais (1890-1899) | 119 |
| Jefferson Nascimento Albino | |

A doença do outro: a luta judicial das operárias da Companhia Fiação e Tecidos Pelotense no contexto de afastamento para cuidados de familiares doentes nos anos de 1940146

Taiane Mendes Taborda

A mortalidade materna na imprensa feminista brasileira (2000-2001)..... 159

Eduarda Borges da Silva

Aspectos da História da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite no Brasil (1970-1980) em tempos de pandemia da Covid-19173

Anna Beatriz de Sá Almeida

Laurinda Rosa Maciel

A pandemia da covid-19 e os profissionais da saúde: uma reflexão sobre o inesperado192

Adriane Denise Fonseca Lopes

Apresentação

A coletânea *História, Fronteiras e Identidades* reúne os textos resultantes dos trabalhos apresentados durante o V Encontro Internacional Fronteiras e Identidades – V EIFI – realizado pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pelotas, entre os dias 14 e 17 de setembro de 2021. Devido ao contexto atual, da pandemia mundial de COVID-19, o encontro foi realizado na modalidade online reunindo, nos doze simpósios temáticos, 200 trabalhos inscritos por 210 comunicadoras e comunicadores de várias instituições nacionais e internacionais em vários níveis de formação.

A presente coletânea está dividida em cinco volumes: Volume 1: *Enfermidades, Epidemias e Pandemias*, organizado por Lorena Almeida Gill, Beatriz Teixeira Weber e Tânia Salgado Pimenta; Volume 2: *Imagens, Mídias e Culturas*, organizado por Daniele Gallindo Gonçalves, Aristeu Lopes e Vinícius Dreger de Araújo; Volume 3: *Trajetórias, Memórias e Cultura Histórica*, organizado por Aristeu Lopes, Euler Fabres Zanetti e Bárbara Denise Xavier da Costa; Volume 4: *Estado, Poder e Ditaduras*, organizado por Aristeu Lopes, Euler Fabres Zanetti e Denise Vieira da Silva e Volume 5: *Trabalho, Memória e Política*, organizado por Darlise Gonçalves de Gonçalves, Taiane Mendes Taborda, Pedro Marco Ribeiro Pires e Jordan Brasil dos Santos.

Os capítulos apresentados ao longo dos cinco volumes abordam estudos desenvolvidos por pesquisadoras e pesquisadores doutoras e doutores, mestras e mestres, discentes de programas de pós-graduação e de cursos de graduação. Os trabalhos identificam o quanto as fronteiras e as identidades possuem vertentes diversas de pesquisas, abordagens interdisciplinares e multiplicidade temática. Os capítulos,

igualmente, demonstram as trocas acadêmicas ocorridas nos três dias do evento, ainda que através de interações virtuais entre as participantes e os participantes dos simpósios temáticos. Esperamos que a próxima edição também permita as trocas de ideias, mas em um contexto diferente, com um encontro presencial, com interação entre as pessoas sem necessidade dos computadores e dos celulares como intermediadores.

Desejamos uma excelente leitura dos capítulos.

Pelotas, dezembro de 2021.

As organizadoras e Os organizadores

Apresentação do volume

No mês de setembro de 2021 aconteceu o V Encontro Internacional Fronteiras e Identidades, promovido pelo Programa de Pós-Graduação em História da UFPel, o qual contou com vários simpósios temáticos, dentre eles o intitulado “Enfermidades, epidemias e pandemias na História, coordenado por professoras de diferentes instituições, a saber: Lorena Gill, da UFPel, Beatriz Weber, da UFSM, e Tânia Pimenta, da Fiocruz.

Em sua ementa, o simpósio pretendia discutir a saúde e a doença como processos históricos. O campo da história da saúde e das doenças está consolidado no Brasil e tem apresentado estudos sobre diversos períodos e lugares, elaborados, sobretudo, a partir da década de 1990. Desde 2004, por exemplo, tem sido publicada a coleção *Uma História Brasileira das Doenças*, que conta com nove volumes¹. A título de ilustração, através desses livros, verifica-se, ao longo do tempo, uma diversificação das doenças analisadas historicamente, assim como das instituições, em sua maioria públicas, nas quais essas pesquisas têm sido desenvolvidas.

Tais estudos consideram as doenças como um fenômeno social e, portanto, atentam para a sua representação ao analisarem as políticas de controle e combate às endemias e epidemias. Observam também a cultura, além dos aspectos socioeconômicos, a partir

1 Volumes 1 e 3: NASCIMENTO, Dilene; CARVALHO, Diana (Org.). Brasília: Paralelo 15, 2004. V.1; Belo Horizonte: Argvmentvm, 2010. v. 3. Volume 2: NASCIMENTO, Dilene; CARVALHO, Diana; MARQUES, Rita (Org.). Rio de Janeiro: Mauad, 2006. Volume 4: FRANCO, Sebastião; NASCIMENTO, Dilene; MACIEL, Ethel (Org.). Belo Horizonte: Fino Traço, 2013. Volumes 5 e 6: FRANCO, Sebastião; NASCIMENTO, Dilene; SILVEIRA, Anny (Org.). Belo Horizonte: Fino Traço, 2015. v. 5.; 2016. v. 6. Volumes 7, 8 e 9: FRANCO, Sebastião; NASCIMENTO, Dilene; Silveira, Anny. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017 (v.7), 2018 (v.8); 2019 (v.9).

dos quais a sociedade lida com a doença. Parte dessas investigações focaram a atenção nas pessoas e nos familiares que sofrem com as enfermidades, aproximando-se do que Roy Porter aponta como uma história do ponto de vista dos pacientes². Embora as pesquisas realizadas no Brasil não estejam limitadas aos séculos XX e XXI, não há dúvida de que a possibilidade de entrevistas e narrativas orais pode enriquecer as análises, como vemos nos estudos focados naqueles que sofreram com a hanseníase e a aids³. Observa-se, nesse sentido, um diálogo com a história social, que busca integrar terapeutas não formados academicamente e seus clientes à análise do universo das artes de curar.

Outra temática que se destaca na historiografia sobre as doenças refere-se às epidemias e às pandemias, momentos nos quais as opiniões se tornam mais exacerbadas e explícitas, intensificando os conflitos⁴. Ao longo dos últimos trinta anos diversas pesquisas se debruçaram sobre os contextos de epidemias de varíola, cólera, febre amarela, gripe espanhola entre outras⁵. Ademais, importa considerar que ainda que o conhecimento científico de uma época, o contexto político do país e as medidas de saúde pública do Estado concorram para o enfrentamento das epidemias, a forma como se lida com as

2 PORTER, Roy. The patient's view – doing medical history from below. **Theory and Society** 14, pp. 175-198. 1985.

3 A coletânea organizada por Dilene Nascimento e Vera Marques é um bom exemplo dessa perspectiva: **Hanseníase: a voz dos que sofreram isolamento compulsório**. Curitiba: Editora UFPR, 2011.

4 Ver, por exemplo, Richard Evans, *Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe*, **Past & Present**, 1988; Marcos Cueto, **El regreso de las epidemias – salud y sociedad em el Peru del siglo XX**, Lima, IEP, 1997.

5 Por exemplo: DAVID, Onildo. **O inimigo invisível**, epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: Edufba-Sarah Letras, 1996; BELTRÃO, Jane. **Cólera**, o flagelo da Belém do Grão-Pará. Belém: Goeldi Editoração-Editora Universitária UFPA, 2004; CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996; Souza, Christiane. **A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009. BERTUCCI, Liane. **Influenza, a medicina enferma**. Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola. 1. ed. Campinas: Editora UNICAMP, 2004.

doenças se dá localmente⁶. Nesse sentido, ressaltamos a importância dos diversos estudos aqui apresentados para uma melhor compreensão dessas situações tão dramáticas.

Ressalte-se ainda as investigações sobre doenças do trabalho, cujo excesso e condições estão associados, no mínimo, a uma maior vulnerabilidade a diversos tipos de enfermidade, conforme mostram as pesquisas sobre saúde e escravidão. Existem, porém, doenças relacionadas diretamente a trabalhos em fábricas, plantações, minas ou hospitais, que também têm sido objeto de estudo.

Assim, o debate proposto pelo simpósio mostrou-se ainda mais importante tendo em vista o momento que se estava e se está vivenciado, com uma pandemia de Covid-19, a qual tem levado à morte de milhões de pessoas ao redor do mundo. Por um lado, viver durante uma pandemia propicia novas reflexões às investigações históricas e, por outro, as pesquisas sobre epidemias e doenças enfrentadas no passado podem contribuir para compreendermos melhor o nosso drama atual.

Historiadores da saúde e das doenças foram instados a refletir sobre seus objetos de estudo à luz da Covid-19 e vice-versa. Discursos médicos, assistência oferecida, terapeutas não autorizados, grupos sociais mais vulneráveis constituíram eixos importantes de análise sobre os enfrentamentos e as consequências de pandemias passadas e a de Covid-19. Outros temas, como adoecimento, luto, solidão, ansiedade, além de estigmas que as enfermidades podem trazer são também oportunos ao debate instigado pelo simpósio que mobilizou dezoito trabalhos voltados para diferentes tempos históricos, ou seja, desde a Idade Média até o presente.

A proposta de e-book surgiu nesse contexto de discussões e embora nem todos os comunicadores tenham enviado os textos completos esse livro apresenta dez capítulos que transitam por temáticas diversas. A organização do material procurou seguir os períodos históricos que abordavam, ou seja, o primeiro capítulo, de Léo Lacerda, doutorando em História na UFPel, enfoca como a

6 NASCIMENTO, Dilene. Prefácio. In: FRANCO, S.; PIMENTA, T.; MOTA, A. (Orgs.). **No rastro das províncias: as epidemias no Brasil oitocentista**. Vitória: EDUFES, 2019.

deficiência era tratada durante a Idade Média. O autor trabalha, especialmente, com as representações sobre aqueles considerados não saudáveis, além de abordar o cruzamento de fronteiras entre o corpo deficiente e não deficiente.

O segundo texto, de Bárbara Barbosa dos Santos, doutoranda na Fiocruz, procura enfatizar experimentos cirúrgicos e farmacológicos em corpos de escravizados, libertos ou libertandos. Para isso se utiliza de dois periódicos médicos: um da Bahia e outro de Pernambuco.

O capítulo de Marcus Vinicius Gomes, mestrando na Fiocruz, trata sobre a febre amarela na Corte Imperial. O principal objetivo do autor foi pensar como a doença impactou o cotidiano da população, especialmente a partir de práticas culturais relacionadas aos rituais da morte.

Os textos seguintes têm como temática o cólera. Túlio de Sousa, doutorando pela Fiocruz, aborda a experiência com a enfermidade no Grão Pará, a partir do adoecimento de escravizados, indígenas e mestiços, pessoas que se mostraram mais vulneráveis à moléstia, tendo em vista as precárias condições de vida que possuíam. Um dos pontos mais importantes tratados pelo autor foi a importância da homeopatia nesse contexto. Já Marcus Pierre de Carvalho Baptista, doutorando em História no UFPI, Francisco de Assis de Sousa Nascimento, professor da UFPI e Elisabeth Mary de Carvalho Baptista, professora da UESPI, enfatizam o estado sanitário do Piauí quando houve o aparecimento do cólera, entre os anos de 1862 e 1866. Eles tratam, especialmente, sobre o medo da morte frente à enfermidade.

Jefferson Albino, doutorando pela Fiocruz, por sua vez, discute, a partir de Anais da Câmara dos Deputados, as diferentes artes de curar, na virada do século XIX para o XX. O texto analisa a presença de curandeiros, espíritas e feiticeiros no cotidiano das cidades no Brasil, cuja existência entrava em confronto com o projeto civilizador das elites.

Taiane Mendes Taborda, doutoranda pela UFPel, se debruça em amplo acervo existente junto ao Núcleo de Documentação Histórica, que se relaciona aos processos trabalhistas de Pelotas. A autora aborda em especial demandas relacionadas às mulheres da Companhia

Fiação e Tecidos, que precisaram se afastar para cuidar de familiares adoentados, nos anos de 1940.

Já Eduarda Borges da Silva, doutoranda pela UFRGS, se aproxima dos tempos atuais, ao abordar a mortalidade materna na imprensa feminista brasileira, nos anos de 2000 e 2001. Para cumprir com seus objetivos analisa o periódico *Fêmea* e *Jornal da Rede Feminista da Saúde*.

Por fim, dois capítulos se relacionam à Covid-19: Anna Beatriz de Sá Almeida, pesquisadora da Fiocruz e Laurinda Maciel, documentalista na mesma instituição se debruçam sobre a história da vacinação de poliomielite no Brasil para pensar sobre as discussões existentes sobre a vacina atualmente, em um contexto de pandemia e negacionismo, no Brasil e no mundo. Já Adriane Denise Fonseca Lopes, mestranda em Sociologia pela UFPel, pensa sobre os impactos da pandemia na sociedade e, especialmente, entre os profissionais de saúde, considerados como linha de frente no combate a uma doença, que está trazendo milhões de morte e muito medo, por ser, em muitos aspectos, desconhecida.

Bem, esperamos que o livro proporcione debates e sirva como impulsionador de novas abordagens sobre a doença na História, tão importantes, especialmente em um contexto que se vive hoje, com a existência de uma pandemia, que modificou as relações sociais até então existentes, ocasionando morte e muito sofrimento.

Uma boa leitura.

Verão de 2022.

Lorena Almeida Gill
Beatriz Teixeira Weber
Tânia Salgado Pimenta

O corpo e a deficiência: uma identidade entre a exclusão e a aceitação

Léo Araújo Lacerda¹

Introdução

O aparecimento do campo dos Estudos sobre as Deficiências (*Disability Studies*) ocorreu a partir do final dos anos 80 do século XX, simultaneamente, nos Estados Unidos e no Reino Unido. Contudo, as deficiências, antes disso, já eram objeto de discussões acadêmicas na área médica. Atualmente, um conjunto cada vez mais diverso de autores e obras produzidas ou em desenvolvimento tematizam e problematizam a deficiência nas sociedades pré-modernas, como Edward Wheatley, Edna Edith Sayer, Irina Metzger, Joshua R. Eyler, dentre outros. O problema da multidisciplinaridade se origina da ausência de trocas conceituais significativas entre as disciplinas:

[...] a colaboração entre pesquisadores de diferentes disciplinas, sem que um novo aparato conceitual seja discutido. Diferentes especialistas desenvolvem investigações e análises com base nos princípios estabelecidos por suas disciplinas, sem que se estabeleçam diálogos e trocas conceituais ou metodológicas entre eles (SANTOS, 2007, p. 53).

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pelotas. Graduando do curso de Bacharelado em História da UFPel. Licenciado (2019) e Mestre em História (2021) pela Universidade Federal de Pelotas. Especialista em Gestão Escolar (2021). Graduando em Letras – Português. E-mail: leoaraujolacerda@gmail.com

Nesse sentido, sobretudo, no campo dos *Disability Studies* percebe-se comumente a publicação de coletâneas com artigos de autores oriundos das mais variadas áreas - como literatura, filosofia, história, direito e medicina - sem que suas reflexões estabeleçam diálogos entre os conceitos operativos utilizados em cada área. Por outro lado, conforme sublinha Myrian Santos (2007) ao integrar a diferença, ou seja, materiais conceituais e operatórios de áreas distintas acabam por constituir novos campos disciplinares.

Assim, Catherine Kudlick, em 2008, se perguntou se ambas as áreas (história da medicina e história das deficiências) seriam “irmãs rivais” ou “gêmeas siamesas”. Assim, Beth Linker (2013) no artigo “*On the Borderland of Medical and Disability History*” optou conclusivamente por estabelecer que a proximidade inerente das áreas não levou necessariamente a relações dialógicas ou pontos de contato significativos. Pelo contrário, apesar do compartilhamento do mesmo objeto de estudo prevaleceu uma considerável divergência de interesses: “[...] na fronteira da história médica e da deficiência, descobri que os dois campos tendem a ser paralelos um ao outro com poucos pontos de contato, apesar das múltiplas maneiras pelas quais as histórias reais de doenças e deficiências se sobrepõem” (LINKER, 2013, p. 502, tradução nossa)².

A história do corpo não pode ser resumida a uma questão puramente anatômica visto que as percepções e valores sobre o corpo alteram-se, transmutam-se, não são produtos de representações corporais definidas. Nesse sentido, estudar o corpo permite também investigar as relações entre dois planos ou divisas que se fundem: a dimensão biológica e a dimensão simbólica. A ‘virada corporal’ na historiografia durante os anos 90 do século XX levou a questionamentos sobre a essencialidade de categorias como raça, gênero, deficiência, bem como uma crítica a percepção do corpo enquanto dado biológico universal.

² Cf. original: “[...] at the borderland of medical and disability history, I have found that the two fields tend to parallel one another with few points of contact, despite the multiple ways in which the actual histories of disease and disability overlap”.

Além desses aspectos, não se pode negar que o corpo em sua materialidade é objeto de investigação que permite aos mais variados especialistas compreender doenças e traumas através da presença de marcadores osteoarqueológicos. Porém, ainda que haja do ponto de vista biológico e ósseo correspondência entre esses marcadores biológicos encontrados em indivíduos que viveram há 800 anos e alguém que tenha vivido no século XX, ainda assim, as respostas sociais às lesões incapacitantes são, sobretudo, díspares. Nesse sentido, Irina Metzger (2006) observa que:

[...] um 'aleijado' no século XIII poderia compartilhar a mesma condição fisiológica que um 'aleijado' no final do século XX, ainda que o discurso científico, médico ou biológico de cada época já descrevesse cada corpo, embora manifestando externamente os mesmos sintomas, de maneiras diferentes (METZLER, 2006, p. 21, tradução nossa)³.

Para Silveira (2005) a fronteira seria uma zona de contato seletivo assentada na interação entre as diferenças culturais, sociais, políticas, econômicas, e, porque não dizer também em diferenças corporais:

As fronteiras sempre implicam um nível relacional, evidenciado pela interação de diferenças, sejam elas quais forem. Portanto, se a fronteira existe é porque há uma dimensão membranosa, permeável ou porosa, possibilitando o trânsito de elementos diversos, que traz consigo um caráter marcadamente seletivo (SILVEIRA, 2005, p. 18).

Por outro lado, a fronteira não é meramente uma linha divisória que separa duas entidades organicamente diferenciadas, mas, pelo contrário,

[...] ser fronteira é produzir algo mais, é ser um plus, é ser mais ainda do que uma soma de partes. É produzir um novo, específico, distinto das partes

3 Cf. original: “[...] a ‘cripple’ in the 13th century could share the same physiological condition as a ‘cripple’ in the late 20th century, although the scientific, medical or biological discourse of each era would already describe each body, although externally manifesting the same symptoms, in different ways. many diferente”.

constitutivas. Uma nova identidade, portanto, fenômeno cultural surgido da integração entre elementos, cada qual com as suas características, dando surgimento a um outro ser, original (PESAVENTO, 2006, p. 11).

A fronteira entre deficientes e não deficientes foi estabelecida através do corpo e de aspectos corporais, mas também por mecanismos de exclusão/integração atuantes no cenário ibérico tardo-medieval. Segundo Julie Singer (2012) provavelmente os deficientes medievais nada tenham em comum em suas experiências. Nesse sentido, este capítulo propõe enfatizar o cruzamento de fronteiras na pesquisa de doutorado em História de duas formas: fronteiras culturais e sociais entre o corpo deficiente e não deficiente, e fronteiras disciplinares: os Estudos Medievais e os *Disability Studies*, bem como entre a História Social da Medicina e os *Disability Studies*. Distintamente dos outros sujeitos marginalizados cuja condição de marginalidade se produz em relação ao distanciamento com a Cristandade, os deficientes encontravam-se em uma posição de liminaridade (*liminal state*) devido às particularidades corporais, entre o corpo saudável e o corpo doente.

De outra forma, a transformação vocabular no léxico das deficiências ocorrida nas últimas décadas deriva da mudança de perspectiva relacionada à compreensão dos deficientes, de um modelo médico a um modelo social. Assim, esses indivíduos são entendidos enquanto “minorias abertas” já que todas as pessoas são suscetíveis a desenvolver no curso de suas vidas alguma lesão ou perda sensorial e motora:

As palavras são importantes porque representam a forma como a deficiência é compreendida, descrita e estudada, tanto hoje como no passado. A linguagem que enfatiza a pessoa incorpora uma transformação cultural significativa que vincula o estudo da deficiência ao estudo global da pessoa. Nesse quadro, **a deficiência é concebida como uma condição que todo ser humano pode viver ao longo de sua vida**. Com a superação de termos - como ‘deficiente físico e mental’, ‘deficiente’, ‘desfavorecido’, ‘deficiente’ mas também o mais recente ‘deficiente’ - que ao longo dos anos se sucederam e foram utilizados no campo da física exercício, o enfoque cultural passou da abordagem das intervenções assistenciais e de saúde, vinculadas a um dano orgânico ou funcional que

determina uma desvantagem, para a promoção de políticas em prol da inclusão que contemplem não só as condições da pessoa, mas também aquelas do ambiente em que vive, para buscar maior bem-estar (VITALI; DONATI, 2018, p. 44, tradução e grifo nosso)⁴.

Ao termo deficiência geralmente é associado um conjunto semântico depreciativo bastante reconhecido socialmente que incluem qualificativos relacionados com habilidades como desvantagem, déficit ou problema. Para os antigos a deficiência era um conceito desconhecido e aos medievais também, o que não significa, por sua vez, que eles não existiam ou participavam do cotidiano das cidades, vilarejos e dos reinos nas mais diversas espacialidades e cronologias abrangidas pela alcunha de “medievo”⁵.

Representações sobre os deficientes medievais – o deficiente imaginado

Nas sociedades pré-modernas, como as encontradas em Aragão e Castela e Leão no século XII e XIII temos a Igreja católica como coordenadora dos discursos sobre os deficientes - boa parte das informações disponíveis sobre estes indivíduos advém dos escritos eclesiásticos -, tanto que a marginalidade e os marginais

4 Cf. original: “Le parole sono importanti poiché rappresentano il modo con cui la disabilità viene intesa, descritta e studiata, tanto oggi quanto un tempo. Il linguaggio che pone enfasi sulla persona incarna una trasformazione culturale significativa che lega lo studio della disabilità a quello globale della persona. In questa cornice, la disabilità viene concepita come una condizione che ogni essere umano può vivere lungo il corso della propria vita. Con il superamento di termini – come ‘minorato fisico e mentale’, ‘menomato’, ‘svantaggiato’, ‘handicappato’ ma anche il più recente ‘disabile’ – che negli anni si sono susseguiti e usati nell’ambito delle scienze motorie, il focus culturale si è spostato dall’approccio dell’assistenza e degli interventi sanitari, legati a un danno organico o funzionale che determina uno svantaggio, alla promozione di politiche a favore dell’inclusione che affrontano non solo le condizioni della persona, ma anche quelle dell’ambiente in cui ella vive, per ricercare un maggiore benessere”.

5 As pessoas da Idade Média desconheciam tal terminologia, sequer supunham estar vivendo entre duas eras históricas “Usualmente, eles pensaram viver na sexta e última era da história humana, que estava conectada com o plano de Deus para as primeiras eras e estava se movendo, mais ou menos rapidamente, rumo ao fim dos tempos” (LYNCH e ADAMO, 2014, p. 8, tradução nossa).

eram definidos em relação à *ecclesia*, bem como o saber médico não tinha o poder coercitivo que exerceria sobre os indivíduos em séculos posteriores.

Neste sentido, não existe o marginal absoluto, alguém marginal é sempre em relação a algo, sendo, de fato, uma construção ideológica, narrativa e social. Para o período medieval dois tipos de marginalidade são possíveis de serem pensadas: 1) os marginais em relação ao uso do corpo, sobretudo, para o prazer (sodomitas, prostitutas, etc.) e os marginais em relação à fé (hereges, judeus, etc.). Assim, conforme Hall postula “O status, a classificação e a posição de uma pessoa na ‘grande cadeia do ser’ – a ordem secular e divina das coisas – predominavam sobre qualquer sentimento de que a pessoa fosse um indivíduo soberano” (HALL, 2006, p. 25). Assim, a própria concepção de **individualidade** surge apenas no mundo moderno relacionada com o colapso da ordem medieval (Williams *apud* HALL, 2006, p. 28).

Carlo Ginzburg começa o ensaio “*Representação: a palavra, a ideia e a coisa*” (2011) falando sobre a ambiguidade do termo “representação”, que opera de dois modos díspares, 1) tornando presente uma ausência, dando corporeidade ao que se representa; 2) constrói a presença que se pretende ligar a um objeto ou atributo particular desse objeto, ao mesmo tempo que não está longe de ser apenas uma perspectiva/visão desse objeto, uma interpretação que Ginzburg nomeia “um jogo de espelhos”, oferecendo apenas uma imagem/uma projeção que tende a variar segundo os critérios culturais de quem a produz.

Para além do mero ‘jogo de espelhos’, Roger Chartier (2011) observou que as representações estão vinculadas a relações de dominação frequentemente contrárias aos interesses dos representados:

[...] as representações e os discursos constroem as relações de dominação e como essas relações são elas mesmas dependentes dos recursos desiguais e dos interesses contrários que separam aqueles cujo poder legitimam daqueles ou daquelas cuja submissão asseguram – ou devem assegurar. Então, tal como a entendo, a noção de representação não está longe do real nem do social. Ela

ajuda os historiadores a desfazerem- -se de sua “muito pobre ideia do real”, como escreveu Foucault, colocando o centro na força das representações, sejam interiorizadas ou objetivadas. As representações possuem uma energia própria, e tentam convencer que o mundo, a sociedade ou o passado é exatamente o que elas dizem que é (CHARTIER, 2011, p.23, grifo nosso).

Desse modo, segundo Chartier as representações buscam determinado convencimento a partir do emprego de recursos ou de relações de dominação. Assim como as imagens, as representações não querem nada, elas encarnam interesses e concepções relativas aos atores sociais envolvidos em sua fabricação. No entanto, Chartier (2011) assevera que a representação não se encontra distante do real e do social. No entanto, apesar da proximidade entre o real e a realidade representada (representação), a representação não se traduz como um espelho da realidade (mimese).

Por outro lado, os defeitos anatômicos poderiam ser explicados nos séculos XII e XIII através da teoria humoral que estabelecia a configuração anatômica das crianças como não plenamente configurada, sendo descritos os seus respectivos corpos como frágeis e com ossos esponjosos. De acordo com a tradição agostiniana, Hildegarda de Bigen (1098-1179) atribuía à queda do paraíso os desequilíbrios hormonais (humorismo) produtores das deformidades. No entanto, apesar de atuante a influência do pecado original, Isidoro de Sevilha considerava a infância “idade da inocência”, da *puericia* (pureza). Nas escrituras é localizada a concepção de transmissibilidade dos pecados dos pais aos filhos (Números 14:18; Deuteronômio 5:9), sendo, portanto, os pais e ato pecaminoso cometido por eles os responsáveis pela deficiência e não determinado desequilíbrio dos humores:

O Senhor é muito paciente e grande em fidelidade e perdão a iniquidade e a rebelião, se bem que **não deixa o pecado sem punição** e castiga os filhos pela iniquidade dos pais até a terceira e quarta gerações (NÚMEROS 14:18, grifo nosso).

Não te prostrarás diante deles nem lhes prestarás culto, **porque eu, o Senhor, o teu Deus, sou Deus zeloso, que castigo os filhos pelo pecado de seus pais**

até a terceira e quarta geração daqueles que me desprezam (Deuteronômio 5:9, grifo nosso).

Apesar dos hipocráticos acreditarem nas causas naturais das enfermidades supunham que derivavam do desequilíbrio dos quatro fluídos corporais: sangue, biles negra, fleuma (catarro) e biles amarela. Além disso, os humores (ou seja, os fluídos) provocavam determinadas características psicológicas ou temperamentos: sanguíneo, melancólico, colérico e fleumático. Apesar das aparentes contradições sobre causas naturais das enfermidades e a justificativa religiosa, houve uma simbiose que configurou a utilização combinada de ambas simultaneamente ou isoladamente nas práticas de cura buscadas nos séculos medievais: “[...] os primeiros líderes da Igreja tinham uma visão ambígua em relação à herança greco-romana. Eles deveriam absorvê-la e usá-la, como pensou Santo Agostinho, ou deveriam ignorá-la com desprezo? Felizmente, a autoridade de Santo Agostinho prevaleceu nesse ponto” (BLOCKMANS; HOPPENBROUWERS, 2012, p. 387).

Conforme Skinner informa o vocábulo desfiguração origina de figura (isto é, forma) e tem o sentido de perder a forma, *deformatus* em latim (SKINNER, 2017). Contudo, nota-se a recorrência ou preferência do termo “*mutillatio*” para a caracterização dos ferimentos faciais que implicava uma condição individual estigmatizada. Contudo, esses não formavam um grupo ou categoria estável como cegos, coxos, leprosos e pobres.

Nas representações iconográficas dos deficientes há uma vinculação de um acessório (recurso de acessibilidade) frequentemente muletas ou uma caixa de rastejar para demarcar a condição da deficiência. Irina Metzler distingue a deficiência (*disability*) (preconceito, opressão social) como algo que se dá a partir da modernidade e *impairment* (lesão física, sensorial) como presente nas sociedades pré-modernas. Ainda que consideramos o conceito de “liminaridade” adotado por Metzler mais adequado que o de marginalidade, questionamos profundamente a utilização

indiscriminada deste como se não houvessem tratamentos negativos em relação a deficiência.

Além disso, na pesquisa de doutorado em História, em desenvolvimento, busca-se o distanciamento das distinções entre *impairment* e *disability* fornecidas pelas interpretações do modelo social entendendo a inseparabilidade da lesão ou dos distúrbios psicológicos (como nos casos de deficiência intelectual) e das percepções e projeções dos não-deficientes sobre os deficientes (e suas representações) da compreensão da experiência da deficiência. Assim, propõe-se uma abordagem interativa entre os fatores sociais e corporais na representação dos deficientes medievais. Conforme aponta Wendell (1996) ainda hoje imperam acerca dos deficientes representações culturais negativas produzidas sem considerar qualquer pressuposto fiável sobre esse coletivo:

A falta de representações culturais realistas de experiências de deficiência não apenas contribui para a 'alteridade' das pessoas com deficiência, **encorajando a suposição de que suas vidas são inconcebíveis para pessoas sem deficiência**, mas também aumenta o medo das pessoas sem deficiência da deficiência, suprimindo o conhecimento de como as pessoas vivem com deficiências. Estereótipos de pessoas com deficiência como dependentes, moralmente depravadas, heroicas sobre-humanas, assexuadas e/ ou lamentáveis ainda são os retratos culturais mais comuns de pessoas com deficiência (WENDELL, 1996, p.61, tradução e grifo nosso)⁶.

Destas representações atuais podemos localizar no cinema contemporâneo àquelas que destacam o caráter excepcional e extraordinário da condição, personagens cômicos e perspectivas que enfatizam o infortúnio pessoal de ser deficiente:

6 Cf. original: "The lack of realistic cultural representations of experiences of disability not only contributes to the 'Otherness' of people with disabilities by encouraging the assumption that their lives are inconceivable to non-disabled people but also increases non-disabled people's fear of disability by suppressing knowledge of how people live with disabilities. Stereotypes of disabled people as dependent, morally depraved, superhumanly heroic, asexual, and/ or pitiful are still the most common cultural portrayals of people with disabilities".

[...] suas representações mais comuns incluem indivíduos extraordinários (e muitas vezes inicialmente amargurados) cujas lutas solitárias contra probabilidades incríveis resultam no que considera histórias emocionantes de coragem e triunfo; feras propensas à violência apenas pedindo para serem destruídas; personagens cômicos que inadvertidamente causam problemas para si mesmos ou outros; sábios santos que possuem o dom da segunda vista, e jovens doces cuja bondade e inocência são moeda suficiente para uma passagem de ida para fora do isolamento na forma de uma cura milagrosa (NORDEN, 1994, p. 3, tradução nossa)⁷.

Para R. Murphy (1987) os deficientes encontram-se em uma situação intermediária e indefinida entre o doente e o saudável:

Os deficientes físicos de longo prazo não estão doentes nem são, nem mortos nem são, nem mortos nem vivos, nem fora da sociedade, nem totalmente nela. Eles são seres humanos, mas seus corpos estão deformados e funcionando mal, deixando sua humanidade plena em dúvida. Não estão doentes, pois a doença é transitória para a morte ou recuperação... O doente vive em estado de suspensão social até melhorar. Os deficientes físicos passam a vida inteira em um estado de suspensão semelhante. Eles não são adequados nem sujeitos; eles existem em um isolamento parcial da sociedade como pessoas indefinidas e ambíguas (MURPHY, 1987, p. 112, tradução nossa)⁸.

Mas especificamente, Metzler (2012) sugere que no medievo a deficiência enquanto negação da diferença e não aceitação não pode ser demarcada. Em relação às deficiências físicas considera a noção

7 Cf. original: “[...] its more common representations include extraordinary (and often initially embittered) individuals whose lonely struggles against incredible odds make for what it considers heart-warming stories of courage and triumph, violence-prone beasts just asking to be destroyed, comic characters who inadvertently cause trouble for themselves or others, saintly sages who possess the gift of second sight, and sweet young things whose goodness and innocence are sufficient currency for a one-way ticket out of isolation in the form of a miraculous cure”.

8 Cf. original: “The long term physically impaired are neither sick nor well, neither dead nor well, neither dead nor alive, neither out of society nor wholly in it. They are human beings but their bodies are warped and malfunctioning, leaving their full humanity in doubt. They are not ill, for illness is transitional to either death or recovery... The sick person lives in a state of social suspension until he or she gets better. The disabled spend a lifetime in a similar suspended state. They are neither fit nor foul; they exist in a partial isolation from society as undefined, ambiguous people”.

de “liminaridade” eficaz para compreender o espaço de atuação desses sujeitos, indicando descrições sobre os corpos que não são caracterizados propriamente como doentes nem como saudáveis. Assim, Metzler enfatiza a preferência do conceito de liminaridade ao de marginalidade como uma “[...] fase intermediária em que as pessoas com deficiência física se encontram, porque estão entre posições normativamente fixas (como saudável ou doente, vivo ou morto, homem ou mulher) em vez de completamente fora das estruturas tradicionais” (METZLER, 2012, p. 274, tradução nossa)⁹. Portanto, essa condição está definida pela incurabilidade que lhe é característica, não sendo os deficientes percebidos como estando bem nem, de outra forma, doentes.

Em relação à deficiência sensorial como a cegueira tem-se evidências da utilização de cães guias como auxiliares de locomoção nas representações manuscritas. No entanto, parece haver pouca confiabilidade nos cães, sendo frequentemente caracterizados no conteúdo textual dos manuscritos como muito distraídos para desenvolver tal atividade. Havia outros recursos de acessibilidade como muletas, próteses, caixas de andar, óculos, dentre outros.

A questão da mobilidade articulou-se com a peregrinação aos santuários, assim, era possível a obtenção de cura sem o deslocamento físico através de ofertas votivas – variável em formas e materiais empregados - e curas por procuração, ou seja, a possibilidade de substituição/comutação do penitente sem prejudicar o recebimento do benefício espiritual pretendido. Conforme salienta Gavin Fort (2018) essa forma de penitência era frequentemente direcionada aos mortos, mas em determinadas ocasiões poderia ser aplicada aos vivos. Nessa perspectiva, a saúde dos deficientes estava além da mera reabilitação corporal demandando cuidados para a alma:

[...] o significado de saúde... nunca esteve confinado simplesmente à saúde do corpo. Homens médicos e as mulheres viviam em um mundo de duas vidas,

9 Cf. original: “in-between phase that physically impaired people find themselves in, because they are between normatively fixed positions (such as healthy or ill, alive or dead, male or female) rather than completely outside of traditional structures”.

esta e a próxima, e duas mortes, a morte do corpo e a morte da alma'. Assim, se corpo e alma estão intrinsecamente ligados, é bom sentido para a igreja oferecer cuidados para ambos (CRAWFORD e LEE, 2010, p., tradução nossa)¹⁰.

Os dois exemplos de interações sinalizam a participação social dos deficientes numa condição de “liminaridade”, o que poderia sugerir que a opressão social e atitudes negativas não tenham permeado as relações entre deficientes e não deficientes. Em outras situações as diferenças corporais ou a lesão não impedia a participação individual, mas a interferência das percepções dos não deficientes, de fato, acabava por definir e estabelecer as possibilidades de atuação social e de sociabilidade destes. Assim, nas Siete Partidas há a proibição do casamento de deficientes ou como no decreto 33 do papa Gregório IX a diferença corporal é o impedimento para a ordenação “Não se pode ser promovido ao sacerdócio se alguma vez foi louco. Mas se ele enlouquecer depois de [receber] o sacerdócio, ele não perderá o sacerdócio, a menos que talvez aconteça que ele nunca recupere sua sanidade” (*apud* PARLOPIANO, 2015). No entanto, vários canonistas reconheceram as proibições como um sinal de injustiça “punir alguém sem culpa”. Para Ninon Dubourg “a deficiência, portanto, existe no segundo em que a pessoa não é integrada em um ambiente, e não no momento real quando a enfermidade se produz” (DUBOURG, s.d/s.p.).

Distintamente do que o modelo médico propõe, a cura apresentada reveste-se de significados religiosos: a lepra, frequentemente, é decorrente da depravação moral do portador e a restauração corporal se dá mediante a constante penitência e sofrimento que se prolongam durante três anos como na cantiga 93 do cancionero mariano de Afonso X, o Sábio (1252-1284): “E ele em tal vida três anos durou,/ sofrendo bem sua dor, e nunca errou/ a Deus nem a sua Mãe, e sempre rezou/ as Aves Marias de que vos

¹⁰ Cf. original: “the meaning of health ... was never confined simply to the health of the body. Medical men and women lived in a world of two lives, this and the next, and two deaths, the death of the body and the death of the soul’. Thus, if body and soul are intrinsically linked, it makes good sense for the church to offer care for both”.

fui falar” (CSM, Cantiga 93, tradução nossa)¹¹. Assim, quem sofre fisicamente tem a possibilidade de elevar a sua alma. Portanto, a distinção entre corpo saudável e não saudável, nessa perspectiva da cantiga 93 das Canções de Santa Maria, se sustenta, efetivamente, não em virtude de um patógeno, mas de um aspecto de desaprovação sendo a deformidade e o sofrimento o instrumental punitivo para que a fé se manifestasse na prática individual.

Na miniatura dessa cantiga, destaca-se o monge enfermo, como evidentes sinais de descamação, sendo curado pelo leite da Virgem Maria. No entanto, caracteriza-se pela ausência de sinais clínicos associados frequentemente com a presença da lepra como úlceras, podendo ser facilmente confundido com outras doenças dermatológicas (vitiligo, psoríase, dentre outras) se não houvesse uma inter-relação narrativa entre texto e imagem, especificando o problema textualmente previamente.

A pressuposição de que as sociedades medievais não se importavam com os enfermos é inadequada, bem como o cálculo da expectativa de vida geralmente é realizado sem produzir uma estimativa fidedigna: “As estatísticas sobre a expectativa de vida são calculadas em uma mediana, o que significa que lugares com alta mortalidade infantil dão uma impressão errônea de uma expectativa de vida muito curta e uma percepção popular comum é que as pessoas da Idade Média morriam jovens é baseada em tais estatísticas” (LEE, 2010, s.p.). Nesse sentido, Lee (2010) considera que a taxa de mortalidade de crianças e idosos na Inglaterra anglo-saxônica seria comparada às taxas encontradas em países em desenvolvimento do mundo contemporâneo.

Além disso, a ocorrência de determinada deficiência parece não ter significado para as culturas medievais a morte do indivíduo no interior da sociedade em que estava inserido. No entanto, essa discussão necessita ser melhor compreendida a partir do aprofundamento das discussões teóricas e documentais concernentes aos deficientes castelhana-leoneses e aragoneses nos séculos XII e XIII.

11 Cf. original: “E el en atal vida tres anos durou,/ sofrendo ben sa coita, e nu[n]ca errou/ a Deus nen a sa Madre, e sempre rezou/ as Aves Marias de que vos fui falar”.

Em outra perspectiva, derivada do estudo das sepulturas medievais, Cristine Lee (2010) não encontrou indícios de uma violenta e excludente Idade Média, mas uma “afetuosa Idade Média” na qual as pessoas costumavam ser cuidadas mesmo com as deficiências mais graves. Contudo, Josh destaca a utilização de cegos como objetos de zombarias para divertimento público com acentuado grau de crueldade. O argumento de Metzler (2006) corrobora a noção de que havia excessos no modo como os deficientes eram integrados socialmente: “[...] o abuso no emprego de mendigos cegos em espetáculos encenados, envolvendo-os tentando fazer bater em um porco até a morte enquanto batiam acidentalmente uns nos outros para a diversão do sofisticado público urbano é conhecido desde o final dos séculos XIV e XV” (METZLER, 2006, p. 86, tradução nossa)¹².

Contudo, conforme as tradições plantonistas da época vigentes nos escritos eclesiásticos desde Boécio (c. 480-524) a Gregório o Grande (540-604) e Hildegarda de Bingen (1098-1179) que entendia o corpo como envoltório transitório e desnecessário para o desenvolvimento do espírito, cabe investigar mais cuidadosamente como as percepções fundadas na diferença corporal podem ter influído nas atitudes sociais e nas relações estabelecidas entre deficientes e não deficientes. Contudo, é possível verificar que diferentes tradições e reflexões sobre a fisicalidade do corpo e a relação de corpo e alma podem ter ocasionado diferentes compreensões sobre o corpo deficiente durante os séculos XII e XIII.

Por outro lado, ainda hoje as sociedades mantêm uma considerável dificuldade em integrar pessoas deficientes na vida comunitária, sobretudo, pessoas com deficiência intelectual. Além disso, muitas deficiências podem ter derivado não apenas do preconceito social e do *impairment*, mas dá ausência de recursos de acessibilidade, vide o exemplo do primeiro transplante de córnea

¹² Cf. original: “[...] the abuse of blind beggars in staged shows involving them trying to beat a pig to death while accidentally beating each other for the amusement of sophisticated urban audiences has been known since the late 14th and 15th centuries”.

artificial (2021) que permitiu a um idoso enxergar novamente após 10 anos de cegueira.

Considerações Finais

O seguinte capítulo apresentado argumentou sobre a possibilidade de ocorrência de uma identidade coletiva homogênea concernente aos deficientes entre os séculos finais do medievo, destacando, por sua vez, mecanismos de integração e exclusão empregados pelas sociedades medievais.

Apesar do desenvolvimento de uma série de recursos de acessibilidade, o discurso religioso e médico da época, encaminhou as pessoas que apresentavam diferença corporais consideráveis à lugares de exclusão e marginalização. Assim, ainda que estas participassem de determinadas atividades sociais, especialmente, àquelas ligadas ao âmbito do trabalho tinham suas liberdades restringidas devido aos condicionantes legais criados pelos não deficientes. Nesse sentido, enfatizamos o cruzamento de fronteiras em nossa pesquisa de duas formas: fronteiras culturais e sociais entre o corpo deficiente e não deficiente, e fronteiras disciplinares: os Estudos Medievais e os *Disability Studies*, bem como a História Social da Medicina e *Disability Studies*. Por fim, em relação à diversidade física nas sociedades humanas sugeriu-se que diferentes tradições e reflexões sobre a fisicalidade do corpo e a relação de corpo e alma podem ter ocasionado diferentes compreensões sobre o corpo deficiente durante os séculos XII e XIII.

Referências

ANKERSMIT, Frank. **A escrita da história**: a natureza da representação Histórica. Londrina: Eduel, 2016, p. 185 – 226.

BOSWELL, John Eastburn. Expositio and Oblatio: The Abandonment of Children and the Ancient and Medieval Family. **The American Historical Review**: v. 89, n. 1, 1984, p. 10-33.

BLOCKMANS, Wim; HOPPENBROUWERS, Peter. **Introdução à Europa medieval, 300-1550**. Rio de Janeiro: Forense, 2012.

CROWFORD, Sally; LEE, Christina (Eds.). **Bodies of Knowledge: Cultural Interpretations of Illness and Medicine in Medieval Europe**. Oxford: British Archaeological Reports, 2010.

CHARTIER, Roger. Defesa e ilustração da noção de representação. **Fronteiras**. Dourados/MS: v. 13, n. 23, 2011, p.15-29.

DAVIS, Lennard J. (Ed.). **The Disability Studies Reader**. New York/London: Routledge, 2014.

DUBOURG, Ninon. Handicap. Ménestrel: **Médiévistes sur le net: sources, travaux et références en ligne**. Acessado em 31 jul. 2021. Disponível em <http://www.menestrel.fr/?-Handicap-&lang=fr>

_____. Aux origines du handicap à l'époque médiévale. Lectures d'une source historique, les dispenses pontificales aux xiii^e et xiv^e siècles. Travaux en cours, **Actes des neuvièmes Rencontres doctorales Paris-Diderot**, n°13, p. 101-114.

EYLER, Joshua (Ed.). **Disability in the Middle Ages: Reconsiderations and Reverberations**. Burlington, VT: Ashgate, 2010.

GINZBURG, Carlo. Representação: a palavra, a ideia e a coisa. In: Id. **Olhos de Madeira: nove reflexões sobre a distância**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p. 85-103.

HALL, Stuart. **A Identidade na Pós Modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

KUDLICK, Catherine. **Disability History and History of Medicine: Rival Siblings or Conjoined Twins?** Unpublished plenary paper given to the Society for the Social History of Medicine, Glasgow, 3 set., 2008.

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

LINKER, Beth. On the Borderland of Medical and Disability History: A Survey of the Fields. **Bulletin of the History of Medicine**: v. 87, n.4, 2013, p. 499–535.

LYNCH, Joseph H.; ADAMO, Phillip C. **The Medieval Church: A Brief History**. London: Routledge, 2013.

METZLER, Irina. Liminality and disability: Spatial and Conceptual Aspects of Physical Impairment in Medieval Europe. In: BAKER, Patricia A.; NIJDAM, Ham e LAND, Karine van't (Eds.). **Medicine and Space**. Body, Surroundings and Borders in Antiquity and the Middle Ages. Leiden/Boston: Brill, 2012, p. 273–296.

_____. **Disability in Medieval Europe**: Thinking about Physical Impairment in the High Middle Ages, c.1100-c.1400. Routledge, 2006.

MURPHY, R. **The Body Silent**. London: Phoenix House, 1987.

NORDEN, Martin F. **The Cinema of Isolation**: A History of Physical Disability in the Movies. New Brunswick/New Jersey: Rutgers University Press, 1994.

PARLOPIANO, Brandon. Propter deformitatem: Towards a Concept of Disability in Medieval Canon Law. **Canadian Journal of Disability Studies**: v. 4-3, 2015, p. 72-102.

SKINNER, Patricia. **Living with Disfigurement in Early Medieval Europe**. New York: Palgrave macmillan, 2017.

SILVEIRA, Flávio Leonel Abreu da. As complexidades da noção de fronteira, algumas reflexões. **Caderno Pós Ciências Sociais** - São Luís, v. 2, n. 3, jan./jun. 2005, p. 17-38.

SINGER, Julie. Disability and the social body. **Postmedieval: a journal of medieval cultural studies**: v. 3, 2012, p. 135–141.

VITALI, F. e DONATI, D. Sport,disabilità e inclusione. In: CARRARO, Silvia (Ed.). **Alter-habilitas**. Percezione della disabilità nei popoli. Verona/Itália: Alteritas, 2018.

WENDELL, Susan. The social Construction of Disability. In: Id. **The Rejected Body**. New York: Routledge, 1996, p. 57-71.

O corpo negro, o bisturi e a mão branca: A presença de escravizados em periódicos médicos da Bahia e Pernambuco oitocentistas

Bárbara Barbosa dos Santos¹

Neste capítulo, faremos uma interpretação das fontes no sentido de pôr em evidência as íntimas relações entre a medicina acadêmica e a escravidão durante os oitocentos, em duas importantes províncias do Nordeste imperial, Bahia e Pernambuco. Buscamos nos inserir nas recentes discussões propostas, sobretudo pelas historiografias brasileira e estrangeira (LIMA, 2014; FETT, 2002, GOMES, PIMENTA, VIANA, 2020; GOMES, VIANA, 2021), que problematizam a presença e a utilização de corpos negros escravizados, libertos ou libertandos em experimentos cirúrgicos e farmacológicos.

Mobilizaremos então, os periódicos médicos *A Gazeta Médica da Bahia e os Annaes da Medicina Pernambucana*. Fontes que além de mostrar as atividades científicas empreendidas pelos médicos pernambucanos e da chamada escola tropicalista, denunciam a significativa presença de homens e mulheres, que tiveram suas vidas

¹ Doutoranda do programa de história das ciências e da saúde da Casa de Oswaldo Cruz FIOCRUZ/COC. Bolsista CAPES. E-mail: barbara-ceme@hotmail.com.

atravessadas pelo cativo, nas enfermarias e leitos, sob cuidado e monitoramento médico nos padrões que vigoravam na clínica.

As imbricações entre os agentes das ciências médicas oficiais e a rotina de morbidades no sistema escravista têm sido alvo dos historiadores, que percebem estas relações como mais uma fresta por onde é possível enxergar as vivências de sujeitos, que embora fossem imprescindíveis àquela sociedade, têm suas falas, sintomas e percepções silenciadas nos documentos oficiais. O que vem se configurando nos trabalhos, até pela constatação da própria pulverização da posse de escravizados em várias províncias, é o lugar central da saúde e morbidade do corpo negro no negócio de escravizar gente. E como essa importância proporcionou a equalização de interesses em comum entre indivíduos comprometidos com a escravidão, como os senhores escravistas e médicos. Sobretudo no contexto pós fim do tráfico de africanos; escassez de mão de obra escravizada e o aumento das demandas por produtos tropicais no jogo econômico do mundo Atlântico (SARAIVA, 2020; LUNA, KLEIN, 2010).

Entre o chicote e o estetoscópio

Um caxilho ou rotula para janela, e um molleque ou moleca de 12 a 16 annos, ladinos e sem achaques :No atterro da Boa Vista venda D. 39.

Uma geometria, Algebra e trigonometria de La-croix, em bom uzo quem tiver annuncie.

Elementos de cirurgia de Laguá, traduzido do francez para portuguez e , uma arte de sangrar : na rua estreita do Rozario botica de João Pereira da Silveira.

Algumas obras de direito criminal, em meio uzo: na rua do cabugá loja de Manoel Duarte Ferrão.

(Diário de Pernambuco, 29 de abril de 1842, p 4).

Os anúncios que abrem a coluna de compras e vendas do jornal Diário de Pernambuco em 1842, parecem bastante reveladores da maneira como a medicina e a prática de subjugar seres humanos ao trabalho forçado mesclavam-se nas vicissitudes do cotidiano oitocentista daquela província. Uma leitura mais atenta oferece vias para levantarmos questões em torno da circulação de saberes médicos,

a intensa influência das ciências médicas francesas, o uso das práticas de sangrar para a cura de moléstia naquela sociedade e até mesmo a atuação do João Pereira da Silveira em sua botica.

Esticando as possibilidades no que concerne as confluências da escravidão e saúde, ponto do nosso interesse, podemos observar que no mesmo anúncio, o qual se tem a procura de livros de medicina, alguém reclama pela compra de crianças africanas escravizadas de ambos os sexos. Vejam que algo era fundamental para quem anunciava — este moleque ou moleca não deveriam apresentar qualquer enfermidade.

Considerando o momento de margens borradas entre a medicina oficial e popular, não é equívoco aventar que tais livros de medicina não fosse necessariamente para pessoas com título obtido nas faculdades médicas do império. É o paradoxo que faz do século XIX um promissor período para a nossa investigação sobre as doenças entre cativos, no qual se tem a produção científica paralela a prática nada ilustrada de comprar e escravizar pessoas.

O que vemos nestas poucas linhas, abre a senda para a formulação de perguntas muito caras ao campo da história da saúde e escravidão, tais como, qual era o lugar das doenças na dinâmica escravista? Quais eram as doenças que afetavam os trabalhadores escravizados no Brasil? Qual a relação da medicina acadêmica e a escravização? A medicina acadêmica produziu conhecimentos científicos em torno do corpo cativo?

Estas integram um conjunto significativo de indagações que compreende as confluências da história da saúde e escravidão, campo que no acúmulo da significativa produção de há pelo menos duas décadas, já apresenta questões próprias, ao incorporar as experiências de adoecimento e cura das populações cativas como caminho para se compreender as complexidades da escravidão em diversas províncias do império (GOMES, PIMENTA, 2016; GOMES, FLEXOR, PIMENTA, 2019).

Se a reformulação da história da escravidão no Brasil trouxe à tona a heterogeneidade das vidas no cativeiro, através das vivências coletivas ou individuais nos diversos vieses interpretativos, tais como

resistência, na capacidade de formação de famílias, de requerer direitos e construção de redes de sociabilidades. O olhar mais cuidadoso para o adoecer na condição de escravos, retira do ponto-cego da produção historiográfica os eventos patológicos experimentados por esta gente que não só trabalhava. Como qualquer ser humano, eles adoeciam, sobretudo pela exploração diária, pelas condições sub-humanas de vida. Ocorre que quando doentes, esses corpos, peças imprescindíveis da engrenagem do sistema escravista, despertam e movimentam inúmeros outros personagens com interesses muito particulares. São médicos, avaliadores, proprietários, curandeiros e até o Estado, não é exagero dizer que o corpo cativo adoecido se torna arena para inúmeros conflitos.

Antes de adentrarmos nos registros clínicos, ilustrativos das experiências de adoecimento entre cativos, que são expressos na *Gazeta Médica da Bahia e Annaes da Medicina Pernambucana*, é necessário relativizar uma determinada passividade por parte destes sujeitos que surgem nas enfermarias e macas de cirurgias. Definitivamente eles não eram passivos, indícios presentes nos documentos consultados nesta pesquisa em andamento, põe em nosso horizonte situações nas quais, por inúmeras vezes antes consultar-se com clínicos acadêmicos, sozinhos ou por intermédio de proprietários, escravizados lançavam mão de saberes e práticas da medicina africana empreendida por companheiros do seu tecido social que compartilhavam de suas ancestralidades.

Até poderiam negociar com seus senhores a internação ou a permanência nos estabelecimentos de saúde. Nesse sentido, uma passagem da *Gazeta Médica da Bahia*, nos auxilia a refletir e lança luzes novas sobre o cruzamento que envolvem a agência dos escravizados com seus poderes de negociação, a autoridade médica e dos senhores que tinham interesse na recuperação de suas escravarias para a continuidade da exploração.

Em tom de sátira, foi publicada uma crônica na *Gazeta Médica da Bahia*, com o título “*A lógica preta*”. Traz a narrativa que havia “para as bandas do Carmo”, em Salvador, um ferreiro muito conhecido de extensa lista de clientes. Tendo um burro adoecido, um senhor

mandou por uma sequência de dias, um seu escravizado africano, levar o quadrupede para que fosse tratado pelo ferreiro do Carmo, que aplicou sobre no animal sangrias, purgas e defumadouro na presença do cativo, que viu, mesmo com as baixas chances de recuperação do burrinho, a saúde prevalecer a moléstia neste período. Pouco tempo depois, sucedeu de ele mesmo, o trabalhador escravizado, adoecer. Vejamos como se descreve o comportamento do senhor, e através disto o olhar dos redatores da Gazeta Médica baiana sobre comportamento do escravista frente ao adoecimento do cativo.

O senhor mandou naturalmente chamar o seu médico para tratá-lo. Chegou o doutor e na forma do costume perguntou ao doente o que tinha. Mas o preto em vez de responder virou-se para a parede. Indignados o senhor e o médico insistiram em que ele declarasse o que sentia, tempo perdido, nem pedido, nem ameaças conseguiram arrancar-lhe uma palavra. A vista de semelhante obstinação, retirou-se o médico dizendo que não sabia adivinhar. Então o senhor repreendeu asperamente o preto por não ter respondido as perguntas do facultativo, e exigiu saber os motivos de tal insólito procedimento; ao que o doente replicou, submisso na sua linguagem boçal :

- Meu senhor, me perdoe, mas esse seu doutor não sabe de nada.
- Não sabe de nada meu médico?! Pois tens o atrevimento de ...
- Não sabe não, senhor, porque se ele soubesse não perguntava
- Mandé chamar esse que curou o burro, esse sim, não lhe perguntou nada e o burro ficou bom (Gazeta Médica da Bahia, 1876, p. 491).

Essa sátira presente em um periódico médico da envergadura da gazeta médica da Bahia, entre corriqueiros estudos clínicos, sugere que essa resistência vinda de um escravizado aos tratamentos da medicina academia não era um caso isolado. Embora esta coexistisse com a potente exploração destes corpos tão disponíveis. Vamos descortinar agora o ilustrativo e revelador caso do escravizado Raymundo, que estampa as páginas do *Annaes da Medicina Pernambucana*, na primeira metade do oitocentos. É possível extrair elementos interessantes que problematizam o adoecer na escravidão e o impacto desse adoecimento no jogo do escravismo.

A primeira traqueostomia em Pernambuco

Tal caso foi replicado em outros periódicos que corriam a província, a contar o *Diário de Pernambuco*², que ainda lembrava aos seus leitores a possibilidade de compra dos jornais da Sociedade de Medicina Pernambucana “na livraria do arco de Nossa Senhora da Conceição da ponte do Recife, preço 500 rs cada número”. A Sociedade de Medicina contava com verba do governo provincial para pagamento de prêmios conforme percebemos nos relatórios da receita provincial.

O que logo chama a atenção de quem ler o título da coluna “*Nota e observação*”³, é que embora indique a sua presença na sessão solene da sociedade médica. No título do registro clínico há a omissão da condição do paciente, objeto da cirurgia tão concorrida. Apenas quando avançamos na narrativa percebemos que se tratava de um escravizado de engenho, dos muitos que existiam na Zona da Mata pernambucana. Até a sua presença naquele espaço e a comemoração de sua sobrevivência à operação, ocorre a serviço dos interesses dos médicos daquela agremiação. Isso fica evidente no seguinte trecho — “operação, que, por sua novidade, deveria procurar-nos grandes críticas, se não fôssemos felizes, e ainda mais comprometeria a indicação futura da traqueotomia em Pernambuco” (Annaes da Medicina Pernambucana, 1843, p 25).

O sentido de dotar de visibilidade a cirurgia, para além de anunciar um determinado avanço das ciências médicas naquela cidade, estava na rota da tentativa de articular a importância do saber médico para a resolução de uma problemática própria da economia escravistas — A morbidade de escravizados. Esse discurso de devolução da utilidade dos cativos aos proprietários é recorrente nos estudos de casos impressos nos periódicos médicos tanto de Pernambuco como Bahia. Vejamos mais a fundo a situação em que o corpo de Raymundo, homem da lavoura, se tornou arena de interesses entre médicos e seu senhor.

De um caso de tracheotomia pela primeira vez praticada nesta Cidade do Recife, no dia 21 de Marco do corrente anno de 1843. Pelo senhor J. de Aquino Fonseca, Doutor em Medicina pela Faculdade de Paris, lida na Sociedade de medicina

de Pernambuco na sessão de 24 de abril, em presença do indivíduo operado (AMP, 1843, p. 20).

Não puseram no enunciado que o “indivíduo operado” era escravizado e estava sem voz, não por conta do silenciamento inerente aos sujeitos da sua condição, estava literalmente sem conseguir emitir qualquer som, com as cordas vocais ainda por recuperar-se. A verdade é que até chegar a ser exposto como troféu pelos médicos ávidos por reconhecimento, Raymundo passou por longos dias de agonia.

O aperreio veio a calhar com a predisposição dos clínicos no Recife, que se ressentiam por ainda em 1843 não terem conseguido efetuar nesta capital uma cirurgia “altamente reclamada” com tantos sucessos na Europa. Se era infortúnio de Raymundo, a situação era de oportunidade para a medicina mostrar seus avanços, depois tantas tentativas de convencer o povo pernambucano da eficácia de suas expertises. Eles, os médicos redatores, não vacilaram em sublinhar que era realmente uma oportunidade. Lembraram inclusive do caso de um homem natural de Santo Antão, que ao ser diagnosticado com tísica laríngea e a indicação da traqueostomia, disse aos médicos da sociedade que preferia a morte certa a se submeter a operação, duas semanas depois conforme se descreve no relato o sujeito morreu.

É talvez este o motivo que tem concorrido para que esta operação não tenha ainda sido posta em prática aqui, e nós mesmos havemos encontrado invencível resistência em sua aplicação, em alguns casos que havemos tido, entre eles citaremos o de um homem, natural de Santo Antão, que nos tendo consultado por uma tísica laríngea, antes quiz ser vítima da morte certa, que lhe havíamos predito, e que se realizou, duas semanas depois de voltar á sua casa, do que sujeitar-se a operação que lhe tínhamos proposto, como única taboa de salvação, depois de havermos tentado em vão os meios indicados em tais casos (AMP, 1843, p. 22).

Escolha que Raymundo não pôde fazer, a final seu corpo representava uma parcela da fortuna do seu proprietário, o dono de engenhos Lourenço de Sá Albuquerque. Ele logo tratou de acionar mecanismos para evitar a eminente morte de um de seus muitos cativos como a contratação de médicos, assim como fez o senhor de Salvador

que figura a sátira que já conhecemos. É descrito esse momento do Barão de Guararapes, investindo para não perder seu cativo.

Ainda hoje estaríamos sem poder mostrar a necessidade e utilidade dessa operação, se o nosso amigo o senhor Lourenço de Sá e Albuquerque, proprietário do Engenho Guararapes, despindo-se dos terrores geralmente espalhados, e entendendo melhor os interesses da humanidade, não nos tivesse dado a permissão de tentar todos os meios, inclusivamente a *trachcotomia*, para lhe salvar um seu escravo, de grande valor, e por quem ele se sujeitava a quaisquer despesas, a tudo, uma vez que a vida do escravo fosse conservada (Annaes da Medicina Pernambucana, 1843, p. 22).

Lourenço de Sá e Albuquerque, Barão de Guararapes



Fonte: Fundação Joaquim Nabuco, Fundo Francisco Rodrigues

Essa ida de Lourenço para ter com os médicos no Recife ocorreu no início de março, o relatório indica o dia 2 deste mês

em 1843. Nesse primeiro contato o senhor vai sozinho e descreve os sintomas que seu escravizado estava apresentando. Mesmo sem examinar Raymundo, os clínicos deram o diagnóstico por meio das tais informações recebidas, de que se tratava de uma simples faringite, precursora de uma bronquite. Dessa forma foram prescritos paliativos como gargarejos de emoliente, tisana adoçadas com xarope peitoral inglês, “repouso do corpo e fala e conserva do doente em lugar seco e agasalhado”. Considerando a estação do mês de março e a atividade produtiva a qual Raymundo estava inserido, talvez as condições ambientais tenham contribuído para o seu adoecimento.

A sistematização dos óbitos registrados entre 1858 e 1870 nos assentamentos paroquiais de Jaboatão dos Guararapes, região onde fica o engenho Guararapes, possibilitou prescrutar as condições de saúde de escravizados e seus respectivos proprietários. Entre os senhores que mais aparecem nesta documentação está Lourenço de Albuquerque. Pinçamos alguns casos de seus cativos que tiveram a causa da morte declarada.

Quadro 1. Registros de óbitos de escravizados pertencentes a Lourenço de Sá e Albuquerque

| Nome | Idade | Doença |
|---------------------------|---------|-------------------|
| Rosa | 40 | Estupor |
| Silvania filha de Ignacia | 5 meses | Câmaras de Sangue |
| Joana | 35 | Tosse |
| Antônia | 40 | Cólera epidêmica |
| Maria | 8 meses | febre |
| Jorge | 60 | Moléstia interior |
| Felícia | 20 | Moléstia interna |
| Ignacia | 40 | Parto |

Fonte: Livros paroquias de óbitos de Jaboatão dos Guararapes

Três dias depois, isto é, no dia 5 de março, Lourenço novamente busca aos médicos, pois seu escravizado agora estava com dores na

garganta e dificuldade para respirar. Chama a atenção que o senhor ao relatar a piora, atribui esta fatalidade a ingestão de uma carne seca, oriunda do Rio Grande do Sul, que havia sido feita e consumida por Raymundo, antes de chegarem os remédios.

Mandamos então que largas sangria fossem aplicada braço, e dois vesicatorios aplicados no pescoço, um de cada lado, e alguns gargarejos adstringentes. Tudo isto foi executado, e no dia 10 algumas sanguessugas foram aplicadas sobre o pescoço; progressivamente, os sintomas mostraram-se cada vez mais intensos, especialmente a falta de respiração, que aumentava. Em consequência da triste notícia que recebíamos, e vendo que o mal era mais sério do que supusemos em princípio, exigimos absolutamente no dia 12 que o doente viesse para o Recife; porquanto o caráter da moléstia era assustador (Annes da Medicina Pernambucana, 1843, p. 23).

Esse trecho da narrativa reafirma nossa impressão de que ao longo da primeira semana do adoecimento, todo o tratamento foi dispensado à distância, tendo como mediador o Lourenço de Sá. Até o dia 14 quando finalmente os médicos tiveram o primeiro contato com Raymundo.

Nos interessa sublinhar, que na vigência do tráfico legal e ilegal a manutenção dos corpos cativos minimamente saudáveis para o trabalho, movimentara uma série de sujeitos e mecanismos, que tinham efeitos práticos sobre isto. Como por exemplo a imprescindível oferta de frutas aos africanos recém desembarcados. O caso da apreensão do brigue-escuna Aracaty durante 1842, em Cabo de Santo Agostinho, é chamado à baila por (Carvalho, 2021) em seu estudo sobre o tráfico negreiro em Pernambuco, e para nossa pesquisa é revelador, justamente por detectar vestígios de atitudes voltadas às condições de saúde dos cativos em suas chegadas nesta província.

A embarcação trouxe 385 africanos de Angola, no trajeto sucumbiram 27 pessoas. Quando ocorre a abordagem pela marinha brasileira, havia no convés “uma grande quantidade de melancia, manga, laranja e maracujá”. Que logo denunciou para as autoridades que o barco estava a serviço do tráfico negreiro. Concordamos com

o historiador que a variedade das frutas e a fartura com a qual é retrata, sugere que existia em Pernambuco um circuito estabelecido para venda destes itens através das “quitandas fluviais” para abastecer as embarcações envolvidas no tráfico, “entre as provas, havia letras descontadas em Pernambuco, o cheiro, equipamentos, etc. Mas a marinha também considerou como prova a grande quantidade e variedade de frutas, cuja eficácia contra o escorbuto era bem conhecida” (Carvalho, 2021, p. 148).

Na província pernambucana, os vestígios de que os traficantes lançavam mão de recursos materiais e humanos para que a carga humana fosse despejada nos arrecifes em bom estado para ser explorada, não se limita ao provimento de frutas contra o escorbuto. A historiadora Aline Albuquerque ao perseguir a trajetória do maior traficante de escravos na província, Angelo Carneiro. Encontra no diário de um arquiteto francês, que mantinha relações próximas com o comerciante de gente, que um seu amigo médico se colocaria a disposição para atuar como físico nas embarcações negreiras. Embora seja a presença de médicos nesses empreendimentos do tráfico negreiro uma constante na historiografia, nos interessa dar revelo para a particularidade destes sujeitos inseridos do sistema escravista pernambucano.

Retornemos aos anais da medicina pernambucana. Não são revelados dados como a idade do paciente, se era casado ou a ocupação que desenvolvia no engenho Guararapes. Mas diante da confirmação de que os médicos apenas tiveram contato com o corpo do trabalhador mais de 10 dias depois da primeira receita, podemos inferir sobre uma informação importante em torno das práticas de curar nessa região, que havia alguém no engenho que aplicava a sangria. Em análise aos inventários da Zona da Mata pernambucana no desenvolvimento desta pesquisa, não identificamos cativos com ocupações ligadas às artes de curar.

Para o Rio de Janeiro por exemplo, a historiadora Keith Valéria encontrou “o registro de um escravo de nome Daniel, pardo, de 60 anos e com a função de barbeiro, avaliado em 400mil réis” (BARBOSA, 2014). Mesmo tomando os remédios os quais o seu senhor comprou

Raymundo tentou se curar tomando água-ardente, conforme ainda hoje prescreve a sabedoria popular para sanar os males de garganta, já deveria ser conhecido o ditado “para males de pulmão, mel e alcatrão”.

Essa atitude do escravizado narrada pelos médicos, somada a piora foi mobilizada para justificar a operação de traqueostomia.

Que dous dias antes, imaginou que a agua-ardente era salutar meio de cura, e, illudindo a nossa confiança, pôde evadir-se de caza e executar seu ingente projecto. O mal aumentou logo com tal furor, que nos fez perder todas as esperanças, porquanto todos os symptomas erão aterradores. A vista deste trans-torno, resolvemos applicar-lhe outro caustico nas costas, outro ainda maior no peito, e avisámos logo ao senhor pedindo-lhe positiva permissão de operar a tracheotomia, se o mal não cedesse; o que nos foi permittido, como d’antes (AMP, 1843, p.24).

O “plano alcoolico” como denominam os médicos, pode ser encarado como uma tentativa de curar-se, mas também como uma “válvula de escape” da situação aterradora de estar sob a monitoração de homens brancos que queriam operá-lo. Durante a narrativa, os clínicos confessam que a cirurgia foi uma tentativa na sorte, tamanha era a disponibilidade daquele corpo.

Os sintomas foram se acentuando, em dificuldades para respirar, de engolir, pulsação lenta, palidez e fastio, quando no dia 21 de marco na casa do médico J. Aquino Fonseca⁴ na presença do clínico José Francisco da Silva, às 14: 30 sucedeu a cirurgia. Raymundo foi deitado em uma “maca de vento” sobre dois travesseiros, sendo um redondo que ficou abaixo do pescoço de modo que se inclinasse ao máximo o membro para a incisão. Com um bisturi cortante dos dois lados e oval, foi feito um corte vertical, entre o segundo e terceiro anel da traqueia, para ter acesso ao canal respiratório, ainda foi necessária mais uma incisão sobre o quarto anel. Com as pontas de um dilatador foi introduzida no orifício criado uma cânula de prata.

4 Anos depois Joaquim Aquino surge nos jornais da província como presidente do conselho geral de salubridade, comissário vacinador provincial e membro correspondente da sociedade de ciências médicas de Lisboa. Diário de Pernambuco, 1849, ed. 62

Logo que a expiração passou a ocorrer pela cânula foram expelidos sangue e mucosidade que estavam acumulados naquela via aérea. Também houve um excesso de tosse, e por isso que foi preciso posicionar o paciente curvado. Todo o procedimento foi feito com Raymundo acordado, depois disto o paciente adormeceu por três horas quando foi despertado para deita-se em uma cama. No dia seguinte houve a expulsão de catarro amarelo que estava acumulado, e melhora na respiração, os médicos tentaram retirar a cânula, mas não foi possível, pois sem o instrumento Raymundo ainda não conseguia respirar.

Ocorreu de a presença da cânula na garganta gerar muitos incômodos ao doente, então alguns dias depois a cirurgia, é relatado que foi feita a retirada e sutura do orifício, continuaram a serem ministradas as medicações compostas de tisanas adoçadas com xarope inglês, pomada napolitana mesclada com extratos de beladona e ópio. Dias depois a lista de remédios aumentou, porque surgiram infecções sífilicas, mais uma doença para completar a via sacra das experiências de adoecimento de Raymundo, assim foram receitadas pílulas de cloreto de mercúrio, de acordo com a “fórmula de Dupuytren e essência de salsa parrilha”.

A infecção cedeu a medicação aplicada, ao passo que no dia 18 de maio quase dois meses após a cirurgia, Raymundo foi exibido como símbolo da façanha cirúrgica bem-sucedida dos médicos no Recife. Ao finalizar a narrativa do caso de Raymundo o médico Joaquim Fonseca se adianta a possíveis críticas por ter efetivado a operação, alegando que foram mobilizados todos os recursos possíveis, mas o quadro clínico exigiu a intervenção mais invasiva.

O caso que oferecemos á SociEdade de Medicina é o da tracheotomia, ainda não praticada em Pernambuco, e, por isso, qualquer que fosse o mal, que a ella nos conduzio, só cumpre a seus membros examinar se a tracheotomia foi praticada, o que não póde ser negado á vista do operado que apresentámos ao exame da mesma Sociedade. Recife 18 de maio de 1843 (AMP, 1843, p. 28).

As vivências de Raymundo e a utilização do seu corpo nesta cirurgia são peculiares e significativas. Observamos em operação

problemáticas inerente aos campos da saúde e escravidão, vimos o comportamento de um proprietário para sanar a enfermidade de seu cativo; como esta moléstia também aproximou a medicina acadêmica às questões do negócio escravista, ao mesmo tempo que os proprietários acabam por contribuir para legitimação das ciências médicas.

Curiosamente na província de Pernambuco os proprietários não apenas afixavam a eficácia das terapêuticas oficiais, mas também de terapeutas populares, sem diplomas das faculdades de medicina. É o que encontramos em um anúncio do Diário de Pernambuco — Uma senhora que se autodefine como “curiosa”, promete curar morfeia e quinguila em escravizados, e os senhores dos sujeitos curados por ela são citados como prova do sucesso dos seus tratamentos. O cotidiano estampado nos periódicos que corriam as províncias eleitas no estudo, demonstram que os senhores desta região lançavam mão de mecanismos para cura de suas escravarias. A contar, compras de manuais práticos de medicina e cirurgias como se ver nos anúncios que transcrevemos abaixo, ou ainda, a prevenção de adoecimentos por meio de vacinação, conforme ilustramos com esse atestado de vacina de um escravizado na Bahia.

Uma Senhora curiosa se propõe a curar pretos, que tem esta moléstia chamada quigilla, ou morfeia, pois que tem curado a muitos nesta praça. e do mato como pode provar com os Srs. dos pretos; e assim quem do seu préstimo quiser utilizar-se dirija-se a rua Direita sobrado D. 14, que achará com quem talar, ou anuncie⁵.

Aphorismos de medicina e cirurgia pratica, pelo Dr. Antonio da Costa Paiva esta obra se torna recomendavel para todos os chefes de familia, e essencialmente para os facultativos e pharmaceuticos, pelas luminosas ideias ali desenvolvidas; na rua do Vigario D. 13.⁶

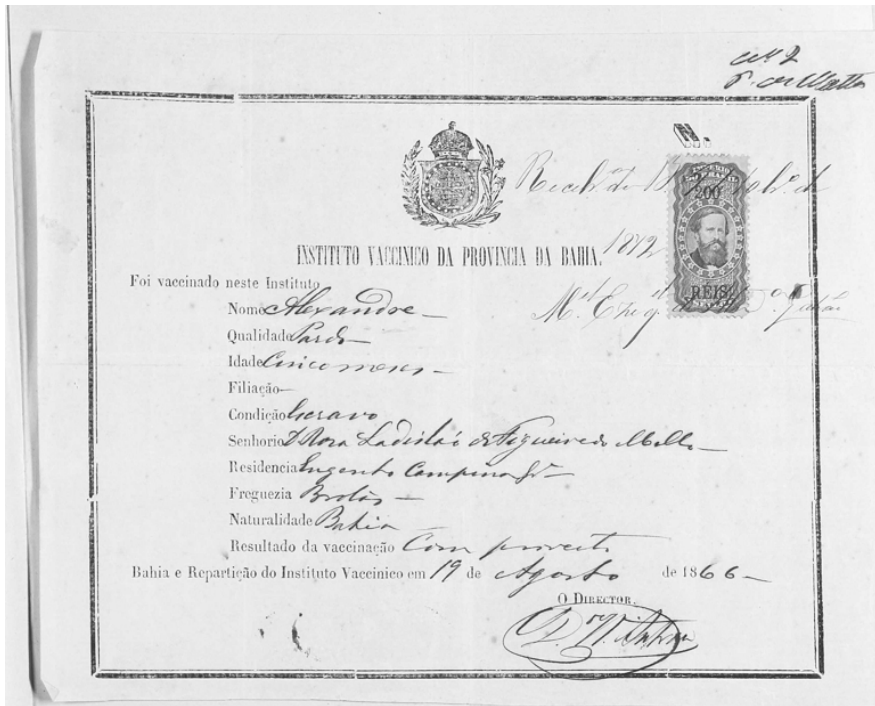
Alguns Livros de Cirurgia e Medicina, Diccionario da ultima edição, que já tenha algum uzo, e a obra de Manual fazendeiro: quem a tiver, anuncie.⁷

5 Diário de Pernambuco, 8 de janeiro de 1840, p. 3

6 Diário de Pernambuco, 28 de julho de 1840, p. 4.

7 Diário de Pernambuco, 5 de julho de 1841, p. 4.

Atestado de vacinação do trabalhador escravizado Alexandre



Fonte: Arquivo público da Bahia

As relações entre senhores e médicos, que também eram escravistas, são perceptíveis nos periódicos médicos. Estas fontes que há muito são analisadas pela historiografia por diversas abordagens, oferecem campo fértil para análises em torno da escravidão e saúde por sua característica de descrição das experiências de adoecimento dos cativos e a atuação de outros agentes como os senhores diante dos adoecimentos.

Com vimos, os vestígios dos jornais em Pernambuco indicam como médicos buscavam em senhores aliados para a legitimação da ciência médica acadêmica na província. Vejamos agora, a partir das realidades da província da Bahia, como os médicos enxergam a saúde cativa sob a tutela dos senhores e como os clínicos atribuem as

pioras de quadros clínicos a busca de práticas populares de cura por escravizados.

Na seção de cirurgia da *Gazeta Médica da Bahia*, em 1877, foi publicada uma comunicação com o seguinte título “*Espinha de peixe no esôfago; expulsão do corpo extranho cravado em uma escara gangrenosa*”⁸. Novamente o que vemos é a omissão na chamada do estudo de caso que a paciente em questão era escravizada. Quem reporta o fato é o médico Silva Lima que inicia a narrativa dizendo “O seguinte caso por interessante e curioso vale a pena de ser registrado”. Trata-se das experiências de uma mulher cativa de 22 anos, natural do Brasil, chamada pelo costume preconceituoso da época de “croula”, seu nome não é citado. O médico a caracteriza como pessoa de corpo robusto, tinha como ocupação cozinhar, vivia na cozinha do engenho onde morava e sofria constantes crises de histeria. Sobre esse detalhe da saúde mental da mulher escravizada, não é revelado quem reporta tal estado ao clínico, se foi o senhor ao contratá-lo ou os companheiros de cativeiro, não se pode excluir a possibilidade de ela própria ter falado sobre o mal que sofria.

Ocorreu de no dia 7 de abril de 1877, a mulher reuniu-se com companheiras também escravizada para almoçar, o prato compartilhado era um peixe “vulgarmente chamado de vermelha”, iguaria ainda integrante da nossa culinária. Apesar do peso e sofrimento na escravidão, alguém desse grupo contou alguma anedota, que provocou risos, foi nessa hora que a mulher, atendida posteriormente por Silva Lima, engasgou-se com uma espinha do tal peixe, de modo que o fragmento ficou preso no esôfago, obviamente com os incômodos na garganta, vários recursos foram tentados para fazer subir ou descer a espinha, mas sem sucesso.

A cozinheira fez o que pode para tentar livrar-se da atribulação, porém como nos conta Silva Lima, essa tentativa provocou mais dores, talvez porque à medida que todos os alimentos que eram ingeridos, entravam em contato com a espinha presa no esôfago, magoava o local perfurado e inflamava mais ainda. Nos chama a atenção a maneira

8 *Jornal Gazeta Médica da Bahia*, 1877, p. 124

como o médico sublinha o fato de a escravizada não ter reportado imediatamente ao senhor o fato.

Ocultou o facto a seus senhores e tentou desembaraçar-se da espinha engolindo infructiferamente grandes tragos d'agua, com diversas substancias solidas, taes como pão, banana, farinha secca. Expedientes que em vez de allivio lhe causaram dores violentas, suffocação e engulhos. Consultou um pharmaceutico, o qual, depois de algumas tentativas, affirmou ter extrahido uma parte da espinha que, entetanto, não foi vista pela doente (Gazeta Médica da Bahia, 1877, p. 125).

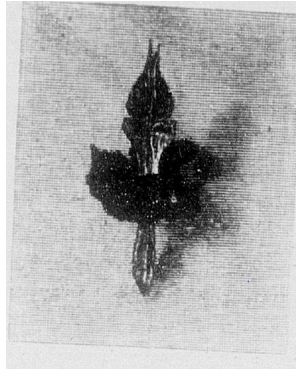
Ao expressar que o fato foi omitido aos senhores e as tentativas da mulher cativa de se desvencilhar do corpo estranho, sugere que para o médico, os senhores tinham por obrigação a tutela da saúde de suas escravarias, por outro lado culpabiliza a paciente pela piora, ou seja, para ele, se logo tivesse comunicado ao proprietário não teria avançado os sintomas. Sendo ela uma mulher que sofria de frequentes ataques histéricos, talvez tivesse a fama de pessoa adoecida e não quisesse fazer alarde por um aparente corriqueiro engasgo por espinha de peixe. Ela sozinha procurou o farmacêutico, ele disse ter retirado a espinha, porém não a amostra os vestígios da extração. Com a piora dos sintomas três dias após o acidente, enfim os senhores têm conhecimento do fato e mandam chamar em Salvador o médico Silva Lima.

Chegando ao engenho, examinou a cozinheira, e nos reporta o médico narrador, que a mulher dizia sentir uma dor intensa e “permanente ao nível de extremidade superior do externo”, mas não foi possível avistar a espinha, muito menos sentir ao introduzir o dedo na laringe, de modo que o clínico teve receio de explorar o canal mais afundo e contribuir com a fixação da espinha que aparentava estar no esôfago. Foram prescritos paliativos como bebidas emolientes e repouso na expectativa de que o organismo expelisse naturalmente o incomodo. Também foi alterada a rotina alimentar, até porque a ingestão de alimentos sólidos era impossível, então a nutrição foi restrita a “caldos, sopas, leite e mingaus”

Durante aquela semana a melhora parecia certa, a espinha teria descido ao estomago, “quando se começou a perceber que o seu halito era fetido, facto que ella fora a primeira a notar”. Quinze dias depois, no 22 de abril de 1876, das alterações no hálito, sobrevieram dores de cabeça, calafrios e febre alta. À noite iniciaram vômitos violentos e retidos, até que foi expulsa a espinha.

“transfixando obliquamente uma escara gangrenosa, como a representa a figura aqui anexa (tamanho natural). Durante a noite e nos dias seguintes teve abundantes vômitos de sangue, os quaes foram gradualmente diminuindo sob o uso de pequenos goles de uma solução fraca de perehlorureto de ferro, de sinapismos no peito nas costas, agua fria bebida lentamente” (Gazeta Médica da Bahia, 1877, p. 126).

Espinha de peixe expelida por mulher escravizada após infecção⁹



Fonte: Gazeta Médica da Bahia, 1877

Quinze dias após de expelir a espinha e permanecer em dieta líquida a mulher estava com a saúde recuperada, conseguindo engolir sem dores e dificuldades. Mas quando em agosto, quatro meses

⁹ Sobre esta gravura diz Silva Lima “A vinheta que acompanha esta pequena observação é devida ao lápis de um distincto aluno da nossa Faculdade, e hoje nosso collega, o Sr. Dr. Custodio Rodrigues de Vasconcellos, habilissimo desenhista, que do natural copiou fielmente a peça pathologica a meu pedido, e exactamente com as dimensões do original: agradou tao prestimoso serviço. A espinha, como se ve, dá apparencias de uma penna de aço, Occupa a base do craneo do peixe, e creio que corresponde ao Sphenoide dos mamíferos”.

após primeiro engasgo, novamente ao alimentar-se com peixe tipo vermelha, encontrou-se com outra espinha presa à garganta, sendo que esta conseguiu engolir horas depois. Silva Lima diz ser o tal peixe prato predileto da paciente. Não sabemos até que ponto essa ingestão repetida deste peixe fosse por predileção, talvez fosse o alimento mais acessível a mesma, ou o menos ruim dos que eram oferecidos, até porque as espinhas, motivos dos vários engasgos eram originalmente das cabeças dos peixes, qual o motivo de a cativa apenas comer as cabeças dos peixes?¹⁰ De todo modo, o fato é que esse peixe fazia parte do cardápio desse grupo de escravizados, ao passo que no mês seguinte, em setembro novamente o médico foi contratado. Porque durante o jantar a cozinheira ao comer o peixe vermelha, engasgou-se com uma espinha, agora apresentando vômitos sanguinolentos e repetidos.

Nesta terceira consulta, a escravizada diz ao médico não conseguir engolir nem a própria saliva, tamanha era a infecção após quatro dias do engasgo, também sentia dores no pescoço, mais precisamente na terceira vertebra, as dores aumentavam com os movimentos respiratórios, de fala e movimentos de elevação da cabeça. Segundo Silva Lima havia também hálito fétido e gangrenoso, fala e caminhar vagaroso, talvez efeito da fraqueza já que a paciente não conseguia dormir e muito menos alimentar-se durante quatro dias. O que logo sugere que nestes dias a mesma não trabalhou para o seu proprietário, que teve de pagar os honorários do médico que se deslocou até o engenho e os seguintes remédios que foram receitados.

Prescrevi: clysteres alimentares, e pequenas doses, repetidas a miudo, como ella podesse engulir, de uma poção composta de 1,00 gramma de hydrato de chloral, 2,00 de chlorato de potassa e 60,00 d'agua. Pouco chegou a tomar d'esta porção, pela difficuldade de a fazer passar do pharynge. A noite houve uma hemorrhagia que foi avaliada, dormiu horas consecutivas. No dia 5 estava muito melhor e podia engolir caldo e leite (Gazeta Médica da Bahia, 1877, p. 126).

¹⁰ Explica Silva Lima que a espinha compunha a base do crâneo. Ele chega a essa conclusão após examinar um outro peixe da mesma espécie. “Segundo pude colher de um ligeiro exame que fiz na cabeça de um peixe da mesma espécie” (GMB, 1877, P.128).

Consultamos o dicionário de Napoleão Chenoviz (1890), importante farol das práticas médicas esquadrinhadas no oitocentos (GUIMARÃES, 2005). Para trazermos à baila o que se tratava o “*clysteres alimentares*” aplicado na paciente cativa. Vimos que era uma opção vulgarmente utilizada quando os doentes não conseguiam fazer ingestão pela boca e estômago. A técnica curiosa consistia em lançar líquidos, fossem nutritivos no caso dos *clysteres alimentares*, fossem mesclados com remédios no caso dos *clysteres* medicamentosos, através do ânus para o intestino grosso dos sujeitos.

Estes líquidos, em pequeno volume, são prontamente absorvidos; mas são muito menos nutrientes do que se fossem digeridos pela ação do estômago e transformados. Contudo, estes meios devem ser empregados sempre que os alimentos não puderem ser introduzidos no estômago, como nas moléstias da garganta, ou quando são prontamente expedidos pelos vômitos. Os *clysteres* alimentários devem ser administrados na temperatura natural do corpo, e sempre em pequena quantidade (CHERNOVIZ, 1890, p. 620).

No mesmo dicionário se ver que a administração do *clysteres* ocorria com um instrumento que poderia ser “seringa com canudo reto ou curvo, diferentes bombas chamadas cliso-bombas, saco de borracha, e o irrigador de Eguisier”. Não é revelado qual foi o meio utilizado pela escravizada no caso narrado por Silva Lima, mas pode ter sido qualquer um algum destes.

Gravura de um instrumento para administração de “clysteres”

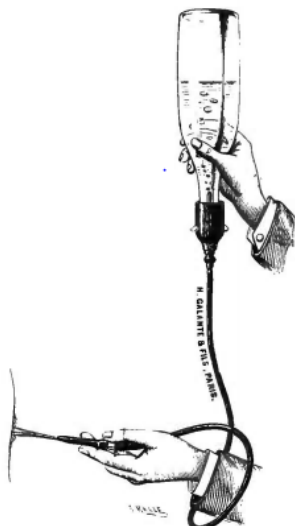


Fig. 195.

Fonte: Dicionário de medicina popular de Napoleão Chernoviz.1890, p. 624.

A possibilidade de conhecer quais medicamentos que foram experimentados por escravizados é sem dúvidas uma rica característica dos periódicos médicos, tais informações podem aparecer muito sumariamente nas cobranças de honorários médicos em alguns inventários post mortem, mas as narrativas médicas além de dar mais detalhes sobre as soluções nos informa, evidentemente a partir do ponto de vista dos clínicos, quais os efeitos e qual o desfecho das experiências patológicas vividas pelos escravizados, cujos sofrimentos nos permite analisar as complexidades da vida no cativeiro e o adoecer do corpo negro escravizado.

No mês de outubro de 1876, a mulher que passou por vários engasgos estava com sua saúde reestabelecida, e ainda em março de 1877, Silva Lima ao comentar tal fato, previa em suas considerações finais que apesar da ausência de lesões materiais do corpo estranho, “não deixará, provavelmente, de trazer, mais cedo ou mais tarde, um aperto orgânico do esôfago. O prognóstico remoto não pode,

portanto, ser favorável”. Não sabemos o decorrer da trajetória da mulher escravizada que desconhecemos o nome, mas suas vivências conforme já mencionamos nos permitiu adentrar no seu cotidiano e conhecer a condição de saúde de pessoas da sua condição na província da Bahia.

O nosso percurso até aqui foi orientado pela proposta de demonstrar a partir dos registros clínicos, publicados em jornais médicos da Bahia e Pernambuco, a utilização dos corpos negros escravizados pela medicina dita oficial, no oitocentos. Conforme apontamos inicialmente tal empreendimento perpassa inexoravelmente pela confluência das histórias da escravidão e da medicina. Campo no qual percebe-se um adensamento de publicações a partir da década de 2010 com investigações acerca do pensamento médico sobre os africanos e seus descendentes; da identificação e distribuição das doenças que mais atingiam os cativos e libertos (GOMES; PIMENTA; VIANA, 2020, p.2).

Estes vieses interpretativos da saúde e do adoecer no cativo, pela diversidade das fontes que podem ser mobilizadas. Permitem e até exigem que o pesquisador lance mão de outras abordagens ou metodologias experimentadas pela historiografia. Que podem vir da demografia histórica, da epidemiologia, da arqueologia. Necessariamente quando se fala do pensamento médico e a utilização dos corpos escravizados, recorremos as incontornáveis contribuições da história do periodismo médico oitocentista no Brasil (FERREIRA, 1996, 2003, 2004).

O historiador Luiz Otávio Ferreira aponta a importância dos jornais médicos enquanto instituições científicas no século XIX. Ainda revela algumas características destas agremiações que são fundamentais para nosso estudo e pavimentam nossas hipóteses. A primeira é que tais periódicos eram formulados no sentido atingir e encontrar aliados na opinião pública, e a segunda se refere as margens borradas entre a medicina oficial e a popular, denunciadas, entre outras nuances, pelas semelhanças entre as terapêuticas realizadas por agentes dos dois grupos. Ferreira ao analisar o periodismo médico

na corte entre 1830 e 1840 identifica pelos discursos dos redatores “a consciência da impopularidade da medicina”.

Nos periódicos médicos da Bahia e Pernambuco, dos quais extraímos registros clínicos narrados neste capítulo, encontramos em operação os apontamentos de Ferreira. O caso do escravizado Raymundo é bastante ilustrativo de que os médicos eram impopulares no Recife e que a cirurgia narrada tanto serviu para convencer o público em geral da profissionalização dos médicos, como para sinalizar às camadas escravistas que os clínicos poderiam resolver demandas da lógica do negócio de escravizar gente bastante pujante na província. O que se configura a partir das experiências de adoecimento pinçadas é a centralidade dos corpos cativos, arena de interesses que reúne médicos e senhores, paralelamente a não passividade dos escravizados frente as terapêuticas da medicina acadêmica.

Referências

ALBUQUERQUE, Aline Emanuelle De Biase. De “vendedor de pão com a cesta na cabeça” a Visconde de Loures: a carreira atlântica do traficante Ângelo Francisco Carneiro. In: SARAIVA, Luiz Fernando; SANTOS, Silvana Andrade dos; PESSOA, Thiago Campos (Orgs.). **Tráfico e traficantes na Ilegalidade**. São Paulo, Hucitec, 2021.

BARBOSA, Keith Valéria de Oliveira. **Escravidão, saúde e doenças nas plantations cafeeiras do Vale do Paraíba Fluminense, Cantagalo (1815-1888)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, Marcus J. M. de. Os senhores de engenho traficantes de Pernambuco (1831-1855). In: SARAIVA, Luiz Fernando; SANTOS, Silvana Andrade dos; PESSOA, Thiago Campos (Orgs.). **Tráfico e traficantes na Ilegalidade**. São Paulo, Hucitec, 2021.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular**. 6. ed. Paris: A. Roger & F. Chernoviz. 1890.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney et

alli. **Artes de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2003.

FERREIRA, Luiz Otávio. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.11, suplemento 1, p.93-107, 2004.

FERREIRA, Luiz Otávio. **O nascimento de uma instituição científica**: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996 (História, Tese de doutorado), p.119.

FETT, Sharla M. **Working Cures**: healing, healthy and power on Southern slave plantation. Chapel Hill, UNC Press, 2002.

GOMES, Flávio dos Santos; VIANA, Iamara da Silva. Senzalas e Casebres sob sevícias: violência, feminicídios, médicos e corpos. In: BRITO, Luciana; GOMES, Flávio; MACHADO, Maria; VIANA, Iamara (Orgs). **Ventre livres?** Gênero, maternidade e legislação. São Paulo: Editora Unesp, 2021.

GUIMARÃES, M. R. C.: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 501-14, maio-ago. 2005.

LIMA, Silvio Cezar de Souza. **O corpo escravo como objeto das práticas médicas no Rio de Janeiro (1830-1850)**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. 208 f.

LUNA, Francisco Vidal; KLEIN, Herbert S. **Escravidão no Brasil**. São Paulo: EDUSP/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2010.

PIMENTA, Tania Salgado. Sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas: sangradores no Rio de Janeiro da primeira metade do oitocentos. In: GOMES, Flavio; PIMENTA, Tania (Orgs). **Escravidão, doenças e práticas de curar no Brasil**. Rio de Janeiro : Outras Letras, 2016.

SARAIVA, Luiz Fernando; ALMICO, Rita. Raízes escravas da indústria no Brasil. In: MUAZE, MARIANA; SALLES, H. Ricardo. (Orgs). **A segunda escravidão e o império do Brasil em perspectiva histórica**. São Leopoldo: Casa Leira, 2020. p. 93-120.

SHERIDAN, Richard B. Doctors and Slaves. **A medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834**. Cambridge, Cambridge University Press, 1985.

VIANA, I. da S.; GOMES, F.; PIMENTA, T. S. Doenças do trabalho: africanos, enfermidades e médicos nas plantations, sudeste escravista (aproximações). **Revista Mundos do Trabalho**, Florianópolis, v. 12, p. 1-16, 2020.

VIANA, Iamara da Silva. Corpo escravizado e discurso médico: para além da anatomia (1830-1850). **Rev. hist. comp.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 172-202, 2018.

A relação entre o medo, a morte e a epidemia de febre amarela de 1849-50 na Corte Imperial

Marcus Vinicius Rubim Gomes¹

Meu objetivo com este texto é compreender como a epidemia de febre amarela – ou febre reinante, entre outros adjetivos da época – impactou no cotidiano da população da cidade do Rio de Janeiro durante o período da Corte imperial, principalmente nas suas práticas culturais, em especial os ritos de mortes comuns ao período em questão.²

A epidemia de febre amarela atingiu a cidade do Rio de Janeiro principalmente no início de 1850 e foi responsável por significativas mudanças, não só em relação à conduta de políticas sanitárias do império, mas também na organização urbana e nos rituais cotidianos dos moradores do Rio. Mesmo que os estudos da época identificassem características da cidade como favoráveis às epidemias, o Rio de Janeiro ainda não havia sido atingido por uma epidemia dessas proporções. Com isso, a população encontrava-se com medo da doença e da morte e, ao mesmo tempo, incapaz de realizar práticas

1 Mestrando no Programa de Pós-Graduação de História da Ciência e da Saúde da Casa Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ) e bolsista CAPES – E-mail: mviniicusrg@gmail.com

2 Este trabalho é resultado da pesquisa elaborada inicialmente para meu projeto de mestrado, quando me deparei com uma incrível quantidade de fontes possíveis e uma rica historiografia, ambas relacionadas ao tema da morte.

culturais comuns. Esses medos, por sua vez, eram refletidos através dos jornais da época, podendo ser entendidos então como um comportamento coletivo.

Colocando a epidemia de febre amarela no centro do estudo, considerei que outros elementos são fundamentais para a compreensão do cenário e análise do tema. É necessário ter em perspectiva “o que” era a cidade do Rio de Janeiro na metade do século XIX, tanto em seus aspectos físicos como ideológicos e morais. O elemento do medo também deve ser destacado, entendendo os comportamentos e as representações que são definidas a partir dele. E, sem dúvida alguma, a morte tem um papel fundamental, não só por ser o cerne da questão, mas também por todos os elementos que fazem parte de um imaginário fúnebre na população da Corte.

Desta forma, de todas as relações que podemos destacar a partir destes temas, optei por articular a *cidade*, o *medo* e *morte*, de formas separadas, com a *febre amarela*. Acredito que, desse modo, ao mesmo tempo em que criamos uma distância, os pontos de convergências saltam aos olhos, tornando a compreensão mais clara e mais organizada.

A cidade e a febre

Antes de tudo é preciso, de forma sucinta, definir a epidemia da qual estamos falando, pois considero importante nos localizarmos no evento aqui trabalhado. A epidemia de febre amarela atingiu a cidade do Rio de Janeiro na época da Corte Imperial, principalmente nos meses iniciais de 1850, e foi responsável por significativas mudanças, não só em relação à conduta de políticas sanitárias do Império, mas também na organização urbana e nos rituais cotidianos dos moradores do Rio. É relativo ao primeiro aspecto que iremos investigar neste primeiro momento, pois é preciso compreender qual a situação que a cidade do Rio de Janeiro se encontra na metade do século XIX.

Para realizar tal tarefa consideramos pertinente retroceder algumas décadas antes, mais precisamente à chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil que, ao ficar sediada na cidade do Rio de Janeiro, elevou o status do país à metrópole do império português. Quando

em 1808 Dom João desembarcou com sua família e todos aqueles que compunham a Corte, isso não representou somente a chegada de pessoas importantes no território, mas também uma grande entrada de pessoas na cidade, causando uma elevação do fluxo migratório. Essa nova movimentação social estava relacionada à elevação do Rio à sede da Corte mas, principalmente, à chegada de novas ideologias e interpretações do mundo.

A vinda da família real impõe ao Rio uma classe social até então inexistente. Impõe também novas necessidades materiais que atendiam não só aos anseios dessa classe, como facilitam o desempenho das atividades econômicas, políticas e ideológicas que a cidade passa a exercer. A independência política e o início do reinado do café geram, por sua vez, urna nova fase de expansão econômica resultando daí a atração - no decorrer do século - de grande número de trabalhadores livres, nacionais e estrangeiros (ABREU, 1987, p. 35)

Com isso, era necessário adaptar a cidade para receber a corte portuguesa, visto que a cidade possuía cerca de 45 mil habitantes e recebeu mais de 15 mil novas pessoas.³ Neste sentido, foram aplicadas transformações que alteraram as condições urbanas, como reformas de largos, criação de ruas e alargamento de outras. O Rio de Janeiro, enquanto metrópole, deveria apresentar-se como uma sede de corte e de poder administrativo (ENDERS, 2015, p. 92). A Independência do Brasil, em 1822, foi mais um elemento construtor do Rio de Janeiro que investigamos aqui.

A instalação da corte rompeu o equilíbrio da cidade. Em menos de duas décadas, sua população duplicou, alcançando 100.000 habitantes, aproximadamente, em 1822, e 135.000, em 1840. Entre 1808 e 1816, foram construídas cerca de 600 casas no perímetro da cidade, onde os sobrados começaram a suplantam as toscas casas térreas dos tempos da colônia, e 150 nos arredores - chácaras, em sua maioria, para a residência de verão dos senhores e sua numerosa escravaria doméstica (BENCHIMOL, 1992, p. 25)

³ Embora este número seja comumente utilizado nos estudos sobre o evento da chegada da família real, existem estudos que problematizam os dados, considerando exagerado devido capacidade de transporte das frotas portuguesas. Ver: CAVALCANTI, 1997.

Sobre a entrada desta quantidade de pessoas na cidade, podemos destacar dois elementos básicos para este trabalho. Em primeiro lugar, a partir de 1808, a cidade passa ser frequentada e a servir de moradia para uma corte e elite burguesa que não residia anteriormente, ou seja, que trouxeram consigo as suas necessidades espaciais e ideologias. Em segundo lugar, não podemos deixar de mencionar também, os refugiados, os imigrantes e o trabalho escravo na cidade, como aspectos que determinam um problema demográfico no Rio. É a partir deste cenário que podemos discutir e compreender como a população dessa cidade vivia. Estamos falando especificamente sobre a sua situação sanitária até a metade do século, ou seja, interessa discutir as condições de salubridade da cidade, assim como as doenças, precisamente as “febres” que atingiam os habitantes, pois assim podemos de forma precisa entender o que representou uma grande epidemia de febre amarela.

Uma ideia chave é a de uma cidade doente, ou como Chalhoub definiu, uma cidade febril. A insalubridade da Corte imperial era algo discutido na primeira metade do século XIX, devido à atenção dada às moradias e aos pobres pelo setor médico científico no Brasil, que cresciam as condições geográficas e climáticas como problemas que necessitavam de soluções. Sidney Chalhoub demonstra as condições da cidade do Rio no que diz respeito às estruturas, mas principalmente às moradias dos pobres, que seriam “focos de irradiação de epidemias, além de, naturalmente, terrenos férteis para a propagação de todos os vícios”, apontando uma situação de sobrevivência da população diante das condições sanitárias existentes (CHALHOUB, 2017, p. 34). Com isso, o autor aponta a epidemia de febre amarela de 1850 como um ponto crucial para a reformulação das políticas de higiene da cidade (CHALHOUB, 2017, p. 34).

A emergência do discurso sobre higiene responsabilizou os inimigos da saúde pública, que na maioria das vezes eram a população pobre e as suas habitações, identificadas como culpadas ou responsáveis pela doença, estando presente durante o flagelo de 1850. A administração pública, durante as ações contra a doença, escolheu os lugares onde ocorreram as suas interferências; ou seja, esses lugares

foram apontados como prováveis responsáveis pelas doenças ou pelo menos pela propagação delas.

Embora a cidade do Rio não tivesse sido atingida por uma epidemia tal como ocorria no continente europeu, é preciso salientar que esta cidade convivia um quadro de doenças que afligiam sua população. As epidemias destas doenças eram recorrentes,⁴ mas a proporção tomada pela epidemia de febre amarela, ultrapassou qualquer experiência epidêmica anterior. Em trabalho recente, Ricardo Cabral de Freitas demonstra como as febres faziam parte da vida social da população fluminense até meados do século XIX, quando as atenções são voltadas para o medo das grandes epidemias. Desta forma, “cabe observar que a febre amarela consistia em mais uma das manifestações febris que ceifavam vidas por aqui há longo tempo. (FREITAS, 2020, p. 724-725).

querem em resultado saber o que são? (as febres) Essas mesmas febres, que pouco mais ou menos grassam n’este tempo por aqui – quer tragam adjectivo de amarela, verde ou encarnada! E se fossem devastadoras, como faz conta à muita gente apregoar, quaes as medidas que se tem tomado para remover os fócios de miasmas que há na cidade? Por toda a parte se encontram ruas imundas, casas abaixo do nível das calçadas; no bairro da rua da Misericordia, defronte do theatro de S. Januario, onde dizem assistir mais as febres, consentem-se barracas que servem de galinheiros, de chiqueiros de porcos, de esconderijo de mendigos e de tudo quanto há máo (REVISTA..., 1850, n. 48, p 1-2).

O trecho retirado da seção de “Revista Geral”, do periódico *A Marmota na Corte*, em 26 de fevereiro de 1850, quando a epidemia de febre amarela ainda não atingira seu auge, entre março e abril, aponta que a denominação “amarella”, um dos adjetivos para uma das febres, são recorrentes nas quadras da cidade. Fica evidente a falta de ações efetivas das autoridades para o controle da doença, que muitas vezes faziam apelos à população para que não consumissem mais comidas

4 Sobre as epidemias existentes, principalmente no interior da província do Rio de Janeiro, ver: PIMENTA; BARBOSA; KODAMA, 2015.

“grosseiras, ou bebidas alcoólicas e evitar o sol por muito tempo” (RENAULT, 1978, p. 20).

Se as febres faziam parte do cotidiano da cidade, a epidemia de febre amarela não só serviu como um momento de ruptura no modo de tratar a saúde pública, mas também para introduzir no imaginário fluminense o medo das pestes e da morte que outras civilizações haviam presenciado. É comum as doenças serem associadas às punições divinas, mas a reflexão que podemos fazer antes de adentrar na relação entre a febre e o medo é: quais são os comportamentos e representações de doença e morte durante uma epidemia, quando o número de óbitos é maior e ameaça seus entes queridos?

O medo e febre

Compreender a relação entre o medo e a febre é tentar entender o que representa a doença para a sociedade do Rio de Janeiro do século XIX. É possível definir como uma relação de vida e morte, mas não podemos generalizar essa ideia, já que existiam e existem inúmeras visões de morte, além de outros medos quando pensamos em uma doença, como o medo da exclusão e também do inimigo causador do adoecimento. Entretanto, pretendemos nos ater a compreender a representação desse medo da febre amarela e como este afetou o comportamento coletivo da população da cidade do Rio.

Durante toda a história da humanidade, houve registros de períodos em que a população de determinada região sofreu com algum tipo de doença. Quando falamos em doenças epidêmicas no ocidente, nos vem à mente “peste negra” que atingiu o continente europeu no século XIV e que matou um terço da população mundial — segundo a referência do século XVI — durante o seu auge, mas que também atingiu regiões com certa força até o século XVIII. Delumeau reuniu definições e representações do medo na sociedade ocidental (DELUMEAU, 2009). O medo da ira divina, do purgatório, do inferno e do demônio, tudo fazia parte de um imaginário com um propósito definido por uma tradição cristã. Dentro da doutrina da Igreja Católica foram criados inimigos, culpados, o medo do inferno, do purgatório e do além que foram utilizados para a difusão

da religião. Se um grande flagelo atingia os humanos, entendia-se que algo não estava sendo feito da forma correta para Deus.

As doenças se enquadram nestes discursos, principalmente as epidêmicas. Citando o exemplo da peste negra, Delumeau aponta que as principais hipóteses para a ocorrência da “peste” era o sobrenatural— e alguns desses discursos místicos permanecem até hoje. Ainda ouvimos a associação de graves doenças, que vitimizam um grande número de pessoas, como uma “praga”. E é essa ideia de “praga” bíblica, que explica uma epidemia, tal como foram as pragas do antigo Egito do livro do Êxodo, quando Deus exerceu seu poder sobre aqueles que escravizavam o povo hebreu (DELUMEAU, 2009, p. 161).

Uma das imagens comuns de reprodução da “peste” era a de flechas sendo lançadas à população, seja ela dos céus, de seres celestiais ou mesmo pelas representações da morte. Estas visões são fruto do medo e do desconhecido que, ligando-se às causas sobrenaturais, fizeram parte do imaginário religioso dominante da época (DELUMEAU, 2009, p. 168). Neste ponto é possível fazer uma relação, por exemplo, entre a representação de São Sebastião, atingido por flechas, com a cidade do Rio de Janeiro e as doenças que a atingiam. O medo, portanto, é um grande impulsionador de atitudes; até mesmo a ausência do medo tem as suas consequências, como por exemplo se um governo não teme a presença de uma doença em seu território, ele não manterá condutas para evitá-la, o que torna os efeitos mais impactantes.

É por essa ideia de medo que pretendemos compreender os comportamentos na cidade do Rio durante a epidemia de febre, percebendo também que essas visões de medo interferem diretamente nas ações e nos comportamentos da população. É importante ter em mente que, além de reproduzirem essas imagens da peste, a população do Rio sofreu impacto em suas práticas culturais.

Mergulhados na doença e no sofrimento naqueles primeiros meses de 1850, os habitantes da Corte passaram logo a discutir as possíveis causas do aparecimento da febre amarela. Não faltou quem defendesse, nas colunas de jornais diários ou mesmo no Parlamento, a ideia de que o vômito preto era “o anjo da

morte que deus enviou a esta cidade, é o enviado da justiça de Deus”. Segundo “o temente a deos”, a “cólera divina” fora despertada pelos vícios e pecados da população do Rio, e se prologava porque continuavam os espetáculos públicos, festas, bailes etc. durante o desenrolar da epidemia (CHALHOUB, 2017, p. 72).

Challhoub resumiu bem alguns discursos reproduzidos sobre a presença da doença. Estas visões de “horror” nos momentos de epidemia proliferam, principalmente, quando não se conhece as causas e os vetores corretos da doença. A medicina, que na época debatia sobre as teorias contagionistas e anticontagionistas, dependia da aceitação pública sobre as práticas de cura e, em uma população em sua imensa maioria não letrada, resta o imaginário católico e místico, não só para explicar o flagelo, mas também defini-lo. Sendo assim, observamos nos periódicos da época como a presença do “anjo da morte” é representada nos textos levados à público.

Em uma análise feita nestes periódicos, fica evidente o medo da doença, principalmente as visões de uma morte pela febre. No *Jornal do Commercio*, a partir de determinado momento da epidemia, houve uma escalado de homenagens às pessoas mortas na seção “Publicação a pedido”. Não existe uma menção ao motivo do óbito, mas o período coincide com o auge da epidemia, de março a abril daquele ano, além de apresentarem adjetivos que corroboram para a compreensão de uma morte trágica, uma vida “ceifada pelo anjo da morte”.

Neste fragmento da seção de “Publicações a pedido” no *Jornal do Commercio*, em 4 de abril de 1850, o senhor Francisco J. Bittancourt da Silva presta uma homenagem póstuma a seu amigo e artista plástico Marcos Ferrez, demonstrando a sensação da presença da morte e, principalmente, levando em consideração à epidemia que grassava naquele mês.

Funebre e melancólico é o pensamento que nos ocupa, fúnebre e melancólica é a expressão de nossos rostos, e esta expressão é a ostentação do triumpho da morte! Ah como é inexoneravel esse ministro do Eterno! Como é implacável essa sanguínea fouce, que indistictamente fere, tanto a misera choupana do mesquinho pobre, como o soberbo palácio do tyranno monarca (PUBLICAÇÕES..., 1850, n. 92, p. 3).

Mais à frente, no mesmo texto, faz-se alusão à “terrível anathema”,⁵ ou seja, uma maldição lançada aos homens da terra. “Mais uma vida, que deveria ser eterna para ventura da humanidade, ceifada pela foice da morte...” (PUBLICAÇÕES..., 1850, n. 103, p. 3) escreveu um “antigo amigo do Sr. Justino Rodrigue da Silva, falecido no dia 7 daquele mês. Alguns outros termos surgem quando as mortes estão relacionadas à doença, como: “parca” que em seu sentido figurado é sinônimo de morte, mas também tem referência à mitologia grega sobre o destino da humanidade, mesma referência que é feita quando este tipo de morte é chamada de “Átropos”.

Na terceira página da publicação do dia 22 de abril de 1850, do *Diário do Rio de Janeiro*, a seção de “Publicação a pedidos” traz um soneto sobre a “sentida morte” de João Carlos Tourinho Rangel:

Fatal epidemia, atroz, tyranna,
Medonha, pavorosa, inexorável
Inda reinando ostentas de implacável
Dando a morte, o terror, à espécie humana!

Roubaste-nos, cruel, com fúria insana
João Carlos, filho bom, irmão amável,
Amigo tão fiel, tão estimável!!!! ...
Quanto foste avarenta e desumana! [...] (PUBLICAÇÃO..., 1850, ed. 08380, p. 2).



Figura 1: *Diário do Rio de Janeiro*, n. 8387, p. 2, 30 de abril de 1850

5 Anátema - reprovação enérgica; condenação, repreensão, maldição, execração.

A **Figura 1** também foi utilizada em uma “Publicação a pedido”, para lembrar de uma pessoa querida que teve sua vida ceifada pelo anjo da morte. Tanto o Soneto quanto a figura acima, publicada no *Diário do Rio de Janeiro*, tem como objetivo caracterizar a morte pela doença. Para população da época, a febre amarela não tinha uma explicação exata. A tentativa de personalizar a epidemia se configura em comportamento de medo, sendo responsável também pela concepção de que existem inimigos danosos à saúde. E, em determinado momento, o título de “inimigo” recai sobre algumas práticas culturais, principalmente as de morte.

A febre e a morte

Durante a passagem de uma doença com um alto número de óbitos, espera-se que o tema seja debatido não só pela elevação dos índices de mortalidade, mas também pela alteração de ritos pertencentes às culturas cujo momento da morte exige dedicação e preparação, como bem define João José Reis (1991). Em determinadas ocasiões, os processos que envolvem o “bem morrer” são interrompidos; em outros, sofrem alterações. A epidemia de febre amarela em 1850 foi um desses eventos. Se, anteriormente, através da ideia do medo, nós podemos visitar o tema da morte como parte de uma representação da “peste”, agora precisamos investigar a o “morrer” como uma prática pertencente à população do Rio.

Na cidade do Rio de Janeiro, o bem-morrer estava muito ligado às igrejas e as irmandades. As irmandades, possuindo ou não um edifício próprio, dedicavam-se, principalmente, a zelar pelo irmão morto. Era sua função dar os “sufrágios” necessários ao “confrade”, para que a alma do indivíduo fosse “gozar da bem-aventurança”, ou seja, fosse salva. As igrejas representavam o sagrado, e os enterramentos eram feitos dentro das mesmas ou em um terreno contíguo, um cemitério da irmandade. Quanto mais próximo do sagrado o sepultamento fosse, melhor. Os mortos coabitavam a cidade com os vivos com os cemitérios incorporados as igrejas espalhadas pela cidade (ARIÉS, 2014, p. 43-44).

Parentes, amigos, irmãos de confrarias e vizinhos acompanhavam no quarto dos moribundos seus últimos momentos e, a partir do século v, os enterravam nas igrejas que frequentavam ou em cemitérios contíguos absolutamente integrados à vida da comunidade. Cemitérios, que embora contra leis municipais e decência religiosa, frequentemente serviam como local para pastagem de animais, feiras, bailes, jogos, atalhos, depósito de lixo, sanitário público, namoros clandestinos e morada de mendigos (REIS, 1991, p. 73).

“A boa morte significava que o fim não chegaria de surpresa para o indivíduo, sem que ele prestasse contas aos que ficavam e também os instruisse sobre como dispor de seu cadáver, de sua alma e de seus bens terrenos” (REIS, 1991, p. 92). Em períodos de epidemia, tal como a estudada nesta pesquisa, existe a impossibilidade de praticar os rituais da morte, principalmente por determinações administrativas para conter o avanço da doença, como a regulamentação dos cemitérios das igrejas e da prática do sepultamento.

Desde o início do século XIX, já havia discussões sobre malefícios dos cemitérios e dos sepultamentos dentro das igrejas e a teoria miasmática apontava estes espaços como grandes produtores dos ares causadores de doenças. A chegada da epidemia no final de 1840 e seu rastro durante os primeiros meses 1850 puseram, então, as práticas de enterramento como inimigos da saúde pública.

A passagem da doença impulsionou o discurso dos higienistas contrários aos sepultamentos dentro de igrejas e em suas adjacências, o que posteriormente forçou a criação de cemitérios “fora” da cidade, como analisado por Claudia Rodrigues (1997). Porém, os impactos também foram na vida da população, que viram práticas fúnebres serem interrompidas momentaneamente para a contenção da doença, ou pela gravidade da mesma, sendo que algumas dessas mudanças se tornaram permanentes.

Na Corte, durante a primeira metade do século XIX, consolidava-se, portanto, entre as autoridades médicas e políticas e entre alguns elementos da população, o medo da contaminação dos vivos pelos cadáveres sepultados no interior das igrejas ou em cemitérios próximos as residências. Apesar de tudo, as medidas legais, que agiam no sentido de extirpar este medo justificável, a partir da criação de cemitérios públicos, não foram levadas a cabo. Só com o aparecimento

da epidemia de febre amarela, em 1850, com seus drásticos efeitos, é que tais cemitérios seriam realmente estabelecidos e os enterramentos deixariam de ser feitos nas igrejas (RODRIGUES, 1997, p. 103).

O resultado desta atenção voltada às práticas de enterramento, por causa da presença da doença, foi a regulamentação de algumas atividades ligadas a morte e ao “bem-morrer”. No dia 14 de fevereiro de 1850, a Câmara Municipal da cidade, sob a tutela de uma portaria da Secretária de Negócios do Império, passou a adotar medidas para frear o avanço da doença. Vejamos que as informações sobre a epidemia já eram conhecidas, pois grassava a Bahia meses antes, e ainda em dezembro registrou-se o primeiro caso da “amarella” chegando pelo porto da cidade; entretanto, somente em meados de fevereiro atitudes mais contundentes começaram a serem tomadas:

1ª. Ficão proibidos multiplicados enterros em uma só igreja.

2ª. A comissão medica de cada freguesia visitará as igrejas dela, para examinar se nas inhumações se guardão as regras prescritas, se o seu número está em relação com o das sepulturas, ou se se fazem exumações extemporâneas.

3ª. Ficão absolutamente proibidas, por ocasião dos enterros, as arações que costuma fazer dentro e fora das casas, evitando-se assim a impregnação e transporte dos miasmas.

4ª. As encomendações se farão nas casas dos falecidos, e os cadáveres serão conduzidos sem demora em caixões, feitos todos de madeira, e hermeticamente fechados.

5ª. É igualmente proibido que se fechem as casas durante os dias de nojo, devendo ao contrário conservarem-se abertas as portas e janelas ara haver maior ventilação. [...] (EDITAES, 1850, n. 52, p. 3).

Como visto acima, estas cinco providencias têm por objetivo interferir nas práticas de morte que consideravam malignas à saúde pública. Junto com estas cinco referentes acima, existiam mais três: uma regulando o despejo de resíduos nas ruas; outra regulando as áreas de deposito de animais; e uma última ordenando a lavagem de cavalariças e cachoeiras. Ou seja, das 8 provisões para frear as mortes da epidemia, mais da metade eram destinadas ao controle das atividades que compõe o cenário do “morrer” na cidade do Rio. Além de fiscalizar os enterramentos nas igrejas, regulou-se a condução dos

caixões, as encomendações, as armações nas casas desses mortos e também o luto.

Em 4 de março, um regulamento sanitário fortaleceu as provisões ditadas no dia 14 do mês anterior e passou a regular com mais eficácia os costumes fúnebres, inclusive proibindo o sepultamento no interior das igrejas e os dobres dos sinos (RODRIGUES, 1999, p. 64). Claudia Rodrigues, em grande obra, deixa claro como a presença da epidemia afetou os registros de óbito da cidade do Rio, destacando os dados sobre as encomendações, as sepulturas, os sacramentos e as mortalhas (RODRIGUES, 1997).

Para nós é interessante pensar a reação da população. Seguimos o pensamento de que, para os habitantes da Corte, embora convivessem com as febres incomodando a saúde da cidade, a epidemia de febra amarela foi catastrófica. A morte estava mais presente do que outras vezes, com o “anjo da morte” sobrevoando e ceifando vidas sem olhar a quem, embora os dados e relatos demonstrem uma maior mortalidade entre os imigrantes europeus (CHALHOUB, 2017, p. 82). Além disso, os discursos médicos apontavam os problemas sobre os miasmas provenientes das igrejas devido à prática de sepultamento em seu interior, mesmo que esses costumes fossem fomentados na sociedade luso-brasileira. Portanto, seguimos com uma pergunta: qual a posição da população neste contexto?

Um leitor do periódico *O Grito Nacional* chama de “proibição criminosa, judaica, e atheista” as proibições de um “governo Phariseo” (O GOVERNO..., 1850, n. 150, p. 1). O mesmo ainda se mostra relutante em aceitar que um indivíduo seja privado, no momento da morte, das consolações que a religião católica prove. Ou seja, ser privado de uma “boa morte”. Na mesma publicação, mais a frente, a reclamação continuam:

Providencia irreligiosa como barbara e absurda foi à que proibiu as encomendações dos finados nas Igrejas! O governo vedando os dobres de sinos, e as armações parecia ter em vista subtrair dos olhos do público as repetidas scenas de luto, e morte, e d'est'arte atenuar o seo terror; e como pois encontrando a mente de tão salutar disposição ordena o governo, que as encomenações sejam feitas na casa mortuária tirando-lhes todo prestigio do Culto Devino, sem

atentar o perigo, que d'ahi resultara; pois a epidemia ferando-se n'uma casa accomette à todos, e assim pois n'ella houvesse um falecido, os doentes à quem deve-se ocultar semelhante infortúnio, serão levados ao último gráo de terror em consequência de tão desastrada a insensata medida (O GOVERNO..., 1850, n. 150, p. 3).

Nas reações acima, percebemos inúmeros elementos que foram discutidos neste trabalho. Fica nítida a importância dos costumes fúnebres de uma boa morte, assim como fica evidente o medo da “terrível epidemia” e os sentimentos que ela provoca, seja pelas mortes dos entes queridos, como até mesmo o escutar dos sinos. Num contexto de epidemia de febre, o tema da morte se faz presente nos principais debates públicos, seja pela alta mortalidade, seja pelo luto ou pelas práticas enraizadas na população que sofrem algum tipo de impacto.

Considerações finais

A epidemia de febre amarela e as determinações para conter o avanço da doença não só inviabilizaram a prática de algumas etapas de uma “boa morte”, como também serviram para impulsionar o discurso que entendiam os enterramentos dentro de igrejas como um problema de higiene pública, o que mais tarde resultou na formação dos cemitérios extramuros. Diante de tal cenário, a população encontrava-se com medo da epidemia e da morte, ao mesmo tempo em que estava incapaz de realizar o “bem morrer” diante das alterações de importantes costumes. Ficou claro nos discursos de medo a presença de figuras culpadas pelas mortes e pela doença e, quando acrescentamos o discurso médico da época, surgem outros inimigos, como por exemplo os cemitérios e as práticas de morte.

Percebemos também que o medo impulsionou as medidas sobre os costumes fúnebres. Quando analisamos essas três partes da relação com a febre amarela em 1850, percebemos que na verdade elas estão ligadas nos discursos. A transformação da cidade e o surgimento de novas instituições médicas e ideias sobre saúde pública, tendo em vista a necessidade sanitária, criou culpados durante a epidemia,

que se mesclam às representações da doença e da morte por ela. Este comportamento se choca na impossibilidade de executar tradições que, segundo a religião daqueles indivíduos, levariam conforto às almas.

Referências bibliográficas

ALENCASTRO, Luiz Felipe de (org). **História da Vida Privada no Brasil Império: a Corte e a Modernidade Nacional**. v. 2. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. O mundo dos mortos no cotidiano dos vivos: celebrar a morte nas Misericórdias portuguesas da época moderna. **Comunicação & Cultura**, n.º 10, pp. 101-114, 2010.

ARIÉS, Philippe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora Unesp: 2014.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Pereira Passos: um Haussmann tropical** - a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. vol. 11, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Coleção Biblioteca Carioca, 1992

BURKE, Peter. **O que é a história cultural?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

CAVALCANTI, Nireu de Oliveira. **A cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro: as muralhas, sua gente, os construtores (1710-1810)**. Tese de Doutorado. IFCS/ UFRJ, Rio de Janeiro, 1997.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Cia. das Letras, 2017.

CHARTIER, Roger. **A história cultural: entre práticas e representações**. Rio de Janeiro: Difusão Editora, 2002.

DELUMEAU, Jean. **História do medo do ocidente (1300-1800): uma cidade sitiada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

EDITAES. **Jornal do Commercio**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 3, 1850.

EDLER, Flavio Coelho. **Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora, 2011.

ENDERS, Amelle. **A História do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2008.

FREITAS, Ricardo Cabral de. Ardentes trópicos: febres e saúde pública no Brasil joanino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.723-740 jul.-set. 2020.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A saúde pública no Rio de Janeiro imperial. In: PORTO, Ângela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; COSTA, Renato da Gama-Rosa (Orgs.). **História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)**. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 2008.

GONÇALVES, Monique Siqueira. A morte anunciada: o papel da imprensa durante a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro em 1850. **Revista DiáLogos**, Edição especial, Rio de Janeiro, jan-dez 2004.

KODAMA, Kaori, Antiescravismo e epidemia: “O tráfico dos negros considerado como a causa da febre amarela”, de Mathieu François Maxime Audouard, e o Rio de Janeiro em 1850. **História, Ciência e saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol.16, n. 2., pp. 515-520 abr-jun 2009.

LE GOFF, Jacques. **As doenças têm histórias**. Lisboa: Terramar, 1997

O GOVERNO e a epidemia reinante. **O Grito Nacional**, Rio de Janeiro, n. 150, p. 1-3, 1850.

PIMENTA, T. S.; BARBOSA, K.; KODAMA, K. A província do Rio de Janeiro em tempos de epidemia. **Dimensões**, vol. 34, p. 145-183, 2015.

PUBLICAÇÃO à pedidos. **Diário do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, ed. 08380, p. 2, 1850.

PUBLICAÇÕES a pedido. **Jornal do Commercio**, Rio de Janeiro n, 92, p. 2, 1850.

PUBLICAÇÕES a pedido. **Jornal do Commercio**. Rio de Janeiro, n. 103, p. 3, 1850.

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

RENAULT, Delso. **O Rio de Janeiro: a vida da cidade refletida nos jornais: 1850-1870**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

REVISTA Geral. **A Marmota na Corte**, Rio de Janeiro, n. 48, p. 1-2, 26 fev. 1850.

RODRIGUES, Claudia. **Lugares dos mortos na cidade dos vivos**: tradições e transformações fúnebres na Corte. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Divisão de Editoração. Coleção Biblioteca Carioca, 1997.

RODRIGUES, Claudia. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-1850) **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, VI(1), pp. 53-80, mar.-jun. 1999.

Cólera no Grão Pará: gentes de cores, mortalidade e homeopatia como alternativa de cura

Túlio Brenno Brito de Sousa¹

INTRODUÇÃO

Este capítulo surgiu a partir das discussões durante as aulas da disciplina “Raça, Ciência e Sociedade no Brasil” ofertada pela Fiocruz e ministrada pelo prof. Dr. Marcos Chor Maio, cujo objetivo da disciplina é explorar os enfoques mais representativos a respeito do conceito de raça, do final do século XIX até o início do século XXI. O enfoque das aulas fomentou a dúvida e a análise de trechos da minha dissertação de mestrado, onde eu falo sobre a atuação da homeopatia no Pará, bem como o conflito com a alopatia. Buscando entender melhor a questão da grande mortalidade de escravos, ex-escravos, indígenas e mestiços durante a epidemia de cólera no Estado do Pará.

A cólera é uma doença bacteriana cuja infecção se dá pela ingestão de água ou alimento contaminado. As notícias dos sintomas da doença e a devastação que ela trazia ao indivíduo e aos países que a enfrentavam, amedrontavam a população brasileira antes mesmo da chegada da doença no país. Tanto que quando anunciada os primeiros casos em solo brasileiro, uma junta médica se propôs a

1 Mestre em História Social da Amazônia- UFPA. Doutorando em História das Ciências e da Saúde - Coc/Fiocruz. Email: tlio_brenno@yahoo.com.br

negar a existência da doença para não promover pânico na população, contudo, essa estratégia culminou no atraso ao enfrentamento do pequeno surto de cólera, tornando-o em uma verdadeira epidemia no Brasil.

Em maio de 1855, após a chegada do navio *Galera Defensor* em Belém, que partiu de Portugal e a priori trazia novos colonos para o país, trouxe também nos seus cômodos um passageiro indesejado, que no local de origem da embarcação já fazia dezenas de vítimas. Os registros oficiais apontavam, pelo menos, 36 passageiros contaminados com cólera, a princípio o *Galera* ficou isolado a espera de médicos para confirmarem o diagnóstico, um médico que atuava como inspetor local liberou a embarcação ao afirmar que a doença em questão que atingia os tripulantes da embarcação não era o cólera. Logo após, os casos se alastraram por Belém, se espalhando por diversas províncias do Norte até se espalha pelo país inteiro (KODAMA, 2012).

Essa nova epidemia ao qual o país passava, se dava pouco tempo após de uma outra: a febre amarela. O enfrentamento do cólera se dava a partir das mudanças na forma como o Estado lidava com a saúde pública, onde passou a ser mais atuante, com uma preocupação maior com a questão sanitária, bases que seriam mais incrementadas no decorrer do século XIX (KODAMA, 2012). A tática que deu certo no enfrentamento da febre amarela, foi implementada também durante o cólera com a perspectiva de alcançar o mesmo êxito, a incrementação das Santas Casas de Misericórdia e a criação de juntas de higiene públicas fomentaram as ações do Estado no combate à doença.

A cólera chegava em um momento muito caro para o país, se enfrentava uma pressão para o fim do tráfico negreiro no Brasil, algo que já era adotado por diversas potências mundiais modernas, como a Inglaterra. O Império brasileiro passava por mais uma crise que teria que contornar, a crise de saúde junto com a crise política, contudo, as medidas tomadas possibilitaram uma maior estabilidade da política hegemônica das classes conservadoras brasileiras, consolidando a política imperial, e dando bases a saúde pública no Brasil Oitocentista (MATTOS, 1987).

Fora do âmbito da saúde, o fim da escravidão representava um momento de muita discussão para os políticos e as elites brasileira, a adesão do fim do tráfico negreiro em 1850 e o eminente fim da escravidão abria a indecisão do que se fazer com a mão de obra africana que passaria a ser um agente livre na nação (MATTOS, 1987). As mudanças nas políticas de saúde no Brasil, influenciadas com as crises epidêmicas da febre amarela e do cólera junto com as políticas abolicionistas, evoluíram o debate médico para além da saúde do indivíduo e que passava a retratar a higiene do estado como simulo de controle das enfermidade e a modernidade, essas políticas foram as bases que fomentaram os tratados eugênicos no país, que visavam acima de tudo uma regeneração da sociedade brasileira, excluindo raças tidas como inferiores, como a indígena, negra e mestiça, em detrimento da branca.

Mesmo com o avanço das políticas abolicionistas, o Estado brasileiro buscava meios de legitimar a perseguição aos recém libertos com intuito de os reintegrar a um sistema de já mostra sinais de desgaste e que o acabará de sair. Se tornava comum encontrar inqueritos onde libertos eram reconduzidos a escravidão por não conseguirem comprovar a sua liberdade, ao serem presos lotavam os porões das delegacias dos estados, e caso ninguém reclamasse a sua posse, poderiam ser transformados em trabalhadores do estado, tendo em vista que só a detenção dos indivíduos traria prejuízos aos cofres públicos (CHALLOUB, 2012).

Essa estratégia mostrava como esses corpos negros não eram vistos como cidadãos, e sim, eram vistos como ferramentas de trabalho, uma vez livres, eles apresentariam poucos benefícios para as elites, além de representarem problemas para o poder público, com seus cortiços e o entendimento que não eram suscetíveis para o trabalho, nesses moldes, surgem políticas de branqueamento da população brasileira.

No âmbito da saúde, quando se fala da saúde escrava a produção historiográfica é escassa, tal como a produção de teses médicas eram feitas sobre essas populações, esse fato traz a falsa sensação que os escravos eram desassistidos e não possuíam qualquer cuidado

quando se encontravam enfermos, contudo, há alguns trabalhos historiográficos recentes que refutam essa ideia. Apesar das poucas teses, haviam diversos manuais que tratavam da saúde dos escravos, tendo em vista que a manutenção da saúde do mesmo representava trabalho, perder um escravo para uma doença representava para os senhores a perda de uma propriedade (PIMENTA et al, 2018).

Outro fator importante é analisar o conhecimento sobre práticas médicas que essas populações africanas traziam consigo. Tanto era procura por práticas de cura alternativa que se criou uma espécie de autorização concedida pela Fisicultura-mor entre 1808 a 1828, para alguns curandeiros atuarem com algumas práticas de cura. (PIMENTA et al, 2018) A grande procura por tratamentos nos curandeiros não era um reflexo da pouca quantidade de médicos disponíveis no Império, e sim se tratava de uma escolha dos africanos em se tratar com praticos de cura que entendiam e utilizavam uma prática mais espiritualizada, entendendo que a saúde e a doença poderiam ser manipuladas e por espíritos (SLANES, 1991).

As populações escravas durante as epidemias que passavam pelo solo brasileiro não eram totalmente desassistidas, no entanto, essas mesmas populações por falta de condições de trabalho e higiene, eram expostos a todos os tipos de enfermidades. Uma doença como cólera, que se alastra justamente a partir do consumo de água ou alimento contaminados, teria na população negra um fator mais fácil de infecção e dessa forma de vitimar o infectado. O trabalho não tem a intenção de mostrar que a população negra, indígena e mestiça não são biologicamente mais afetadas pelo cólera, mas sim, mostrar que a vulnerabilidade social ao qual esses grupos se encontram, os expõem mais a enfermidade. Este trabalho, buscará através da análise de fontes de jornais, números de óbitos e referências bibliográficas conduzir o entendimento que o cólera foi uma doença que atacou mais fortemente a população negra no estado do Pará.

Gentes de cores e mortalidade

Durante a epidemia de cólera foi notório a maior quantidade de mortos entre as populações escravas e pobres, em âmbito nacional, fatores como alimentação, habitação, condições de trabalho e, sobretudo, higiene influenciaram para o estabelecimento desse número. Kodama et al (2012), ao analisar os lastros da epidemia no Rio de Janeiro, destrincha a tese de doutorado do médico João José da Silva, ao qual tratava dos motivos que levavam a maior suscetibilidade dos escravos a morrerem de cólera. Entre os vários fatores se “sobressaíam o clima quente e úmido, as variações atmosféricas e as habitações em lugares baixos, mal-arejados, pouco espaçosos e de alta concentração humana.” Além ainda da “falta de asseio, a miséria, as “privações de todo gênero”, o abuso de bebidas alcoólicas, a alimentação de má qualidade e os trabalhos rudes.” (KODAMA et al, 2012, p. 63). O médico ainda constata que essas são características dos mais pobres, e que esse quadro se espalhava pelo Brasil.

Na tese o médico faz crítica ao pouco tratamento oferecidos aos escravos, além de apelar para a moral cristã, clamando pela alma dos cativos, o médico ressaltava a questão do fim do tráfico negreiro e o elevado preço das “peças humanas”, recomendando o melhor tratamento para preservar a vida humana e a ferramenta de trabalho. Kodama et al (2012, p. 64) completa que devido a isso era comum se encontrar nos jornais cariocas enunciados com dicas para prevenir e cuidar da população escrava, incluindo, uma nota do presidente da Junta Médica do Estado à época, o dr. Francisco de Paula Cândido, que entre outras recomendações, se dirigiu diretamente aos fazendeiros que estavam distante da estrutura da Corte, para que tivessem cuidados com a alimentação, agasalhos, as acomodações da senzalas e até mesmo que se evitasse que os escravos trabalhassem por muito tempo perto de leitos de rios e a pântanos.

Nota-se que apesar da população escrava está às margens da sociedade, havia certa preocupação acerca do seu bem estar, contudo, a preocupação não se direcionava a vida humana, e sim sobre a ferramenta de trabalho e o prejuízo do senhor em perder

um patrimônio. No Pará o cenário será bem parecido, a população escrava será a mais atingida durante a epidemia.

Beltrão (2004, p. 262), ao analisar o número de enterros em um tradicional cemitério da capital paraense constata que houve enterros de escravos no local, sendo identificado o número total de 342 óbitos por cólera de escravos, que pertenciam em vida acerca de 264 senhores. Ao comparar o número de mortes pela doença com relação a sua classificação étnica² a autora chega ao número de 1.035 almas, sendo divididas 184 brancas; 55 caboclas; 108 cafuzas; 9 indígenas; 54 mamelucas; 153 mulatas; 30 pardas; 301 pretas, 141 tapuias (BELTRÃO, 2004, p. 264). A análise dos números mostra a predominância de gentes de cores entre as vítimas no recorte do cemitério analisado, seja ela escrava ou livre, os números são extremos em comparação ao número de óbitos na população branca. Todavia, esse número pode ser ainda maior, principalmente em relação aos escravos mortos, tendo em vista que não eram todos os senhores que buscavam enterrar os seus cativos.

Esse número alto evidenciou a disparidade de condição de vida das classes sociais e mostrou que quanto mais pobre mais sujeito a infecção da doença. A razão do número alto de mortes entre as gentes de cores também se dá pela insuficiente resposta da Província do Grão-Pará que investiu pouco em políticas de socorro público, e dessa forma, deixou essa população a sua própria sorte para escapar da doença. Essa omissão pública que se traduzia pela falta de profissionais de saúde, pela falta de postos de tratamentos de socorros públicos, a baixa distribuição de remédios e alimentos aos enfermos custaram a vida de centenas de pessoas que sem a ajuda do estado não puderam sobreviver (BELTRÃO, 2004, p. 266).

No meio desse amontoado de mortes, principalmente de gente pobre, se fica a dúvida, se as elites paraenses teriam se utilizado da epidemia para promover uma limpeza étnica no Estado? Seria ainda mais tenebroso pensar que a omissão do poder público e o deixar

² Vale ressaltar que a autora alerta que não são todos os formulários de óbitos que guardam as informações sobre a classe econômica e a cor do indivíduo, podendo o número ser maior que o que o estudo apresenta.

morrer dessas gentes seria uma represaria ao movimento cabano³ que teria eclodido cerca de 10 anos antes? De toda forma, a omissão do Estado resultou em uma espécie de limpeza étnica, que entre o ônus de também se perder brancos e estrangeiros vindos da Europa, o número estrondoso de pobres e gentes de cores pode ter sido um bônus.

A capital só conseguiu sair da crise epidêmica que ela mesma se pós a partir da revolta de alguns ao verem nos mortos os rostos dos seus, a crescente mortalidade somente em certas classes sociais fizera com que se revoltassem. O assistencialismo aos mais pobres também foi muito importante no período, a ajuda de profissionais da saúde, sejam eles alopatas ou homeopatas, foi determinante para o salvar de vidas, além deles, práticos de cura alternativas populares também foram importantes, benzedeiras, rezadores, curandeiros e entre outros foram pontos de escape para os que mais necessitavam (BELTRÃO, 2004, p. 267).

A crise epidêmica também afetou as normas sociais da capita paraense, no sentido de tentar controlar o avanço da doença, as autoridades sanitárias e clericais, tendo em vista que a doença ganhou um contorno religioso, acredita-se que os enfermos eram pecadores que estavam pagando pelo seu mal, acompanhavam de perto as casas dos enfermos e fiscalizavam a remoção dos corpos, o velório e os horários de enterro das vítimas. A fiscalização trouxe o descontentamento da população mais pobre, uma vez que havendo uma morte na sua residência, essa deveria passar por fumigação e precisava de ser evacuada e fechada, além de serem proibidos velórios e cortejos fúnebres. Essa norma social deixava a população ainda mais exposta, pois além de perder um ente querido, perdia-se por um tempo a sua moradia, até que o poder público entendesse que a casa era segura. (BELTRÃO, 2004, p. 272 e 273).

3 Cabanagem ou Guerra dos Cabanos foi uma revolta ocorrida entre 1835 a 1840 na antiga província do Grão-Pará (atualmente Pará, Amazonas, Amapá, Roraima e Rondônia). Esse movimento teve como causa a extrema pobreza pela qual a região passava e o abandono político após a Independência do Brasil.

Os interesses da Província do Grão-Pará foram ainda mais afetados pela epidemia, se o recurso na capital já era escasso, nos interiores era quase inexistente, a falta de remédios e de recursos levou a morte um número grande de pessoas. Tanto que o delegado de polícia de Vigia⁴, o dr. José Estevam Ferreira, informava em ofício:

A terrível peste [cólera] lavra e ceifa a população desta cidade [Vigia], que entregue a si mesma, desamparada de socorros da Província apresenta um quadro horroroso e aflitivo. A classe pobre da sociedade tendo contra si aquela sensível falta de ajuda, há necessidade de meios de subsistência, por isso rogo a V. Excia. que se digne por compaixão destes infelizes alguma quantia para este fim (Apud, Beltrão, 2004. p. 273 e 274).

A partir do relato do delegado fica evidente quem são as principais vítimas da epidemia e a falta de recurso e empenho do governo em acudir essa população deixa ainda mais evidente a política de limpeza étnica e social da doença. Outro pedido de ajuda que deixa ainda mais evidente o caráter de limpeza étnica da epidemia no Pará, vem do município de Óbidos⁵, do também delegado João Valente do Couto que em ofício para os superiores da Capital do Estado alertava sobre a diminuição do contingente da polícia no município devido a epidemia, contudo, a doença teria facilitado o extermínio do Quilombo do Trombetas, que há muito tempo se tentava destruir:

“[...] creado há mais de 50 annos, que existia como encantado e inacessível a todo o individuo que não fosse negro evadido a seu senhor, hoje está devastado e acessível as diligencias que o Governo queira lá mandar (Apud Beltrão, 2004, p. 274).

O relato do delegado de Óbidos é forte e mostra como o caráter de limpeza étnica da doença era real na Província do Grão-Pará, sendo utilizada inclusive como estratégia de ataque para um quilombo,

4 Vigia, também chamada de Vigia de Nazaré, é um município brasileiro do estado do Pará, pertencente à Zona Fisiográfica do Salgado.

5 Óbidos é uma cidade do interior do Pará, estando localizada cerca de 781 km da capital Belém.

fica cada vez mais claro que não houve somente uma tentativa de implementar uma política eugênica, como também houve uma tentativa de genocídio. No tópico a seguir será trabalhado a questão do resgate social desses enfermos e as polêmicas entre alopatas e homeopatas acerca da doença.

HOMEOPATIA E O CÓLERA

Apesar do empenho das autoridades públicas para conter os avanços da epidemia de cólera no Brasil, junto de práticas higiênicas e com avanços médicos, se percebeu pelo país uma grande preferência, entre as classes mais pobres, por tratamentos alternativos. No Recife, por exemplo, a prisão de um curandeiro, chamado Pai Manoel, sob as acusações de ser responsável direto pela morte de dezenas de contaminados pelo cólera, gerou revolta e protestos dos moradores da cidade, o curandeiro tratava majoritariamente a população negra da região, a sua prisão que possuiu, de certa forma tom político, levou a população as ruas acusando os médicos e o governo de tentarem eliminar as gentes de cores do estado (KODAMA et al, 2012).

A homeopatia também ganha bastante destaque nesse período epidêmico em todo solo nacional. O seu tratamento espiritualizado logo trás semelhanças com as práticas de cura africanas, fazendo com que a prática médica assuma um caráter popular, além disso, os médicos homeopatas, desde a chegada da prática médica no país, vão assumir um viés de assistencialismo que se tornará marca da prática no Brasil. Contudo, o trabalho da homeopatia não foi fácil, tendo em vista aos constantes embates que os praticantes da homeopatia terão com a alopatia.

Segundo Beltrão (2004, p. 271), ao se falar sobre artes de curar no recorte da epidemia de cólera, deve se entender todo um contexto de uma busca por afirmação das práticas médicas no país, incluindo a alopática, o período ainda guardava a medicina científica como fora do campo hegemônico e que buscava o seu espaço de atuação tanto quanto a homeopatia, por exemplo. Claro que é preciso enaltecer o trabalho da alopatia, que no contexto se traduziu como medicina oficial, mesmo que ainda não houvesse um discurso médico

homogêneo, visto a divisão entre os contagionistas e os infeccionistas, o seu espaço de destaque na elaboração de políticas de saúde pública não pode ser descartado. Do outro lado, a atuação dos homeopatas também serviu como um momento de afirmação e teste da prática no país, a crise epidêmica trazia o cenário perfeito para a medicina de Hahnemann conseguir o seu espaço na sociedade, e foi justamente o que os seus praticantes o tentaram fazer.

Não é à toa que os primeiros relatos de tratamentos homeopáticos no Pará surgem exatamente em um momento de crise de saúde pública, em que a população padecia por outra doença: a cólera. Beltrão mostra fontes ligadas a médicos e medicamentos homeopatas desde os anos de 1855, médicos estes totalmente atuantes dentro da crise que se instalava na sociedade paraense. Preocupados em prescrever fórmulas farmacêuticas em jornais para o combate ao mal da cólera, muitos médicos optavam por não se assumirem como homeopatas. Há como encontrar a presença da homeopatia na lista de remédios recebida e encaminhada pela Comissão de Socorro ao interior do Pará, devido à grande demanda de pacientes e o pouco continente médico, seria impossível que todos fossem atendidos. Há também a presença de leigos que se utilizam da homeopatia para tratar enfermos (BELTRÃO, 1997).

A homeopatia teve nesse período um papel fundamental no tratamento dos pacientes que estavam com cólera, contudo, o que chama atenção é que a maioria que utilizava essa filosofia de cura eram leigos, sem diploma médico, muitos entravam em contato com a homeopatia através de livretos que ensinavam os princípios da prática; dentre as características que mais chamavam a atenção dos leigos e dos enfermos, era o fato de os medicamentos homeopáticos serem testados em indivíduos sãos, sem apresentar efeitos diversos aos mesmo, esse fator dava uma segurança ao enfermo, cujo o corpo já havia sido bem castigado pela doença, um tratamento sem muitas complicações chamava atenção naquele momento. Apoiando-se em manuais de tratamentos, os leigos tratavam os pacientes que estavam contaminados pelo cólera, um exemplo é um guia de *Tratamento*

Homeopathico do Cholera-Morbus publicado no Jornal do Commercio do Rio de Janeiro:

Medicamentos utilizados: Veratrum, Arsenico, Ipecacuanha, Helleboro Negro, Nux Vomica.

Dinamização adotadas: de 1^a. A 5^a. E de 5^a a 20^a., dando preferência de 1a. a 5a.

Recomendações:

Sintomas iniciais: peso na cabeça, opressão no peito, dormência das pernas, rugidos no ventre, pulso acelerado, vertigem, náuseas, e extremidades arrefecidas.

Medicamento: Veratrum

Posologia: 1 gota em uma onça d' água dividida em 4 partes de 1 em 1 hora.

Cuidados: recolher-se à cama e agasalhar-se com cobertores de lã.

Agaravamento dos sintomas: diarréia biliosa, matéria branca, suspensão das urinas, grande resfriamento, voz alterada e sumida, pulso fraco, fisionomia descomposta, e dores violentas no epigástrico.

Medicamento: Arsenico.

Agudização dos sintomas: extremidades azuladas, frias e enregeladas; face encarquilhada e cor de chumbo; olhos encovados, voz suprimida; colapso geral; evacuações cerro mucosas, corpo coberto de suor glacial, e sintomas de morte.

Medicamento: Strychnina. (Jornal do Commercio. Publicações a Pedidos. N. 199, 20 de julho de 1855).

O guia descreve os sintomas de forma detalhada e simples, sem uma linguagem técnica e científica, fazendo-se entender por todos que fosse letrados, mostrando a estratégia da homeopatia em ensinar sobre a sua prática, além disso, nota-se também a indicação de qual remédio utilizar e até mesmo a dosagem certa do remédio.

Todavia, durante a epidemia de cólera surgirá uma polêmica e um foco de conflito entre médicos alopatas e homeopatas, envolvendo um médico alopata, o dr. Francisco da Silva Castro, que era Presidente da Comissão de Higiene Pública do Pará, e um médico homeopata do Rio de Janeiro, o dr. Maximiano Marques de Carvalho⁶. O conflito

6 O dr. Maximiano Marques de Carvalho, vai ter papel fundamental na implantação das bases homeopáticas em solo brasileiro, ele irá participar da campanha que fundamentará a abertura do Instituto Homeopático do Brasil (1843) e a primeira Escola Homeopática do Brasil (1845).

teria começado quando o dr. Silva Castro enviou um ofício para o presidente da Junta de Higiene Pública do Rio de Janeiro, o dr. Francisco de Paula Cândido, em 17 de julho de 1855, falando sobre a homeopatia e como ela não tinha efeito algum sobre o surto da cólera (BELTRÃO, 1997).

A homeopathia, isto he a doctrina medica, qui a pour base les infiniment petits, pour but l' impossible, et pour resultat la nallité, como publicamente sustentei em 1837 em huma thèse, não tem desta vez recolhido ovações pela imprensa. Hum ou outro entusiasta ou fanático he, que se tem medicado por semelhante systema. Não posso afiançar ao que seja devido este descredito da invenção d' Hanhemann; parece-me porém que provém do dezengano, que o povo tem recebido a respeito da teoria de hum systema, e do medo que dele se apoderou para de livre vontade se deixar morrer ás mãos de engenhosas idealidades. (Jornal do Commercio. Publicações a Pedidos. N. 199, 20 de julho de 1855).

O ofício, também publicado no jornal Treze de Maio, traz a fala do alopata acerca da homeopatia, para ele, a homeopatia até poderia trazer a cura entre uma e outra doença específica, mas a sua ação contra a cólera era nula, trazendo certo desengano ao povo. Ele também reitera que desde 1837 já havia apresentado uma tese sobre a homeopatia, que não teve a mesma ovação da imprensa como a homeopatia estava tendo naquele período, o que é curioso é o fato de o doutor utilizar para definir o que é a homeopatia uma frase em francês, além disso, ele já fazia referências a homeopatia, antes mesmo do período que marca a chegada no Brasil, através do dr. Benoit Jules Mure, que teria chegado ao país somente em 1840; trazendo uma inquietação a pesquisa, teria a homeopatia raízes no Brasil antes da chegada do francês, ou a mesma já assustava os esculápios antes mesmo da sua chegada.

Não tardou para que o ofício do dr. Silva Castro obtivesse uma resposta, entretanto, não fora a devolutiva de quem esperava, se utilizando das folhas do Jornal do Commercio do estado do Rio de Janeiro, o dr. Maximiano Marques de Carvalho rebate a crítica do médico alopata, questionando a utilização da sangria em coléricos, ao qual já tem o corpo bastante castigado pela doença. Ao defender

a prática homeopata, que fora acusada pelo dr. Silva Castro de enganar pacientes e fazerem com que eles morram ao se tratarem com uma medicina sem eficácia, o homeopata responde: “É usança antiga o fazer-se alguém responsável do aparecimento do cholera asiático logo que ella se manifesta”, tal qual atribuir os “seus primeiros estragos a envenenamentos; tal é a rapidez com que ella fulmina os homens”, nesse trecho ele dá um panorama de como era a atuação da doença nos pacientes, seus afeitos eram tão rápidos que pareciam um veneno, ele também ironiza a acusação de que a homeopatia ajuda a doença com a sua pouca eficácia, dizendo ser usança antiga acusar um responsável pelo aparecimento do cólera, mostrando em suas palavras que os médicos alopatas buscam disfarçar a sua falta de resposta a doença acusando outras práticas. O médico homeopata continua a sua resposta lembrando do episódio do Galera Deffesor no Pará com bastante ironia ao tratar a morte dos colonos, afirmando que os mesmos morreram por cólera e não por envenenamento, ao dizer: “Quanto a nós é fora de duvida que os colonos que falecerão a bordo da Galera Desensora” morreram “aos ataques do cholera asiática”, e ainda acrescenta que “não podemos suppor tão cegos que não vissem a cor do sal de cobre na comida”. Ele ironiza a questão do envenenamento, pois haveria no Pará um grupo médico que negava a existência da doença, tratando o acontecimento como um caso de envenenamento. O Dr. Marques de Carvalho ainda identifica os doutores Francisco da Silva Castro, João Manoel d’Oliveira e José Ferreira Cantão como sendo a verdadeira cólera do Grão-Pará (Jornal do Commercio. Sobre a polemica Cólera. 30/07/1855).

O homeopata ainda critica os tratamentos utilizados pelos alopatas que tratavam os seus pacientes no Pará utilizando purgativos e ainda com sangria geral em casos agudos, sem citar nomes, destacou que havia profissionais que não acreditavam na existência de moléstias e sim de doentes, receitando aos pacientespletóricos a sangria, nos linfáticos que se utilizem tónicos e nos nervosos, calmantes aplicados. (BELTRÃO, 1997, p. 165).

O homeopata demonstrando grande conhecimento dos métodos de tratamento dos médicos do Grão-Pará, destaca, ainda

sem citar nomes, que os mesmos tratavam os enfermos de cólera pelos sintomas que aparecessem e não pela doença, destacando que “o gabinete do doente fica sendo uma loja de drogas, para cada dez doentes são precisas cem enfermarias!”, nota-se que o médico possui, ou pelo menos deixa a entender que possui, muitas informações acerca da forma de tratamento dos médicos alopatas do estado, mostrando certo desprezo aos métodos dos mesmos; ele ainda enfatiza os tratamentos falando que os mesmo utilizavam contra resfriamento banhos sapinados; para sede ardente, gelo; na diarreia, clisteres opiados e adstringentes; no combate a câimbra, fricções com escovas, entre outros tratamentos. O dr. Marques de Carvalho, vai adiante e aconselha que os médicos paraenses simplifiquem os seus tratamentos com medicamentos com maior rapidez, e que interrompessem aos tratamentos de acordo com o sintoma, propondo a aqueles que tratem os seus pacientes com remédios homeopatas.

A presença homeopata no Pará nos tempos do Cólera, que deuse a partir da formação de leigos, não-médicos, é sentida na região pela revolta que traz aos alopatas como o dr. Silva Castro, assim como a sua presença em jornais da época através de anúncios, todavia, não veremos nas publicações os nomes dos redatores dos artigos publicados; esse receio de se revelar homeopata no Grão-Pará durante o surto de cólera, pode ser um sintoma do pouco conhecimento da população acerca da medicina, a ponto de os médicos sentirem medo de perder pacientes por se revelarem homeopatas, ou talvez seja um sintoma do conflito entre as medicinas alopatas e homeopatas, cujo os médicos possuíam medo de se assumirem homeopatas e serem excluídos pelos colegas de profissão. Não obstante, era fácil de encontrar artigos homeopatas nos jornais paraenses como a publicação intitulada “Remedios Preservativos contra o *Cholera-Morbus*” e “Observações sobre os dous systemas no tratamento do cólera, extrahidas da Pratica Elementar da Homeopathia”, publicados no jornal Treze de Maio. No trecho: “Allopathia perdeu quase 50 doentes sobre 100, que tratou, entretanto que a Homeopathia perdeu menos de 8 por 100”, a publicação faz um panorama do sucesso da homeopatia durante a pandemia em outras regiões, contabilizando

quantas vidas os médicos homeopatas e alopatas perderam, e comparando os números. (Treze de Maio, 16/06/1855).

Em um momento em que a prática farmacêutica não era tão forte, e somada à pouca interação entre o homem comum e a ciência, abriu-se espaço a esses práticos, mesmo que sem nenhuma formação. Vale ressaltar que eles se notabilizaram no interior do estado, local de maior proliferação de doenças, justamente pela pouca presença do poder público e de fiscalização⁷. Weber observa a mesma dificuldade de fiscalização das práticas médicas no interior do Rio Grande do Sul. Ela argumenta que essa falta de fiscalização era utilizada pelos homeopatas, que distribuíam seus livros explicativos sobre a sua medicina, a fim de espalhar ainda mais o seu conhecimento.⁸ No Pará, não se encontra divulgação de práticas homeopatas por panfletos, no entanto, a utilização de periódicos, seja para divulgar suas curas, seja para divulgar suas fórmulas, era percebida desde os tempos do cólera.

A cólera em terras paraense parecia possuir preferência por pretos e pardos, pelo menos é o que se percebe pelas análises de vítimas da época. De maioria mulata ou negra, as vítimas da cólera se amontoavam pelas ruas das cidades paraenses; segundo Beltrão, percebeu-se que o maior número de mortes estava ligado às classes mais baixas, principalmente negras. Contudo, a explicação para esse fenômeno não é biológica, e sim social. Essas camadas possuíam pouco acesso a recursos médicos, não possuíam dinheiro para pagar pelas consultas caras dos médicos da região, e sem alternativas e auxílio público, procuravam meios alternativos de cura, ou sucumbiam à doença. Nesse cenário, a homeopatia surge como solução, tanto pelo tratamento médico, quanto pelo caráter mais social do médico. (BELTRÃO, 2004).

7 A questão da saúde pública nos interiores do Pará é tão caótica que leva o governador Lauro Sodré, anos depois do surto da cólera, a elaborar um projeto chamado médicos regionais que levariam médicos alopatas aos interiores a fim, de diminuir a crise instaurada.

8 No contexto do Rio Grande do Sul, observa-se uma particularidade que não foi notada no restante do Brasil. O local possuía uma constituição permissiva que liberava a atuação dos médicos homeopatas, desde que estes comprovassem a sua formação.

É justamente nesse momento caótico da saúde no Pará que os primeiros médicos homeopatas começam a ganhar seu espaço, momento esse de contestações à medicina alopática, contestações essas que dão espaço para terapêuticas populares surgirem como possíveis soluções milagrosas de cura: curandeiros, pajelanças e os homeopatas aproveitam esses momentos para divulgarem suas práticas e se estabelecerem no mercado da cura (SILVA, 2014).

CONCLUSÃO FINAL

O trabalho mostrou como a crise epidêmica na Província do Estado do Pará teve como principais vítimas gentes de cores, com um maior número localizada na população negra escravizada, justamente pelas precárias condições de vida em que eram submetidos. Contudo, o trabalho também pode mostrar que a condição de vida dessas populações não fora o único fator que levou o alto número de óbitos, as políticas de saúde pública expuseram ainda mais essas populações doença, dando sinais de políticas de embranquecimento na região.

Diferente da epidemia de febre amarela ocorrida anos antes da de cólera, a atenção do Estado brasileiro se voltou para doença e a campanhas de erradicação da doença, essa diferença de prioridades entre doenças se dá justamente pelas vítimas ao qual elas acometem. Enquanto a febre amarela atacava mais a população estrangeira, os colonos que chagavam ao Brasil para embranquecer a nação e aqui trabalhar, acabam morrendo pela doença, isso não só atrasava o processo de ocupação do território, como também passava a imagem de que o país era um lugar insalubre e inóspito para os europeus. A resposta a febre amarela não se tratava somente de saúde pública, mas também se mostrava como uma mensagem que o país era local civilizado, seguro e moderno. Do outro lado da moeda, o cólera acometeu um número pequeno de estrangeiros brancos em relação a outras doenças, além de acometer um número maior de gentes de cores (CHALLOUB, 1996, p. 105 e 106).

O pouco número de óbitos de pessoas brancas, e principalmente, de estrangeiros, somado com os altos números de mortes de gentes de cores trouxe ao cólera um peso político que de certa forma foi benéfico

para as políticas higienistas brasileiras, que no período começavam a ganhar forças. O caráter social da doença parece transcender o tempo para poder provar como ela tinha um viés genocida. Em 1991 em Belém do Pará, foi percebida um surto de cólera, a falta de conhecimento dos médicos em relação a doença, que até então estava erradicada no Estado e era conhecida apenas no livro, levou a tardia identificação do surto e o aumento no número de casos, o surto só foi sanado um ano depois, com centenas de casos confirmados. Os pacientes internados conseguiam a cura rapidamente graças ao avanço do tratamento, muito embora, eles se negaram a receber alta médica e preferissem continuar internados, devido as histórias de mortes e medo que haviam ouvido de seus avós sobre a doença (BELTRÃO, 1997).

Contudo, assim como em 1855, o novo surto de cólera em 1991, ficou restrito a bairros periféricos de Belém, mesmo após 136 anos, a doença seguia tendo uma “preferência social” e essa preferência não se passava pela biologia do corpo de gente de cores, mas sim sobre a sua posição social. A vulnerabilidade dessas classes sociais não são coincidências e sim uma política eugênica vigente no país desde a sua origem.

REFERÊNCIAS

Jornal do Commercio. Sobre a polemica Cólera. 30/07/1855.

Jornal do Commercio. Publicações a Pedidos. N. 199, 20 de julho de 1855.

Treze de Maio. Ofício ao dr. Francisco de Paulo Candido. N. 518, 16 ano, 21/07/1855.

BELTRÃO, Jane Felipe. A arte de curar em tempo de cólera... ou o uso da Homeopatia durante o flagelo – Grão-Pará, século XIX. **Revista da SBHC**, n. 18, p. 17-38, 1997.

_____. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará**. Campinas-SP, 1999.

_____. Memórias da cólera no Pará (1855 e 1991): tragédias se repetem? **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p. 145-167, dez. 2007.

_____. Cólera e gentes de *cores* ou o acesso aos socorros públicos no século XIX. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** (vol. 14). Rio de Janeiro, 2004.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.

_____. **A Força da Escravidão - ilegalidade e costume no Brasil oitocentista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. (cap.9, pp. 227-276).

KODAMA, Kaori *et al.* Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez. 2012, p. 59-79.

MATTOS H. Raça e cidadania no crepúsculo da modernidade escravista no Brasil. **In:** Grinberg K, Salles R (Orgs.). **O Brasil Imperial, Volume III: 1870-1889**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009 (pp. 15-37).

PIMENTA, T.S.; GOMES, F.; KODAMA, K. Das enfermidades cativas: para uma história da saúde e das doenças do Brasil escravista. **In:** Luiz Antonio Teixeira; Tania Salgado Pimenta; Gilberto Hochman. (Org.). **História da Saúde no Brasil**. 1ed. São Paulo: HUCITEC, 2018, (cap.2 - p.67-100).

SILVA, Jairo Nascimento. **Em busca da cura: a institucionalização da medicina acadêmica, entre 1889 a 1925**. Tese de doutorado; Orientadora: Maria Amélia Mascarenhas Dantas. USP, 2014.

“O estado sanitario da provincia pareceu a pouco ameaçado da cholera-morbus”: Cólera e Medo no Piauí (1862 – 1866)¹

Marcus Pierre de Carvalho Baptista²

Francisco de Assis de Sousa Nascimento³

Elisabeth Mary de Carvalho Baptista⁴

1 Artigo publicado originalmente na Revista NUPEM sob o título “De todos os pontos partirão reclamações”: cólera e medo no Piauí (1862-1866).

2 Graduado em Licenciatura Plena em História pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI (2016). Mestre em História do Brasil pela Universidade Federal do Piauí – UFPI (2019). Atualmente cursa o Doutorado em História do Brasil na UFPI. E-mail: marcus_pierre@hotmail.com.

3 Professor Associado I da UFPI. Possui Pós-doutorado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Doutorado em História pela Universidade Federal Fluminense – UFF, Mestrado em História do Brasil pela UFPI, Especialização em Docência do Ensino Superior pela UESPI e Graduação em História pela UESPI. E-mail: franciscoufpi@gmail.com.

4 Professora Adjunta do Curso de Licenciatura Plena em Geografia Regime Regular da UESPI - Campus Poeta Torquato Neto. Graduada em Licenciatura Plena em Geografia pela UFPI (1985). Graduada em Ciências Biológicas pela UFPI (1997). Especialista em Ecoturismo, interpretação e Educação Ambiental pela Universidade Federal de Lavras - UFLA (2002). Especialista em Literatura, Estudos Culturais e outras linguagens pela UESPI (2015). Mestre em Educação pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI (2000). Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela UFPI (2004). Doutora em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2010). Pós-doutora em Geografia pela UFPI (2019). E-mail: baptistaeli@gmail.com.

Considerações iniciais

Na segunda metade do século XIX, segundo Del Priore (2016), especialmente as primeiras décadas, marcam no contexto do Brasil oitocentista um momento de discussão profícua entre a legitimação do saber médico científico em detrimento de outras práticas de cura que existiam no momento. Tratou-se de um período em que o poder público buscou relacionar uma ideia do ser “moderno” com questões voltadas ao progresso, modernização dos espaços, bem como a necessidade de higienização destes últimos.

No entanto, ainda que estas discussões tenham estado presentes nas províncias brasileiras, o Piauí não esteve ausente desta, pois conforme perceberemos na discussão deste artigo, dentre as muitas enfermidades que se instalaram de norte a sul do Brasil provocando não apenas milhares de vítimas, mas modificando significativamente o cotidiano, bem como o imaginário social das pessoas destaca-se a epidemia⁵ do cólera.

5 Para que a leitura desta narrativa se torne mais fluida e elucidativa faz-se necessário a compreensão do que é epidemia e como a humanidade enfrentou diversos casos ao longo do tempo e do espaço. Deste modo, compreendemos epidemia enquanto a irrupção de uma doença que se alastra rapidamente em determinada área geográfica em um curto período de tempo acometendo um número significativo de indivíduos, tornando-se uma pandemia quando afeta diferentes continentes (MOURA; ROCHA, 2012). Deve-se indicar ainda que a existência de epidemias se trata de uma constante na história da humanidade, sendo possível elencar diversos registros de doenças distintas ocorridos ao longo do tempo, bem como os efeitos que estas tiveram nas populações atingidas. Pode-se citar, por exemplo, as várias epidemias de varíola que acometeram as populações mesoamericanas no século XVI e o declínio populacional significativo decorrido disto (MIRANDA, 2017), bem como o caso da pandemia da Gripe Espanhola de 1918 que afetou diversas partes do mundo com estimativas de mortos na casa das dezenas de milhões (GOULART, 2003) ou mais recentemente o Covid-19 declarada enquanto pandemia em março de 2020 e que até o momento de escrita deste texto, isto é, julho de 2021, continua modificando o cotidiano de milhões de pessoas em diversas partes do mundo, além de já ter provocado milhões de mortes. No caso do cólera, nosso interesse nesta narrativa, este foi identificado por alguns autores, a exemplo de Fonseca e Silveira (2019), enquanto uma enfermidade que assumiu um caráter pandêmico diversas vezes entre o início do século XIX até o começo do século XX afetando primeiramente a Ásia e África e, posteriormente, Europa e América. Acerca dos seus efeitos neste último continente trataremos sobre o momento em que atinge o Brasil, especificamente a província do Piauí na década de 1860.

Entre 1854 e 1855, o cólera afetou as províncias do Pará, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Alguns anos depois, em 1867, a doença reaparece no Mato Grosso, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, ressurgindo em 1894 na cidade de São Paulo (DEL PRIORE, 2016), tratando-se, então, de um contexto do Império enfermo⁶.

No Piauí, por sua vez, o cólera se fez presente entre os anos de 1862 e 1866, conforme Nunes (2007), vitimando dezenas de pessoas nos termos e vilas atingidos, especialmente naqueles em situação limítrofe⁷ com o Ceará, a exemplo de Independência e Príncipe Imperial.

Assim, nos anos 1860 os piauienses enfrentaram diversas doenças que marcaram o seu imaginário, a exemplo do cólera⁸ e da varíola, podendo encontrar registros acerca destas e seus efeitos nos documentos produzidos pelo poder executivo, bem como na imprensa piauiense da época.

A varíola, por exemplo, tratava-se de uma enfermidade comum no dia a dia da população assumindo caráter epidêmico em diversos

6 Além do Cólera, de acordo com Del Priore (2016), outras doenças de caráter epidêmico também afetaram o império neste período, como a febre amarela, varíola, dentre outras. Estas últimas, por sua vez, segundo Nunes (2007), também grassaram no Piauí entre os anos de 1861 e 1866 levando a óbito centenas de pessoas em diversas localidades da província.

7 Para mais informações sobre os limites entre a província do Piauí e Ceará, bem como a disputa litigiosa na segunda metade do século XIX ver Baptista, Nascimento e Baptista (2021).

8 De acordo com Lemos (2019) os principais sintomas desta enfermidade são a diarreia, vômitos e câibras. Seu modo de transmissão, por sua vez, decorre do consumo de alimentos ou água que tenha sido previamente contaminada com fezes humanas. No entanto, no decorrer do século XIX, especialmente no contexto dos anos 1860 que discutiremos neste artigo, não se tinha informações sobre como a doença se propagava e apenas no século seguinte este conhecimento se consolida. Importante indicar ainda que, por diversas vezes, a doença era comumente identificada enquanto cholera-morbus, em função da quantidade elevada de óbitos provocada por esta nos espaços em que grassava, bem como um simbolismo criado em torno desta enfermidade de se tratar de um artefato utilizado por Deus para que pudesse punir os seres humanos. Deste modo, assim como Lemos (2016; 2019) e David (1993), optamos por tratar o cólera no masculino, considerando também que os documentos que utilizamos, isto é, os relatórios de presidentes da província do Piauí e os jornais piauienses de fins de século XIX empregam o mesmo termo.

momentos. Nos relatórios dos presidentes da província de 1863⁹, 1865¹⁰, 1866¹¹, 1867¹², 1876¹³, 1877¹⁴, 1878¹⁵, 1879¹⁶ foi possível encontrar registros da doença na província, às vezes tratando-se de surtos epidêmicos e outras vezes casos isolados.

A relevância da narrativa aqui construída se traduz na necessidade de se ampliar as discussões sobre a história da saúde e das doenças no contexto piauiense, especialmente sobre o cólera na década de 1860, o qual é possível encontrar apenas breves menções no caso do Piauí, a exemplo de Nunes (2007). Neste sentido, o objetivo deste artigo foi discutir sobre os reflexos que a presença do cólera teve no imaginário dos piauienses na segunda metade do século XIX enfatizando questões referentes ao medo que este provocou no território provincial.

9 Epidemia de varíola em Pedro II. A doença também apareceu em Marvão e Campo Maior, mas não atingiu níveis epidêmicos (PIAUHY, 1863b).

10 Apenas indica que a varíola assumia um caráter benigno na província, isto é, não provocara naquele ano surtos epidêmicos (PIAUHY, 1865).

11 Neste ano a varíola atingiu diversas localidades da província, estando presente em Teresina, Parnaíba, Oeiras, São Gonçalo (atual São Gonçalo do Piauí) e Barras, vitimando na capital 118 pessoas (PIAUHY, 1886a; PIAUHY, 1866b). Ao término do ano registra-se o fim da epidemia (PIAUHY, 1866c).

12 Registra apenas que em 1867 a varíola estava controlada na província tendo um número reduzido de vítimas se comparado ao ano anterior (PIAUHY, 1867).

13 Novo surto epidêmico de varíola entre 1875 e 1876 tendo afetado São João do Piauí, Pedro II, Amarante, Campo Maior e Teresina e feito mais de 800 vítimas nesta última. Em 1876 apenas em Amarante o surto continuava a produzir óbitos (PIAUHY, 1876).

14 Registra que o surto epidêmico em Amarante e Jerumenha havia terminado. Destaca ainda a importância das vacinas e da atuação dos médicos no combate à epidemia (PIAUHY, 1877).

15 Aponta apenas dois casos de varíola em Independência em decorrência dos migrantes cearenses. Destaca a necessidade de vacinação na capital em função do Ceará e Maranhão vivenciarem no contexto surtos epidêmicos, tendo indicado a importância de que os migrantes cearenses da seca de 1877-79 também fossem vacinados (PIAUHY, 1879b).

16 Novamente a varíola assume caráter epidêmico afetando Parnaíba, Oeiras, Picos e Jaicós. Foram ainda tomadas medidas profiláticas como o envio de vacinas para os espaços afetados e a construção de um lazareto em Teresina para acolhimento dos enfermos (PIAUHY, 1879a).

A metodologia, por sua vez, constou de pesquisa bibliográfica para compreensão do contexto histórico brasileiro e do Piauí no tocante a presença e os efeitos do cólera, além de outras enfermidades, na segunda metade do século XIX, com destaque para autores como David (1993), Nunes (2007) e Del Priore (2016), bem como obras que ajudassem a dialogar com o conceito de medo que foi trabalhado na narrativa construída, utilizando-se Tuan (2005) e Ariès (2012), os quais permitem-nos historicizar a relação estabelecida entre a humanidade e o medo, isto é, a compreensão de que este liame modifica-se de acordo com as diferentes temporalidades e espacialidades. Com relação a fontes utilizamos ao longo da pesquisa os relatórios dos presidentes da província do Piauí de 1856, 1862, 1863, 1865 e 1866.

Portanto, a partir do acervo documental trabalhado o fio condutor da construção desta narrativa sustentou-se nas possibilidades de reflexão acerca de como o cólera transformou não apenas o cotidiano das pessoas nos espaços nos quais se inseriu, seja modificando hábitos ou paisagens, mas também de que maneira marcou o imaginário social da época.

O cólera e seus efeitos no Piauí na segunda metade do século XIX

No ano de 1862 o cólera figura pela primeira vez no relatório do presidente da província Dr. Antonio de Britto Souza Gayozo¹⁷ ao novo presidente Dr. José Fernandes Moreira¹⁸. No então documento que trazia os principais dados, eventos e ações tomadas pela administração que se encerrava para conhecimento da nova que assumiria a gestão há um destaque feito acerca da situação de saúde pública da província piauiense.

17 De acordo com Gonçalves (1997) foi bacharel em Direito e político tendo nascido no Maranhão e presidido a província do Piauí entre 13 de maio de 1861 a 13 de junho de 1862.

18 Segundo Bastos (1994) governou a província do Piauí de 13 de junho de 1862 a 30 de junho de 1863. Nos dicionários biográficos consultados não dispõem de mais informações acerca deste presidente.

Segundo o documento, a partir de 1862, o cólera passou a integrar o cotidiano da população de boa parte das vilas e cidades da província piauiense, notadamente naquelas limítrofes com a província vizinha do Ceará e que terminam por acumular a maior quantidade de vítimas, bem como o maior número de ações profiláticas para evitar a disseminação da enfermidade. Deste modo, o seguinte consta no relatório de 13 de junho de 1862:

Saude publica

[...]

Finalmente o cholera-morbus, tendo ceifado a larga tantas vidas no Tauá e Icó da Provincia do Ceará, atacou o termo da Independencia, e veio aterrar, de uma maneira assombrosa, toda a Provincia. De todos os pontos partirão reclamações, e exigencias extraordinarias. O mal se achava a mais de 40 leguas de distancia, e já precipitadamente abandonarão esses lugares mais ameaçados e as autoridades se julgavão authorisadas a collocar presidios e a cortar todas as communições, confiando assim nessas medidas improficuas, inexquiveis, e que a sciencia reprova, sobe tudo contra esse terrivel flagello, que nada respeita na sua marcha caprichosa e incomprehensiva. Tive de reproval-as todas, e apenas ordenei que se estabelecesse lasareto na Parnahiba, visto ser a unica linha de communição, logo que fosse affectado d'essa epidemia qualquer dos pontos em que tocasse o vapor costeiro do Maranhão, que mensalmente vizita aquella Cidade.

Mandei ambulancias de medicamentos para a Cidade de Oeiras, e Villas dos Picos, Jaicós, Principe Imperial e Independencia, que erão mais immediatamente ameaçadas.

Nomeei para essas localidades commissões sanitarias, bem como para Marvão e Parnahiba, autorizando-as, de conformidade com as instrucções, que então dei a despender, logo que o mal se declarasse, limitadas quantias com o pessoal, medicamentos e dietas aos pobres. Como já se achava esgotada a verba de = Socorros publicos, = determinei essas despesas sob minha responsabilidade. [...].

Felismente, dias antes da chegada de V. Exc., recebi de todos os pontos, favoraveis noticias.

O terror panico já ia desaparecendo por toda a parte e mesmo na Independencia, unico termo da Provincia, onde o cholera se manifestou e brundamente, roubando apenas algumas existencias, se considerava o mal como extincto (PIAUHY, 1862a, p. 6-7).

No momento de produção deste documento, isto é, em 1862 já se tinha pleno conhecimento na província piauiense acerca dos efeitos provocados pela enfermidade nas demais províncias do Império, assim como na vizinha província do Ceará. Dito isto, alguns elementos presentes no relatório supracitado nos chamam a atenção e ajudam-nos a refletir sobre os efeitos que a doença teve no imaginário social da época.

Observemos inicialmente a forma como é descrito a reação das pessoas perante a enfermidade. Terror! Pânico! Abandono de locais! Assombroso! Mal! Ao longo do documento estes termos aparecem e reaparecem no intuito de tentar descrever a situação que as diferentes localidades acometidas diretamente ou indiretamente pela doença encontravam-se nesta época.

A partir destes elementos podemos inferir que o medo¹⁹ da doença fazia-se presente, modificando significativamente o cotidiano das populações, ainda que a enfermidade não tivesse grassado em certas localidades. A fuga das cidades, por exemplo, de acordo com Tuan (2005), tratava-se de ação comum tomada pelas pessoas em momentos de irrupção de epidemias consideradas mortais, podendo-se encontrar casos similares em contextos históricos-geográficos e epidêmicos distintos.

Deste modo, essa situação não foi algo exclusivo do Piauí no contexto de 1862, em que pese, conforme Franco, Lopes e Franco (2019), desde os momentos da colônia é possível encontrar referências a surtos epidêmicos que provocaram pânico, medo e mortes na América Portuguesa.

19 É importante destacar que compreendemos o medo enquanto um produto histórico, isto é, este modifica-se de acordo com as sociedades ao longo do tempo e do espaço, podendo inúmeros elementos serem fontes de medo para os seres humanos, como a natureza, a fome, calamidades naturais, bruxas, fantasmas, cidades, humilhação pública, penas de morte, exílio, prisão e as doenças (TUAN, 2005). Além disso, no caso do século XIX, temporalidade discutida neste artigo, é o contexto que, segundo Ariès (2012) que a morte assume um novo caráter na sociedade ocidental, passando a ser representada de outras formas e se contrapor a percepção de uma morte romântica. A morte passa a ser negada, perdendo o fascínio que anteriormente exercia sob as artes e a literatura, tornando-se motivo de medo.

A doença, deste modo, e, especialmente a doença de caráter epidêmico podia provocar o medo nas populações. No entanto, o principal fator de medo não era a doença em si, mas sim as próprias pessoas. Estas “[...] temiam o doente tanto quanto os suspeitos de estar doentes. E estes temiam os poderes extraordinários das autoridades, que podiam encerrá-los em hospitais imundos que na verdade eram armadilhas mortais” (TUAN, 2005, p. 166).

Este imaginário influenciava ainda as medidas efetuadas pelo poder público e, isto posto, ao considerarmos a atuação das autoridades é interessante ainda apontar similaridades das ações tomadas pelos poderes públicos locais no Piauí com ações realizadas em outras localidades, a exemplo da ação reprovada pelo presidente da província, ou seja, o encarceramento dos cidadãos, bem como o corte das comunicações e, provavelmente, o contato com outras vilas e cidades²⁰.

Não obstante isto, a administração provincial se preocupou em construir um espaço destinado para quarentena na localidade considerada mais provável de grassar surto epidêmico, isto é, a cidade de Parnaíba, possivelmente por estabelecer contato através do oceano Atlântico com embarcações provenientes de outras províncias e, por vezes, de outros países.

Observa-se também uma preocupação com o envio de medicamentos para as vilas e cidades limítrofes ou mais próximas da província vizinha do Ceará que se encontravam em situação maior de risco em função da epidemia que já afetava a população cearense neste momento. E, além disso, a nomeação de comissões sanitárias nestas localidades provavelmente tratou-se de outra tentativa de conter o avanço da epidemia. Estas comissões, por sua vez, possivelmente atuavam de maneira similar àquelas criadas em outras províncias²¹.

20 Ação semelhante foi tomada 30 anos antes na Rússia quando este país também enfrentava um surto de cólera em 1830 e para lidar com o surto foram feitas barreiras sanitárias para evitar a migração de pessoas das áreas contaminadas (TUAN, 2005).

21 Podemos citar o caso de Minas Gerais no qual as comissões sanitárias, organizadas pela própria população sob solicitação do poder público, que foram criadas tinham por objetivo fiscalizar, auxiliar os enfermos, e financiar estas ações quando fosse necessário. No caso do Piauí, aparentemente, os gastos que estas comissões tiveram foram financiados pela adminis-

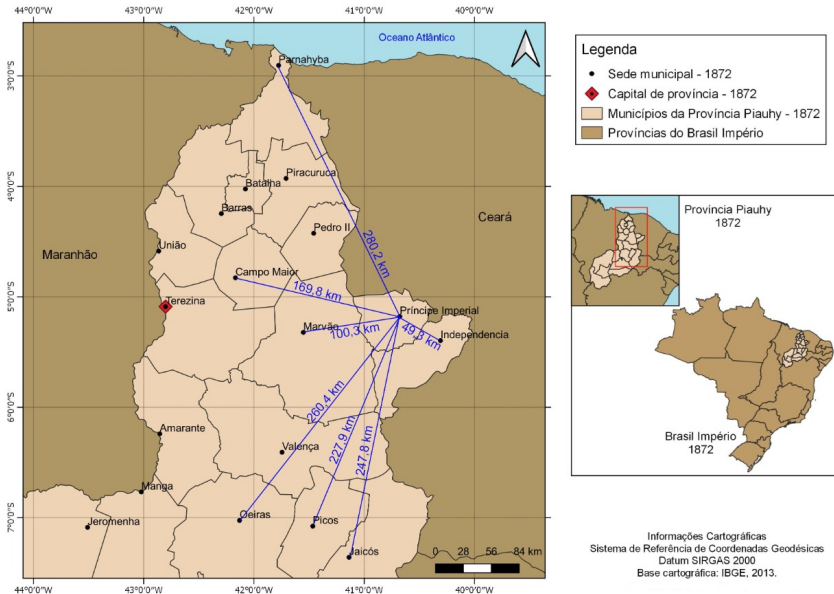
Deste modo,

[...] um surto de cólera [...] ameaçava toda uma população. O terror ao contágio podia perturbar tanto a razão que, para os que estavam bem de saúde, os doentes pareciam não somente as vítimas do mal, mas os causadores (TUAN, 2005, p. 166).

E, no caso do Piauí, isso não foi diferente, levando a tomada de medidas difusas por parte de autoridades locais, bem como fuga dos moradores dos espaços afetados com o intuito de escapar da enfermidade. Ainda em relação ao relatório de 13 de junho de 1862 do Dr. Antonio de Britto Souza Gayozo (PIAUHY, 1862a) o mapa 1 permite visualizar o itinerário do cólera no Piauí, evidenciando a possibilidade do medo provocado nas vilas e cidades, bem como àquelas que receberam medidas profiláticas por parte da administração provincial e as vilas que foram mais afetadas pela epidemia mais próximas do Ceará.

tração pública tendo sido focados em pagamentos com pessoal, medicamentos e alimentos, especialmente aos mais pobres (FONSECA; SILVEIRA, 2019).

Mapa 1²² – Distância entre as localidades piauienses afetadas pelo cólera na década de 1860



Fonte: Organizado pelos autores (2021).²³

A partir do mapa 1 é possível perceber, então, o alcance que a doença teve no momento que grassou na província piauiense, bem como dois pontos de entrada da enfermidade a serem tratados no decorrer desta narrativa: as vilas limítrofes com o Ceará que

22 Necessário esclarecer que o mapa foi elaborado a partir da base cartográfica de 1872 georreferenciada disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apesar da data do mapa em questão ser 10 anos após os eventos tratados na narrativa deste artigo os limites entre Piauí e Ceará na segunda metade do século XIX só se alteram significativamente no ano de 1880 com a permuta realizada entre as duas províncias entre os territórios de Príncipe Imperial e Independência para o Ceará e Amaração para o Piauí (BAPTISTA; NASCIMENTO; BAPTISTA, 2021).

23 O geoprocessamento dos mapas neste artigo foi realizado por Núbia Araújo Sena, tecnóloga em Geoprocessamento e licenciada em Geografia.

terminaram sendo o principal ponto de entrada pelas vias terrestres e o receio da doença chegar pelo oceano Atlântico com o contato estabelecido no Norte por Parnaíba.

Alguns meses depois, já na administração do Dr. José Fernandes Moreira, outro relatório acerca da província foi produzido e apresentado à Assembleia Legislativa. Neste constam novas informações sobre o estado da província no tocante a saúde pública e, especialmente, como se encontrava a situação da epidemia de cólera no final do ano de 1862. No documento tem-se o seguinte:

Saude Publica

Do relatório de meu antecessor vereis as medidas tomadas por ocasião de ameaçar-nos o cholera-morbus, que tantas victimas ceifou na Provincia do Ceará. A epidemia, que desenvolveo-se em Maio na Independencia, extinguiu-se no mez seguinte, tendo matado 47 pessoas, das quaes 25 na Villa, e 22 no termo. A Commissão sanitária prestou bons serviços auxiliada pelo Commandante do destacamento, Alferes Clemente José Ferreira, e pela do Principe Imperial, que contractou, e para ali remetteo o cirurgião Antonio Mavignier Lopes Gama. No Principe Imperial apenas se derão cazos de cholera de character tão benigno, que não houve uma só victima. Cumprirão seos deveres com zelo a Commissão sanitária, o Commandante do destacamento, e delegado Alferes Segisnando Cicero d'Alencar Araripe, e Francisco Antonio de Souza Azevedo, que prestou-se a tratar gratuitamente os atacados de choleras pelo systema homeopathico.

A Commissão da Parnahiba, mais de perto ameaçada pelas continúas relações com o Ceará, tomou as precisas providencias, mandando construir um lazareto na ilha Grande em frente da Amarração, um cemiterio provisório, camas, e mais pertences do hospital, e procurando melhorar as condições hygienicas do lugar pela limpeza das ruas, e praças, abertura de vallas para escoamento das agoas estagnadas. Felizmente até esta data nenhum outro termo da Provincia, além do da Independencia, tem sido acommettido pelo mal; e como o mal tem declinado consideravelmente na Provincia vizinha, devemos esperar que ainda esta vez a Providencia Divina nos poupará. Entretanto tenho recomendado a todas as Commissões, que se conservem vigilantes, em quanto se não desvanecerem completamente todos os receios (PIAUHY, 1862b, p. 6-7).

Se anteriormente apresentava-se um imaginário social de medo e pânico em diversos espaços da província em função da presença

ou provável chegada da enfermidade agora este quadro se alterou e, aparentemente, com relação ao número de infectados e óbitos provocados a doença teve um efeito limitado.

Através do documento é perceptível a presença do Cólera nesta época em três localidades específicas: Independência, Príncipe Imperial (atualmente Crateús) e Parnaíba. Destas, por sua vez, é em Independência, localidade mais próxima da província vizinha, que a enfermidade grassa com mais impacto levando a óbito dezenas de pessoas e forçando o poder público a instalar uma Comissão Sanitária para lidar com a epidemia.

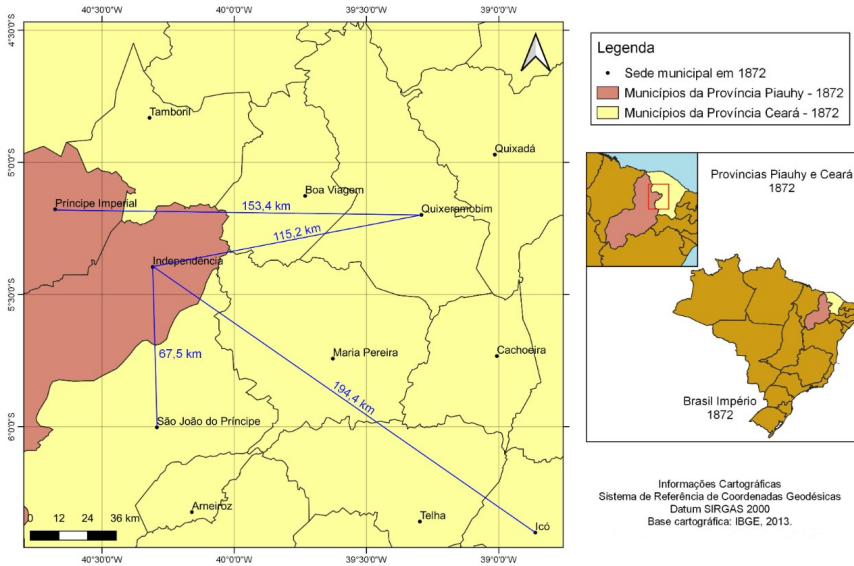
O aparecimento da doença em espaços limítrofes com o Ceará, como o exemplo dos três locais citados, bem como com o oceano, caso de Parnaíba, não é à toa e trata-se de um aspecto a ser considerado para análise. Assim como no Piauí, de acordo com Lemos (2016), o cólera chega ao Ceará em 1862, tendo se espalhado por diversos espaços da província cearense, com destaque feito pela autora para Quixeramobim e suas circunvizinhanças.

Nesta localidade, ainda segundo Lemos (2016), em 1855 a Câmara Municipal informa à Presidência da Província que existiam sete estradas de caráter público e que permitiam acesso aos espaços adjacentes. Dentre estes, uma das estradas seguia desta vila e permitia acesso ao Piauí, até a vila de Príncipe Imperial nesta província e, considerando que Independência, outra vila piauiense no período, localizava-se ainda mais próxima a divisa com o Ceará, possivelmente esta estrada também permitia acesso a esta última vila na região denominada vale do Crateús.

O mapa 2 permite visualizar as distâncias com a província vizinha e entre espaços afetados nesta última pelo cólera, como Quixeramobim, segundo Lemos (2016), bem como Tauá²⁴ e Icó, outras localidades existentes na província do Ceará e que segundo o relatório de 13 de junho de 1862 do Dr. Antonio de Britto Souza Gayozo (PIAUHY, 1862a) também foram afetadas pela epidemia do cólera naquele ano.

24 Tauá é a designação atual de São João do Príncipe como aparece na base cartográfica de 1872 utilizada para elaboração do mapa 2.

Mapa 2²⁵ – Distância entre os principais espaços afetados no Piauí de regiões próximas na província do Ceará também acometidas pelo cólera



Fonte: Organizado pelos autores (2021).

Considerando o mapa 2 é possível, então, perceber a proximidade existente entre as vilas que, segundo os documentos consultados, foram as mais afetadas pelo cólera no Piauí, e algumas das localidades cearenses citadas pelo relatório de 13 de junho de 1862 do Dr. Antonio de Britto Souza Gayozo (PIAUHY, 1862a), como Tauá e Icó. Considerando ainda as relações existentes entre Príncipe Imperial e Independência por vias terrestres com a província vizinha, conforme ressaltado por Baptista, Nascimento e Baptista (2021) enquanto um dos argumentos para legitimar a permuta realizada em 1880 entre Piauí e Ceará não é surpresa que sejam as vilas mais afetadas pelo cólera e que a doença tenha chegado na região por meio da província cearense.

25 Rever nota de rodapé 22 para esclarecimentos sobre a base cartográfica utilizada para elaboração deste mapa.

No que diz respeito a Parnaíba, localizava-se no litoral do Piauí, na divisa com o Ceará através do povoado de Amarração, naquele contexto ainda pertencente a província cearense. A proximidade não apenas com o Ceará através do povoado vizinho, mas com o seu porto e, conseqüentemente, com o oceano Atlântico²⁶ ajuda-nos a refletir o porquê de Parnaíba ter sido também, possivelmente, um dos espaços mais afetados na província piauiense pelo cólera.

Embora o documento não afirme se Parnaíba nesta época foi de fato afetada pela enfermidade, limitando-se a inferir sobre as ações profiláticas tomadas no litoral piauiense, como a construção de um lazareto, espaço criado neste contexto para a quarentena de acometidos por doenças consideradas infectocontagiosas, construção de um novo cemitério provisório, ampliação de camas disponíveis para os acometidos, bem como higienização dos logradouros públicos da cidade, é interessante perceber como o medo da chegada da doença provoca reações e permeia o imaginário dos sujeitos.

Do mesmo modo que em províncias vizinhas a possibilidade da doença se fazer presente provocava receios e levava a cobrança de ações de profilaxia por parte dos governos provinciais²⁷, especialmente

26 De acordo com David (1993), o século XIX marca na história o momento em que o cólera se alastra por diversas localidades do mundo assumindo um caráter epidêmico nas regiões em que passava. Até as primeiras décadas do período oitocentista esteve limitado a regiões da Índia, China e Japão, atingindo posteriormente a África na mesma época. A partir dos anos 1830 a epidemia se fez presente também na Europa e na América do Norte, além de alguns países da América Central e do Sul. Segundo o autor, pode-se considerar esta a primeira pandemia de cólera da história, tendo sido disseminada graças a movimentação de tropas e ao comércio internacional que se configurava naquele momento através dos portos espalhados nas diversas localidades do mundo. A partir dos anos 1840 e até os anos 1860 um novo surto de cólera afetou diversos países, dentre estes o Brasil. No caso brasileiro a doença chegou inicialmente na província do Pará em 1855, tendo sido trazida possivelmente de Portugal, se alastrando por boa parte do país nos anos que seguem até a década de 1860.

27 No caso da Bahia, David (1993) indica que logo que a epidemia se instala no Pará, o presidente da província baiana é cobrado pela Comissão de Higiene da província por medidas de profilaxia visando evitar que a doença se alastrasse pelo território da Bahia. Algumas das ações sugeridas eram: quarentena de embarcações vindas de cidades afetadas pela epidemia ou mesmo caso houvesse a suspeita de alguém a bordo acometido pela enfermidade; ação conjunta das autoridades públicas para redução da insalubridade de Salvador e higienização da cidade. No que diz respeito ao Ceará, de acordo com Lemos (2016), do mesmo modo que na Bahia, as informações a respeito do Cólera passam a compor as páginas do periódico “O

no caso de províncias que mantivessem contato com àquelas afetadas por vias marinhas ou fluviais, um dos principais meios de transporte na segunda metade do século XIX, no Piauí não foi diferente.

Se em 1862 com a doença já presente em solo piauiense e somando vítimas, tem-se ações de profilaxia em outros espaços da província em função do medo de como esta poderia se desenvolver, alguns anos antes no relatório do presidente da província Frederico D'Almeida e Albuquerque²⁸ de 1856 apresentado à Assembleia Legislativa, percebe-se uma preocupação por parte do presidente acerca do caráter epidêmico que o cólera havia adquirido no restante do país e uma outra perspectiva ao se considerar o Piauí, conforme podemos observar a seguir:

Saúde Pública

O flagello da epidemia, que ha reinado na mor parte do Imperio, que ha feito tantas victimas, e causado tão graves males, até o presente ainda não invadira esta Provincia, graças á Divina Providencia.

Cumprindo as ordens do Governo de S. M. o Imperador, que – dominado pelos sentimentos humanitarios – ha dado aos seus Delegados nas Provincias todos os meios de que é possível dispor, para socorrer a população accommettida pela epidemia, eu tenho tomado todas as medidas preventivas necessarias, para cumprir os meus deveres, no caso de ser a Provincia invadida por esse horrivel flagello! (PIAUHY, 1856, p. 17).

Além do destaque aos problemas que o cólera vinha causando em outras províncias brasileiras, naquele momento já presente e

Cearense” ainda em 1855, gerando um imaginário do medo em torno da doença e os efeitos que esta poderia ter ao grassar o território cearense. A possibilidade de sua chegada já em 1855 levou a autoridades públicas cearenses a tomada de algumas medidas, a exemplo do poder público de Quixeramobim, que solicitou do governo provincial o envio de medicamentos, além da nomeação de um cirurgião que habitava o município para cuidar daqueles que fossem acometidos pela enfermidade. O medo da doença permaneceu nos anos seguintes até que em 1862 esta adentra o Ceará se espalhando pela província.

28 De acordo com Gonçalves (1997) foi um político, administrador e bacharel em Direito nascido na Paraíba. Assumiu o cargo de presidente da província do Piauí de dezembro de 1855 até março de 1857, tendo sido ainda presidente das províncias da Paraíba, Pernambuco e Maranhão.

tendo vitimado milhares de vítimas no Pará, Bahia e Pernambuco, por exemplo, é interessante o adjetivo utilizado no documento para identificar a enfermidade.

Tratava-se de um flagelo. Mais do que isso. Um horrível flagelo! Ou seja, corroborando com Lemos (2019), a doença também na documentação piauiense consultada assume um caráter simbólico religioso ao se associar o cólera a uma punição. Ainda que não seja dito é perceptível a dicotomia presente no documento, isto é, se até aquele momento a doença ainda não se fazia presente em solo piauiense isto só era possível graças à intervenção da Divina Providência, de Deus, que teria “protegido” o Piauí até então.

No entanto, à medida que a doença se torna presente no território piauiense a Divina Providência se ausenta da documentação e em seu lugar assume o flagelo ou mal que se alastrou por boa parte da província, ceifando inúmeras vidas e marcando o imaginário do medo entre a população e o poder público.

Neste contexto de cólera no Piauí da segunda metade do século XIX, assim como em outras temporalidades e localidades, a partir do momento que, segundo Tuan (2005, p. 149)

[...] uma doença ataca repentinamente, como em uma epidemia, é como se os deuses ou um deus justo estivesse zangado e as pessoas sendo castigadas pelas suas transgressões. Unir doença com pecado e castigo é, de fato, um traço importante da fé judaico-cristã.

Voltando aos anos 1860, por sua vez, em 1863 o cólera segue fazendo vítimas e provocando medo na administração pública da província do Piauí, bem como nos espaços diretamente afetados. No relatório do presidente da província Dr. José Fernandes Moreira de 1 de julho de 1863 tem-se o seguinte:

Saude publica

De 14 para 15 de Abril manifestou-se na Villa, e Termo do Principe Imperial o cholera-morbus, que foi considerado extinto á 31 de Maio; neste intervalo forão acommettidas 313 pessoas, das quaes 52 fallecerão.

Nomeei uma commissão sanitaria, á quem forão entregues 400\$ reis para dietas, e tratamento dos pobres: remetti por duas vezes remedios appropriados, e uma porção da baeta, autorisei o engajamento do Pharmaceutico Antonio Mavignier Lopes Gama por 10\$ reis diarios para pensar os pobres, de 2, ou mais enfermeiros, e dos coveiros precisos para o prompto enterramento dos mortos. Os habitantes receberão o mal com coragem, e fizerão entre si uma pequena subscrição [...]

Por cautella mandei uma pequena ambulancia para a proxima Villa de Marvão, nomeei commissão para esta, e para as Villas de Independencia, e Campo-maior á tomarem medidas preventivas, e autorisei as collectorias de Marvão, e Independencia a fornecerem ás ditas commissões o dinheiro preciso até a quantia de 200\$ reis.

Finalmente hoje cessarão os receios, e com quanto não esteja liquidada toda a despesa, calculo que não será maior de 2 contos de reis (PIAUHY, 1863a, p. 10).

Se no relatório anterior de 1862 a vila de Príncipe Imperial (Crateús) tinha sido pouco afetada no tocante a infectados e, consequentemente, mortos pelo cólera, esse número se modifica significativamente no relatório de 1863. Se em documento prévio indicava-se a inexistência de vítimas, em novo surto de cólera na vila o número de acometidos aumenta substancialmente para 313 e dentre esta cifra 52 pessoas vindo a óbito.

O documento em si não traz muitas novidades. Limita-se, mais uma vez, a informar as medidas tomadas pela administração provincial para enfrentar a enfermidade, como a nomeação de uma Comissão Sanitária, distribuição de alimentos e remédios, contratação de funcionários específicos para lidar com a conjuntura, como o farmacêutico Antonio Mavignier Lopes Gama, além de enfermeiros para auxiliar com os doentes e coveiro para ajudar no enterro dos mortos.

Além disso, toma também medidas profiláticas com relação a outras vilas da província, algumas mais próximas de Príncipe Imperial, como Marvão (Castelo do Piauí) e Independência, outras mais distantes como Campo Maior. Apesar de se tratar de ações preventivas podem também simbolizar o medo pelas autoridades públicas da epidemia tornar a grassar outros espaços da província.

Interessante ainda o destaque feito pelo documento acerca do enfrentamento do “mal” com “coragem” por parte dos habitantes de Príncipe Imperial. Em um contexto de desconhecimento acerca de como se efetuava a transmissão da doença²⁹ parece-nos pouco provável que a população de fato tenha enfrentado a enfermidade com coragem, ainda que segundo o documento, ajudaram uns aos outros no combate a esta.

A mudança no discurso sobre a doença de seu antecessor aproxima-se mais de um enaltecimento da própria gestão³⁰, ao inferir que se a população recebeu o mal com coragem isto relacionou-se com as medidas tomadas pela província consideradas enquanto eficazes e suficientes para combater o cólera neste momento.

Findado o ano de 1863 o cólera só voltou a ser mencionado no relatório do presidente da província do Dr. Franklin Americo de Menezes Doria de 1866³¹. Em um momento em que a província enfrentava nova epidemia de varíola³² desde setembro de 1865 até o

29 A bactéria do cólera só foi descoberta em 1884 pelo bacteriologista alemão Robert Koch. Através do melhoramento de técnicas para colorir seres de caráter microscópico o cientista conseguiu identificar estes micro-organismos e diferenciá-los dependendo do tipo de corante absorvido por estes (UJVARI, 2012). O bacilo, por sua vez, nomeado de *Vibrio cholerae* é transmitido pelas fezes de pessoas infectadas e pode entrar no corpo das pessoas através da ingestão de alimentos contaminados, logo se multiplicando, rapidamente desidratando suas vítimas e podendo levar ao falecimento do indivíduo em pouco tempo (DAVID, 1993).

30 Considerando o exposto por Fonseca e Silveira (2019) a partir das fontes que utilizaram analisa-se que a mesma estratégia possa ter sido utilizada pelo presidente da província de Minas Gerais, Francisco Diogo Pereira de Vasconcelos, no surto de cólera de 1855 nesta província. Ao enviar ofício nomeando três médicos residentes em Ouro Preto para formarem comissão sanitária e atuarem contra o cólera há um destaque que a atuação destes sujeitos permitiria aos indivíduos acometidos que tivessem mais coragem para enfrentar o flagelo.

31 No relatório de 1865 também do Dr. Franklin Americo de Menezes Doria com a ausência de novos surtos epidêmicos, citando apenas alguns poucos casos de varíola, sífilis e outras doenças, torna a aparecer o discurso da Divina Providência, vinculando a inexistência de novas epidemias a um simbolismo religioso (PIAUHY, 1865). Interessante destacar ainda que Bastos (1994) ao tratar sobre o cólera em seu dicionário Histórico-Geográfico do Piauí registra novo surto de cólera em Oeiras em 1865, entretanto, não encontramos menção a este surto nos relatórios de presidentes da província e não tivemos acesso aos documentos consultados pelo autor.

32 A varíola tornou-se doença comum no cotidiano americano a partir do contexto de conquista das populações nativas que viviam no território que posteriormente denominou-

primeiro semestre de 1866, tendo afetado Teresina, Parnaíba, Oeiras, São Gonçalo, Barras, dentre outras localidades não mencionadas. No final da nota relacionada a saúde pública, no entanto, tem-se uma nova menção ao cólera na província do Piauí, conforme pode-se observar no trecho a seguir:

O estado sanitario da provincia pareceu a pouco ameaçado da cholera-morbus, enquanto se aceitou a noticia do reaparecimento de tal flagello na provincia do Ceará, visinha d'esta. Similhante noticia chegou a ser-me transmitida oficialmente pelas principaes auctoridades da Parnahyba, acompanhada da declaração de que um dos vapores costeiros, de volta da Fortaleza e surto no porto da Amarração, não tinha trazido limpa a carta de saude. Isto supposto, apressei-me em dar todas as providencias que reclamava tão grave communição, mas felizmente foi em breve desvanecida a ideia da invazão da cholera-morbus no Ceará (PIAUHY, 1866a, p. 20).

Ainda que o Piauí não volte a vivenciar nova epidemia de cólera permanece na província um imaginário do medo acerca da doença e dos efeitos que esta poderia ter caso novo surto epidêmico voltasse a grassar nas vilas e cidades piauienses. Mesmo que a doença não tivesse de fato ressurgido a simples possibilidade de isso ocorrer já provoca o receio por parte da administração pública ao ponto de verem nisto uma ameaça ao estado sanitário do Piauí.

se América. No momento anterior à conquista “[...] a população indígena – numericamente fraca, dispersa geograficamente e sem manter convívio com animais domésticos, tais como bovinos, equinos, ovinos, cães e galináceos, todos esses responsáveis pela transmissão de inúmeras doenças, – estava mais resguardada da invasão dos micróbios. De uma forma geral, antes da chegada dos europeus, os índios apresentavam poucos problemas de saúde, os quais geralmente eram decorrentes de picadas de cobras e de outros animais peçonhentos, de ferimentos provocados pelas frequentes lutas intertribais, da presença de algumas verminoses ou de doenças de pele, como a sarna” (MIRANDA, 2017, p.160). A América Portuguesa neste contexto, isto é, séculos XVI, XVII e XVIII, passou a caracterizar-se pelo surgimento de surtos de doenças infectocontagiosas de caráter epidêmicos, como o sarampo, disenterias, **varíolas** e gripes, bem como endêmicos, a exemplo da lepra, sífilis e tuberculose, além das carências, tais como o raquitismo, pelagra, anemia e escorbuto, existindo ainda a presença da malária e febre amarela. Além disso, através dos registros feitos pelos jesuítas é possível indicar o horror das populações nativas que vivenciavam essas epidemias, bem como a terapêutica empregada para a tentativa de curar (MIRANDA, 2017).

Interessante ainda que o medo em torno da doença neste momento relacionou-se com a existência de novo surto epidêmico do cólera na província vizinha do Ceará, especificamente no distrito vizinho de Amarração, e em função da passagem de embarcação que vindo da capital cearense havia feito escala nesta última que mantinha contato constante com Parnaíba.

A passagem desse vapor por espaços contaminados pela enfermidade e a apresentação de uma carta de saúde³³ que não se encontrava limpa foi motivação suficiente para que a administração pública tomasse medidas profiláticas e, embora estas não tenham sido mencionadas, provavelmente tratou-se de destinar espaço para quarentena de infectados, atendendo ao Decreto nº 828 de 29 de setembro de 1851 (BRASIL, 1851) do governo imperial.

Imperioso indicar ainda a atribuição feita em 1867 pelo médico Simplicio de Souza Mendes à Divina Providência ou ao clima do Piauí o fato de o cólera asiático não ter assumido novo caráter epidêmico na província ou mesmo de não ter provocado tantas mortes como em outras localidades. No Relatório do Presidente da Província Dr. Adelino Antonio de Luna Freire há uma transcrição do relatório do citado médico para informar sobre o estado de saúde pública e a vacinação de varíola na província. Sobre o cólera tem-se o seguinte:

– Seja um favor providencial, seja o efeito necessario e immediato de causas naturaes e permanentes, o que é certo é que este nosso clima – apezar de secco e quente, mas ventilado e rarefeito – tem-nos posto até hoje ao abrigo d’essas grandes calamidades e pestes, que sõem invadir todo o litoral do Imperio de annos á esta parte, e que, mercê de Deus, ou não tem podido ainda vencer as barreiras supremas que se lhe oppoem, ou encontrão logo tantas forças neutralisadoras e dissolventes, que nos é grato dizer; suas consequencias fataes são nenhumas e desconhecidas, attendendo-se ao character violento, pernicioso e geralmente mortifero, que a sciencia e um obituario espantoso

33 As cartas de saúde eram documentos concedidos pelas autoridades sanitárias dos portos às embarcações que aportassem nestes espaços. Este documento servia para atestar como se encontrava a saúde da tripulação, bem como o porto de origem destas embarcações e deveria ser apresentado pelo capitão em cada porto que atracasse às autoridades sanitárias que ali se encontrassem. Além disso, não eram documentos exigidos entre portos situados no mesmo território provincial (REBELO, 2013).

lhes assignalão quasi sempre, n'aquelles logares por onde passão, se demorão ou reinão periodica ou constantemente sob a forma endemica, contagiosa, e *sui generis* epidemica. Assim é, que nem a febre amarela, o tiphos, e sobre tudo a cholera-morbus aziatica, ou esporadica, mesmo tão temivel e como que aclimatada nas outras provincias, nesta – em boa hora o dizemos – continua desconhecida e mui distante de todas as mais tristes previsões desta pacifica e bondosa população (PIAUHY, 1867, p. 56).

Por quais motivos, então, o cólera não teria tomado proporções similares a outras províncias, a exemplo da Bahia onde as mortes chegaram a 36 mil pessoas ou à Paraíba com o número estimado de 30 mil (DAVID, 1993)? Para o médico Simplicio de Souza Mendes naquele momento duas explicações tornavam-se possíveis: a religiosa/espiritual/divina e a científica.

Conforme já indicado sempre que a epidemia sai de cena a Divina Providência reaparece e, se o “mal” deixa de agir perante a província isso se deve pela ação divina que interveio e pôs fim ao flagelo que havia anteriormente sido imposto. Nesse caso, no entanto, além da Divina Providência o médico que atesta sobre a situação de salubridade pública da província busca outra explicação para o fato de a doença ter terminado e não ter ocorrido outro surto epidêmico: recorre-se a ciência, especificamente a teoria miasmática³⁴.

A partir desta o médico indica como o clima, especificamente a ventilação dos espaços, possivelmente evitou que as previsões trágicas dadas pela ciência em outras localidades não se concretizaram no Piauí livrando suas populações, portanto, de conjunturas mais problemáticas com doenças como o cólera, a febre tifoide e a febre amarela, esta última também com surtos epidêmicos na década de 1860 conforme Nunes (2007).

34 A teoria miasmática partia do princípio da necessidade de se higienizar os espaços públicos. A partir disso seria possível tentar proteger o ar das emanações pútridas e fedores que poderiam contaminá-lo. Os miasmas poderiam ser facilmente encontrados nas multidões, nos excrementos, nos animais em habitações insalubres, solos umedecidos, cadáveres, hospitais, água suja etc. A teoria indica que, caso um solo fosse tido como perigoso ou nocivo à saúde, este deveria ser drenado a fim de torná-lo inofensivo. No caso das ruas, estas deveriam ser pavimentadas com o intuito de facilitar a limpeza (MASTROMAURO, 2011).

No entanto, se o cólera não teve o mesmo efeito no Piauí nesta época que em outras províncias brasileiras ou mesmo países talvez possamos sugerir que isto seja em decorrência da quantidade reduzida de pessoas que viviam no território piauiense e, especialmente, nos espaços urbanos, locais de maior contaminação da doença neste período, segundo David (1993).

No quadro 1 podemos observar os números demográficos em 1865, a partir de dados presentes no relatório do 2º Vice-Presidente da Província José Manoel de Freitas apresentado à Assembleia Legislativa em 21 de julho de 1868 (PIAUHY, 1868), dos espaços atingidos pelo cólera nos anos anteriores. No quadro 2 o número de pessoas mortas pelo cólera nas localidades afetadas.

Quadro 1 – Contingente populacional em 1865 das cidades e vilas do Piauí que foram acometidas pelos surtos de cólera entre 1862 e 1863

| Cidades e Vilas | Habitantes livres e escravizados |
|------------------------|---|
| Parnaíba | 14.347 |
| Oeiras | 10.809 |
| Jaicós | 8.920 |
| Príncipe Imperial | 7.379 |
| Independência | 7.243 |
| Marvão | 7.122 |
| Campo Maior | 6.190 |
| Picos | 5.928 |

Fonte: Organização dos autores (2021)

Quadro 2 – Número de óbitos em decorrência do Cólera entre 1862 e 1863 na província do Piauí

| Cidades e Vilas | Óbitos |
|------------------------|---------------|
| Príncipe Imperial | 52 |
| Independência | 47 |

Fonte: Organização dos autores (2021)

É preciso considerar, portanto, que a população piauiense, especificamente das cidades e vilas afetadas, tratava-se de um número reduzido ao compararmos, por exemplo, com a Bahia e sua capital, Salvador, respectivamente em números aproximados de 1 milhão e 56 mil pessoas em 1855 (DAVID, 1993).

Há de se considerar ainda a insalubridade de espaços que foram mais afetados pela enfermidade, como é o caso de Salvador, na explicação acerca do porquê o número elevado de mortes, segundo David (1993). Deste modo, no caso do Piauí, talvez o número reduzido de pessoas que viviam nos espaços mais afetados pelo cólera tenha contribuído para reduzir o contágio na província. Certamente a salubridade destes espaços também teve influência nesse contágio, assim como na Bahia, contudo nos faltam documentos³⁵ para uma análise mais aprofundada neste aspecto.

Duas décadas depois³⁶, o cólera tornou a ameaçar a província do Piauí e provocar o medo no imaginário da população e, especialmente, na administração pública. De acordo com Baptista e Nascimento (2018) em dezembro de 1884 o periódico “A Época” lança uma nota em que comenta sobre o reaparecimento do cólera na Europa.

35 Talvez o estudo de Sousa, Nascimento e Santana (2020) por utilizar outras fontes, a exemplo do jornal piauiense “O Expectador” de 1862, possa futuramente trazer mais informações sobre esta questão da salubridade das vilas e cidades piauienses e como isto afetou o contágio ou não nos espaços afetados.

36 Não encontramos menções ao Cólera entre os anos de 1868 e 1883 nos relatórios dos presidentes da província.

A preocupação do periódico resvala na existência de um porto marítimo na província do Piauí que estabelecia contato com diretamente com a Europa, portanto, sujeito ao aporte de embarcações contaminadas com a enfermidade. A nota questiona ainda o que o governo provincial estaria fazendo para evitar que a doença voltasse a grassar no Piauí, sugerindo que o lazareto³⁷ que já havia sido construído na administração anterior na região de Amarração não seria o suficiente e apontando as medidas mais enérgicas tomadas pelo governo imperial, como o fechamento de portos, que poderiam ser tomadas como exemplos pela administração da província.

Ainda que o questionamento das medidas tomadas reflita diretamente em questões políticas, isto é, nas disputas entre o Partido Liberal e Conservador, conforme salientado por Baptista e Nascimento (2018), é interessante destacar que apesar disso novamente o cólera reaparece no discurso político enquanto um flagelo e este, por sua vez, responsável por trazer o medo às pessoas que viviam naquela época.

A remota possibilidade de a doença alcançar novamente o território piauiense, tornando-se novamente epidêmica é o bastante para assustar, bem como indagar as autoridades como evitar que este flagelo, que este mal, mais uma vez provoque vítimas, bem como pânico e medo não apenas entre as cidades e vilas costeiras, mas também entre aquelas do interior da província do Piauí.

O cólera, no entanto, não foi a única enfermidade no contexto dos anos 1860 a atingir um caráter epidêmico ou mesmo a modificar o cotidiano dos piauienses, bem como provocar medos e receios, além de medidas enérgicas por parte da administração pública e, talvez, atitudes desesperadas por parte de sujeitos acometidos por essas enfermidades, muitas vezes, mortais.

37 Nos documentos analisados é possível encontrar a construção de lazaretos em Teresina e Parnaíba para o recebimento de enfermos da varíola e cólera respectivamente. Em 1884 em momento que o cólera volta a ameaçar a província foi construído um novo lazareto em Amarração (BAPTISTA; NASCIMENTO, 2018).

Considerações finais

Ao término desta narrativa sobre medo, doenças e morte ficam os ensinamentos de Albuquerque Jr. (2017) sobre a impossibilidade de conhecer o mundo tal qual ele é. Ao historiador é necessário compreender que é possível abarcar apenas circunstâncias particulares sem a pretensão de se chegar a uma verdade inalcançável.

A historicidade encontra-se atrelada a essas questões no presente e no passado. Este último, deste modo, torna-se uma invenção composto por diferentes práticas e discursos realizados ao longo do tempo e quanto mais tentamos alcançá-los, mais o afastamos de ser conhecido. A História, neste ponto de vista, torna-se produtora de esquecimentos à medida que vai (re)construindo narrativas previamente produzidas sobre um passado que acreditava-se ser conhecido.

Deste modo, os objetos, documentos ou vestígios não trazem por si só a História ou mesmo o sentido desta. É preciso a criação de uma narrativa a partir de um conhecimento histórico previamente conhecido para que seja possível historicizar o documento. Só então este passa a ter um sentido e um significado histórico.

Foi essa historicidade e narrativa que buscamos criar ao refletirmos a partir dos relatórios de presidência da província do Piauí sobre o medo, doença e morte na segunda metade do século XIX, isto é, sobre as possíveis sensibilidades que os sujeitos que nesta época existiram vivenciaram ao se deparar com o cólera.

Assim, considerando as reações diversas que o ser humano pode ter frente ao medo e à morte e, tendo em vista ainda a conjuntura do Piauí enfermo na década de 1860, a narrativa construída ao longo deste artigo não nos parece improvável de ter se sucedido. De todo modo, faz-se necessário que novas pesquisas e novos documentos sejam utilizados para que as perguntas não respondidas e possibilidades elencadas ao longo deste trabalho possam ser exploradas.

Fontes documentais

BRASIL. Decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851. Manda executar o regulamento da Junta de Hygiene Publica. In: _____. **Coleção das leis do Império do Brasil**, Rio de Janeiro, v.1, parte 2, p. 259, 1851. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>. Acesso em 21 abr. 2021.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio do Presidente do Piauhy o commendador Frederico D'Almeida e Albuquerque appresentado á respectiva Assembleia Legislativa Provincial na sessão ordinaria de 1856*. São Luiz: Typographia do Progresso, 1856.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Exm. Sr. Dr. Antonio de Britto Souza Gayozo passou a administração da provincia do Piauhy ao Exm. Sr. Prezidente Dr. José Fernandes Moreira no dia 13 de junho de 1862*. Therezina: Tipographia Conservadora, 1862a.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio que o Exm. Presidente da Provincia do Piauhy Dr. José Fernandes Moreira apresentou á Assembleia Legislativa Provincial por ocasião de sua installação no dia 10 de novembro de 1862*. Therezina: Tipographia Conservadora, 1862b.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Exm. Sr. Presidente Dr. José Fernandes Moreira passou a Administração da Provincia do Piauhy ao Exm. Sr. Dr. Pedro Leão Vellozo no dia 1 de julho de 1863*. Therezina: Typographia Progressista, 1863a.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Exm. Sr. Presidente Dr. Pedro Leão Vellozo passou a Administração da Provincia do Piauhy ao Exm. Sr. 2º Vice-Presidente Dr. Antonio de Sampaio Almendra no dia 4 de dezembro de 1863*. Therezina: Typographia Progressista, 1863b.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio apresentado á Assembleia Legislativa do Piauhy no dia 12 de julho de 1865 pelo Prezidente da Provincia o Exm. Sr. Dr. Franklin Americo de Menezes Doria*. San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1865.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio apresentado á Assembleia Legislativa do Piauhy no dia 9 de julho de 1866 pelo Prezidente da Provincia o Exm. Sr. Dr. Franklin Americo de Menezes Doria*. San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1866a.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Excellentissimo Senhor Dr. Franklin A. de Menezes Doria entregou a Administração ao Excellentissimo 2º Vice-*

Presidente Dr. José Manoel de Freitas no dia 3 de agosto de 1866. San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1866b.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Excm. Vice-Presidente da Província do Piauhy Dr. José Manoel de Freitas passou a Administração ao Excellentissimo Presidente Dr. Adelino Antonio de Luna Freire no dia 5 de outubro de 1866.* San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1866c.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio apresentado á Assembleia Legislativa do Piauhy no dia 9 de setembro de 1867 pelo Prezidente da Província o Exm. Sr. Dr. Adelino Antonio de Luna Freire.* San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1867.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio apresentado á Assembleia Legislativa do Piauhy no dia 21 de julho de 1868 pelo Segundo Vice-Presidente o Exm. Sr. Dr. José de Manoel de Freitas.* San'Luiz: Typ. de B. de Mattos, 1868.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Exm. Sr. Desembargador Delfino Augusto Cavalcanti D'Albuquerque passou a Administração da Província do Piauhy, em 4 de agosto de 1876 ao Exm. Sr. Dr. Luiz Eugenio Horta Barbosa.* Theresina: Typ. do Piauhy, 1876.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio apresentado a Assembléa Legislativa do Piauhy, em sua sessão extraordinaria de 13 de abril de 1877 pelo Exm. Senr. Dr. Gracilliano de Paula Baptista Presidente da mesma Província.* Theresina: Typ. da Moderação, 1877.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Excellentissimo Senhor Dr. João Pedro Belfort Vieira, passou a administração da Província do Piauhy, Excellentissimo Senhor Dr. Manoel Idelfonso de Souza Lima, 4º Vice-Presidente da mesma Província no dia 11 de dezembro de 1879.* Theresina: Typ. do Semanario, 1879a.

PIAUHY. Presidência da Província. *Relatorio com que o Exm. Sr. Dr. Sancho de Barros Pimentel passou a administração da Província do Piauhy ao Exm.º Sr. 4º Vice-Presidente Dr. Constantino Luiz da Silva Moura no dia 13 de dezembro de 1878.* Theresina: Typographia da Imprensa, 1879b.

Referências

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. História: a arte de inventar o passado. In: _____. **História: a arte de inventar o passado.** Ensaios de teoria da história. Curitiba: Prismas, 2017. p. 57-72.

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

BAPTISTA, Marcus Pierre de Carvalho; NASCIMENTO, Francisco de Assis de Sousa. O Inimigo vem do Mar: Cólera, Medo e Morte no Litoral Piauiense no Final do Século XIX. **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science (UniEVANGÉLICA)**, v.7, n.2, p. 12-28, maio / ago. 2018.

BAPTISTA, Marcus Pierre de Carvalho; NASCIMENTO, Francisco de Assis de Sousa; BAPTISTA, Elisabeth Mary de Carvalho. Questões de litígio entre o Piauí e o Ceará: Embates pela Vila de Amarração no litoral do Piauí (1880 – 1884). **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 182, n. 485, p. 225-252, jan./abr. 2021

BASTOS, Cláudio de Albuquerque. **Dicionário Histórico e Geográfico do estado do Piauí**. Teresina: Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 1994.

DAVID, Onildo Reis. **O Inimigo Invisível**: A epidemia do cólera na Bahia em 1855-56. 1993. 177 f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.

DEL PRIORE, Mary. O Império: panela fervilhante de moléstias e epidemias. *In*: _____. **Histórias da gente brasileira**: v.2 – Império. São Paulo: LeYa, 2016. p. 304-315.

FONSECA, Ana Carolina Rezende; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. Uma breve história da epidemia de cólera na província de Minas Gerais. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; PIMENTA, Tânia Salgado; MOTA, André (Org.). **No rastro das províncias**: as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019.

FRANCO, Sebastião Pimentel; LOPES, André Fraga; FRANCO, Luiz Felipe Sias. Flagelos da justiça de Deus: a febre amarela e o cólera no Espírito Santo. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; PIMENTA, Tânia Salgado; MOTA, André (Org.). **No rastro das províncias**: as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019.

GONÇALVES, Wilson Carvalho. **Grande Dicionário Histórico-Biográfico piauiense 1549 – 1997**. Teresina: [s.n.], 1997.

GOULART, Adriana da Costa. **Um cenário mefistofélico**: gripe espanhola no Rio de Janeiro. 2003. 214 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

LEMOS, Mayara de Almeida. **Terror no sertão do Ceará**: o cólera e seus flagelos. Fortaleza: EdUECE, 2016.

LEMOS, Mayara de Almeida. Asquerosa enfermidade: cólera no Ceará. *In*: FRANCO, Sebastião Pimentel; PIMENTA, Tânia Salgado; MOTA, André (Org.). **No rastro das províncias**: as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019.

MASTROMAURO, Giovana Carla. Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: ANPUH, 2011. p. 1-14.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. A espada, a cruz e os germes. *In*: _____. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura. 3. ed. Recife: UFPE, 2017. p. 139-176.

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. **Endemias e epidemias**: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose. Belo Horizonte: Nescon; UFMG, 2012.

NUNES, Odilon. **Pesquisas para a História do Piauí v.4**. Teresina: FUNDAPI; Fundação Cultural Monsenhor Chaves, 2007.

REBELO, Fernanda. Entre o Carlo R. e o Orleannais: a saúde pública e a profilaxia marítima no relato de dois casos de navios de imigrantes no porto do Rio de Janeiro, 1893-1907. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.765-796, jul./set. 2013.

SOUSA, Francisco de Assis Lemos de; NASCIMENTO, Arielly de Moura; SANTANA, Márcia Castelo Branco Santana. as preocupações do governo provincial para conter o cólera na província do Piauí na década de 1860. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA, 6., 2020, Fortaleza. **Anais** [...]. Fortaleza: UFC, 2020. p. 1-2.

TUAN, Yi-Fu. **Paisagens do Medo**. São Paulo: UNESP, 2005.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus**: bactérias, parasitas e outros microorganismos. São Paulo: Contexto, 2012.

Uma criminalização entra em debate: a liberdade profissional de curandeiros nos Annaes da Câmara dos Deputados Federais (1890-1899)

Jefferson Nascimento Albino¹

Introdução

Um velho sacerdote que exercia a homeopatia na sua freguesia, me dizia com o entusiasmo das suas crenças religiosas: como é possível que o Estado permita ao indivíduo o direito de ir para o inferno com o Deus da sua confiança, e não lhe concede o direito de ir para o cemitério com o médico de sua escolha, quando o cemitério é o único caminho do inferno? Acho que ele tinha razão².

Este trecho, retirado dos *Annaes da Câmara de Deputados*, refere-se ao argumento do médico e deputado Raimundo Bandeira que, em 23 de outubro de 1891, buscava justificar os motivos pelos quais seriam ilegais criminalizar o curandeirismo. Em sua fala, ele

1 Doutorando do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde na Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O trabalho aqui apresentado é resultado do financiamento da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail para contato: jefferson.albino@aluno.fiocruz.br

2 *Anais da câmara*, sessão de 23 de outubro de 1891.

indica que um sacerdote homeopata indagava sobre a incongruência de se garantir a liberdade religiosa – “direito de ir para o inferno com o Deus de sua confiança”, mas não permitir a liberdade profissional sobre o exercício da cura – “e não lhe concede o direito de ir para o cemitério com o médico de sua escolha”.

A concordância com a posição do sacerdote demarca o teor liberal da fala de Raimundo Bandeira que observava a proibição destas práticas como ausência das liberdades individuais – asseguradas na Constituição de 1891, e ausência de assistência médica à população – reconhecendo o papel dos curandeiros no processo de auxílio na cura da população. Para ele, caberia ao Estado julgar o médico e o curandeiro a partir de seus erros no exercício de suas profissões, e não determinar que um é mais capacitado que o outro. Além disso, na lógica do livre mercado, o bom terapeuta teria mais pacientes enquanto o charlatão não seria procurado. Uma questão que independeria do diploma, mas que com a criminalização do curandeirismo, acaba se tornando inviável.

Tal debate estava sendo posto, pois já em 1890, no alvorecer da República, seus líderes promulgaram um novo Código Penal em substituição ao anterior, de 1830. Dentre as suas muitas novidades, no seu capítulo III, sobre “Crimes contra a Saúde Pública”, proibia-se o livre exercício da medicina por pessoas não autorizadas (art. 156); bem como se determinou a proibição da venda e usos de talismãs e outros objetos na prática da feitiçaria, espiritismo ou artes da adivinhação (Art. 157); da mesma forma foi proibida a cura por elementos dos reinos animais ou vegetais exercidos pelos denominados curandeiros (art. 158)³.

3 Art. 156. Exercer a medicina em qualquer dos seus ramos, a arte dentaria ou a pharmacia; praticar a homeopathia, a dosimetria, o hypnotismo ou magnetismo animal, sem estar habilitado segundo as leis e regulamentos: Penas - de prisão cellullar por um a seis mezes e multa de 100\$ a 500\$000.Paragrapho unico. Pelos abusos commettidos no exercicio ilegal da medicina em geral, os seus autores soffrerão, além das penas estabelecidas, as que forem impostas aos crimes a que derem causa. Art. 157. Praticar o espíritismo, a magia e seus sortilegios, usar de talismans e cartomancias para despertar sentimentos de odio ou amor, inculcar cura de molestias curaveis ou incuraveis, emfim, para fascinar e subjugar a credulidade publica: Penas - de prisão cellullar por um a seis mezes e multa de 100\$ a 500\$000. § 1º Si por influéncia, ou em consequencia de qualquer destes meios, resultar ao paciente privação, ou alteração

Os motivos que levaram a estas criminalizações foram múltiplos. A historiadora Adriana Gomes (2020), ao pesquisar sobre a criminalização do espiritismo no período republicano, aponta que tal criminalização já era debatida anterior a proclamação, e que com a necessidade de se aprovar o novo Código, o anteprojeto havia sido promulgado na sua íntegra, mas sofreu duras críticas por conta do seu teor antiliberal e embasamento no direito clássico, que era apontado pelo direito positivista como atrasado.

A argumentação de Gomes nos remete a percepção de que estes praticantes de cura popular – indivíduos que atuavam nas artes de curar sem possuírem diploma conferido por uma faculdade de medicina, eram encarados como problema ainda no Segundo Reinado, e que as interpretações que norteariam os republicanos, no que diz respeito ao tema, inicialmente seria os mesmos formulados no Império. Isso nos levou a questionar sobre o modo como essas terapias foram interpretadas no período anterior ao Código Penal de 1890.

Dentre as diferentes produções historiográficas, destacamos a historiadora Gabriela Sampaio (2009), que analisou a trajetória do Pai-de-Santo Juca Rosa, negro liberto que atendia as mulheres da alta sociedade carioca e acabou se destacando e ganhando fama nos jornais da cidade. Sampaio indica que a repressão às práticas de curandeiros, feiticeiros e outras figuras como Juca Rosa, estavam associadas ao preconceito e criminalização das práticas africanas. Em um país que

temporaria ou permanente, das faculdades psychicas: Penas - de prisão cellullar por um a seis annos e multa de 200\$ a 500\$000. § 2º Em igual pena, e mais na de privação do exercicio da profissão por tempo igual ao da condemnação, incorrerá o médico que directamente praticar qualquer dos actos acima referidos, ou assumir a responsabilidade delles. Art. 158. Ministrar, ou simplesmente prescrever, como meio curativo para uso interno ou externo, e sob qualquer fórma preparada, substância de qualquer dos reinos da natureza, fazendo, ou exercendo assim, o officio do denominado curandeiro: Penas - de prisão cellullar por um a seis mezes e multa de 100\$ a 500\$000. Paragrapho unico. Si o emprego de qualquer substância resultar a pessoa privação, ou alteração temporaria ou permanente de suas faculdades psychicas ou funcções physiologicas, deformidade, ou inhabilitação do exercicio de órgão ou aparelho organico, ou, em summa, alguma enfermidade: Penas - de prisão cellullar por um a seis annos e multa de 200\$ a 500\$000. Si resultar a morte: Pena - de prisão cellullar por seis a vinte e quatro annos (BRASIL, 1890).

buscava, sobretudo a partir da década de 1870, se alinhar com os ideais de modernidade e progresso que se propagaram na Europa e Estados Unidos, não seria interessante permitir a perpetuação destas práticas vistas por intelectuais como fetichistas ou primitivas.

Além deste aspecto que acabou incluindo os terapeutas populares no bojo das “classes perigosas”, havia as tensões com as instituições e classes médicas. No processo de institucionalização da medicina, que ao longo do século XIX e XX passa por grandes mudanças, os curandeiros eram compreendidos como um problema na agenda dos médicos higienistas. A falta de confiança nas práticas médicas, as disputas entre médicos, os altos valores e a proximidade social entre pacientes e curandeiros foram alguns dos motivos que impediam o projeto dos diplomados.

Com a criação da Junta de Higiene Pública em 1850 e sua conversão em Inspetoria-Geral de Higiene em 1886, até o fim do seu funcionamento em 1892, ocorreu uma considerável centralização de parte dos assuntos sobre saúde pública nas mãos dos médicos, que ao lado da Academia de Medicina e das Faculdades de Medicina, buscaram soluções para epidemias e endemias que assolavam o país. Além disso, os higienistas também buscaram curas para os problemas que eram encarados como degenerativos ao corpo social. O próprio curandeirismo foi visto como danoso à saúde da população; os espaços de circulação e habitação dos grupos menos abastados, bem como suas práticas sociais e culturais, foram encarados como propagadores de doenças ou hábitos que não condiziam com o projeto de nação.

Como resultado, ao longo da República vemos muitos médicos que adentram na esfera política. Fosse como forma de garantir uma maior renda frente à competitividade do mundo das artes de curar (Dantas, 2013), ou fosse por defender as agendas sanitárias, estes médicos também contribuíram para essa criminalização. Todavia, a existência dos artigos no Código Penal de 1890, não excluía de imediato o exercício destas práticas populares. A reinvenção dos cultos africanos em candomblés, catimbós e muitas outras expressões religiosas, desponta que o projeto colonial, embora tentasse, não

conseguiu sufocar os saberes ancestrais que ganharam novas formas e significados nas bandas de cá do Atlântico.

A permanência e persistência de curandeiros, espíritas, feiticeiros e muitos outros personagens que atuavam pelas ruas da capital republicana colocava em xeque o projeto civilizador das elites. Através de negociações e aberturas no sistema social vigente, esses agentes históricos exerciam seu poder tensionando as relações que, a princípio, nos apresentavam um sentido de dominação, mas que na prática, sinalizava diferentes vozes e percepções sobre o livre exercício das artes de curar. A própria presença de um médico e deputado na defesa da liberdade profissional atesta que a questão estava longe de ser um consenso. Então, a partir da fala do deputado Raimundo Bandeira e destas preposições nos questionamos: outros deputados como Bandeira defendiam a liberdade profissional dos curandeiros? Haveria outras visões sobre o tema na Câmara de Deputados?

A partir de tais questionamentos, neste capítulo, buscamos refletir sobre a liberdade profissional dos curandeiros nos debates políticos que ocorreram na Câmara de Deputados Federais entre os anos de 1891-1899. Em meio as posições, identificamos a presença de duas argumentações. De um lado, haviam deputados como Raimundo Bandeira, o rio-grandense Demétrio Ribeiro e o pernambucano Barbosa Lima que, a partir de uma visão positivista e/ou liberal, defendiam o fim do monopólio do diploma sobre as profissões, sobretudo no que se referia ao exercício da medicina. Do outro, a argumentação sinalizava os perigos do livre exercício da medicina para a saúde pública e de seus pacientes, atentando para a obrigatoriedade do diploma como mecanismo de validação da competência dos profissionais, visão presente na posição do deputado carioca Júlio Santos. O que conectava ambos os argumentos era a busca constante pela implementação de uma sociedade comprometida com a modernidade e cientificismo.

No debate, foram acionados nas argumentações não apenas leis, mas também exemplos de outros países e experiências profissionais e de outros terapeutas na tentativa de se manter a criminalização contida no Código Penal ou acabar com ela. Um dos argumentos

mais recorrentes na defesa da liberdade profissional seria um possível conflito entre os artigos do Código e a Constituição Federal de 1891, pois, se no primeiro, como vimos, era criminalizada as artes de curar; nos incisos 3º e 24º do artigo 72⁴ da Constituição asseguravam-se as liberdades religiosa e profissional a qualquer brasileiro. Esta última era entendida por muitos como não exigente de diploma, e por isso, seria inconstitucional permitir que apenas pessoas autorizadas (diplomadas) exercessem a medicina.

Na contramão do que identificamos no Rio de Janeiro, no Rio Grande do Sul o governador positivista Júlio de Castilhos implementou a liberdade profissional sobre o exercício da cura. Contexto e debate analisados pela historiadora Beatriz Weber (1999), que indicou o reconhecimento do papel religioso, da caridade e da magia no tratamento de doenças exercida por não diplomados, e isso contribuiu para a formação de uma realidade na qual saberes, crenças e práticas interagem de modos diversos em suas teorias e procedimentos, tornando situações de partilha de forma às vezes sobrepostas, conflituosas ou harmoniosas.

Com a teoria positivista largamente difundida entre os rio-grandenses – e que se mostrou presente no projeto de lei encaminhado por Demétrio Ribeiro, também influenciou a forma como a medicina foi consolidada. O positivismo⁵ acabou se tornando um instrumental

4 “Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:

§3º - Todos os indivíduos e confissões religiosas podem exercer pública e livremente o seu culto, associando-se para esse fim e adquirindo bens, observadas as disposições do direito comum.

§24 - É garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial.” (BRASIL, 1891)

5 O movimento positivista que possuía como base primeira a teoria do filósofo francês Auguste Comte, foi incorporada no cenário nacional ao longo de todo século XIX a partir de diferentes frentes políticas. Entre republicanos rio-grandenses, Apostolado Positivista, positivismo científico e outras variáveis, o que se percebia como fio-condutor foram as ideias que refletiam sobre o desenvolvimento do espírito humano e da filosofia da história de forma crescente e ascendente, fundamentados em três fases ou leis: a teológica, a metafísica e a positiva. No entanto, tal centralização era uma bandeira do Apostolado Positivista que compreendia a necessidade de se implementar uma mudança social a partir de um forte controle

das tentativas da corporação médica em criar restrições ao exercício de sua prática profissional, buscando adotar medidas intervencionistas para evitar a propagação das doenças, bem como uma interferência no espaço urbano, a fim de se implementar uma higiene pública. Tais questões demarcariam os debates no Estado e reverberariam na capital através de jornais, livros e debates políticos como no caso da Câmara de Deputados Federais.

Compreender essas colocações de Weber nos permitirá observar que estes argumentos foram evocados pelos distintos atores políticos e sociais que se propuseram pensar sobre a questão da medicina científica e do curandeirismo. Na Câmara dos Deputados o debate estava posto, pois, como é visto na Constituição de 1891, faz parte das atribuições da Câmara de Deputados Federais e dos Senadores, que juntos formariam o Congresso Nacional, discutir sobre a legislação e fiscalização dos gastos públicos. Com isso, dentre muitas de suas funções estaria a de “legislar sobre o direito civil, comercial e criminal da República e o processual da Justiça Federal”⁶ e “decretar as leis orgânicas para a execução completa da Constituição”⁷. O que podemos observar com as falas registradas nos Annaes da Câmara, foi que o debate sobre a liberdade profissional não ultrapassava tal esfera, no que se refere a mudanças ou aprovação de leis, mas, ao nos direcionarmos para fontes como jornais e processos criminais, percebemos que a questão atingiu outros espaços, na dinâmica social.

Aqui, o trabalho da historiadora Glícia da Silva (2019) contribui ao apontar como as terapias e terapeutas populares foram interpretados pelos aparelhos jurídicos, Câmaras Estaduais, instituições policiais, peritos e médicos criminalistas que buscavam compreender as estratégias destes curadores e, desta forma, erradicá-los em prol do cientificismo. A autora mapeia uma teia de relações que envolvia denúncias sobre os curandeiros. Estas poderiam ser feitas por quaisquer indivíduo ou instituições de fiscalização policial

do poder central (LINS, 1964).

6 BRASIL. *Constituição Federal*, 1891.

7 *Ibidem*, 1891.

e/ou do Inspetor de higiene pública, processos jurídicos em instâncias estaduais ou federais que suscitavam advogados de defesa, acusação do júri e outros instrumentos legais como *Habeas Corpus*. Um movimento que demandava estratégias por parte dos curandeiros e aperfeiçoamento do aparelho legal a fim de combatê-los.

Os curandeiros formularam estratégias que assegurassem o exercício de seu ofício. Fosse atuar no romper da madrugada, contratar médicos para ocultar suas consultas, atender nos sobrados e casebres urbanos ou nas freguesias mais afastadas, lá era possível encontrar um curandeiro que se dedicava à cura da população que o Estado não assistia. Mas também, como bem sinalizou Gabriela Sampaio (2009), estes eram procurados por membros da elite que poderiam se tornar auxiliares na proteção de suas práticas frente aos cercos policiais e denúncias.

Entre o fazer histórico do cotidiano destes curandeiros e o fazer histórico dos deputados e outros personagens oficiais da política republicana, há inúmeras controvérsias e negociações que merecem ser analisadas sob a ótica histórica. Como forma de contribuir com as produções historiográficas sobre o curandeirismo e a liberdade profissional, buscamos analisar as posições e argumentações dos deputados em um contexto em que a República estava sendo consolidada a partir de princípios autoritários, científicos e liberais.

Com esse intuito e a fim de se aprofundar nas respostas das questões apresentadas, dividimos este capítulo em dois momentos: inicialmente buscaremos situar o curandeirismo como tema de debate no cenário político do regime republicano. A busca pelo enraizamento do novo sistema exigia de seus dirigentes a necessidade de se debater os diferentes temas, dentre eles o das terapias populares e da medicina científica. Ao compreendermos a posição que o tema ocupa, adentraremos para o segundo momento, que buscará analisar os discursos de cada deputado federal que buscou refletir sobre a questão. Três foram os momentos, e quatro foram as vozes que argumentaram sobre a liberdade profissional na década de 1890-1899. Isso nos possibilita observar e compreender o trânsito de ideias

que formulavam as argumentações nas plenárias que determinavam os projetos de leis a serem votados no país.

Entre o atraso e o moderno: o curandeirismo como tema no contexto republicano

Após a Proclamação da República em 15 de novembro de 1889, uma série de forças políticas projetaram modelos de modernização e progresso que por diferentes vias transpassaram a temática das terapias populares, tendo como um dos resultados a criminalização destas práticas no Código Penal promulgado em 1890. No debate público, o que se observou foi a sinalização para uma disputa e demarcação de saberes, práticas e territórios. Uma demarcação que buscava relegar aos não diplomados um lugar no atraso civilizacional, taxá-los como criminosos, estelionatários, charlatões, perigosos à saúde física e social. Em oposição a esses indivíduos, os médicos diplomados buscavam colocar-se como os únicos capazes de versarem sobre as artes de curar. Um movimento que embora tenha se tornado legal com a criminalização dos demais curadores em 1890, não assegurou uma adesão uníssona da população. As diferentes reações e conexões estabelecidas entre médicos, curandeiros e sociedade possibilitaram argumentos díspares dentro da esfera política.

Ao nos atentarmos em analisar quem eram os indivíduos que compunham essa esfera, identificamos uma elite político-intelectual herdeira da década de 1870, período este em que diferentes grupos sociais – militares, igrejas, literatos, médicos e outros – teceram uma série de críticas às instituições públicas do (e ao próprio) governo imperial. Isso resultou em uma configuração heterogênea de grupos que se julgavam excluídos do antigo jogo político. Entrelaçado a estas reivindicações estavam as teorias filosóficas como o positivismo, social-darwinismo, evolucionismo, liberalismo⁸ e materialismo.

8 O liberalismo é uma doutrina que preconiza a liberdade individual aplicada, principalmente, nos terrenos político e econômico. Combina os ideais de livre associação e organização e tem como ideal político uma sociedade com um mínimo de governo, pois entende que as intervenções governamentais são inimigas da liberdade. As Constituições que seguem o modelo liberal se preocupam, exclusivamente, em estruturar o Estado e garantir os direitos,

Na ponta deste *iceberg* estava a tentativa de orquestrar um modelo de nação que prezasse por liberdades, progresso, modernidade e civilidade, possuindo como bússola os princípios científicos.

A consequência desta organização foi a pouca aderência ao sentimento republicano após sua instauração. Por este motivo, a junta governamental que se instituiu (1889 – 1893), em um primeiro momento, optou por estabelecer e consolidar o sentimento e os princípios republicanos a partir de vias autoritárias, o que resultou na delimitação dos “inimigos” do regime e os elementos de obstrução de sua consolidação. Por esse aspecto, mesmo antes da aprovação de uma nova Constituição Federal, o Marechal Deodoro da Fonseca – primeiro presidente da República – solicitou de imediato a substituição do antigo Código Penal (1830) por um novo, que entrou em vigor em 1890, a partir de um projeto que ganhou seus contornos ainda no Segundo Reinado, sob os pareceres do legislador João Batista Pereira.

Adriana Gomes (2020), ao analisar os debates que formularam o Código Penal de 1890, indica que o projeto do jurista Batista Pereira foi aprovado em substituição ao do jurista Vieira de Araújo ainda no Império. A diferença de ambos estava posta no tema das terapias populares. Enquanto o anteprojeto de Araújo não possuía um artigo que criminalizasse essas práticas – por entender que uma sociedade desenvolvida não deveria se debruçar sobre questões fetichistas, ao passo de que no decorrer do processo social essas práticas sumiriam naturalmente; o projeto de Batista Pereira incluía essas artes em um capítulo específico para os crimes contra a saúde pública, demarcando sobre qual ótica o legislador analisava o tema. Por entenderem a necessidade do mesmo, a comissão organizadora aprovou o projeto de Batista Pereira, que só foi implementado no governo republicano.

Em paralelo a aprovação do Código Penal, a questão da criminalização ganha um novo capítulo após a promulgação da

visando a limitação de poderes. O Estado Liberal, fruto das revoluções burguesas do século XVIII, associado aos pressupostos do capitalismo e fundamentado na doutrina do *laissez-faire*, *laissez-passer*, caracterizou-se pela neutralidade na área econômica e social, limitando-se a fiscalizar o livre desenvolvimento das atividades de produção. Por força da doutrina liberal explica-se a total abstenção do texto constitucional em relação ao abstencionismo social, omitindo-se até mesmo nos socorros públicos. (DONADELI, 2016: 163)

Constituição republicana, em 24 de fevereiro de 1891. Nela, a partir de uma combinação entre os pensamentos positivista e liberal, foi implementada a garantia de liberdades individuais, a oficialização da separação entre Estado e Igreja, as definições e limites de cada poder político e as diretrizes que norteariam os Estados Unidos do Brasil a partir deste novo modelo político. Por meio das liberdades individuais, eram assegurados em seu artigo 72, §3 e §24 o livre credo religioso e a liberdade de quaisquer profissões, sem especificar a necessidade de diploma ou autorização para tais. Com isso, ambos os incisos abriam espaço para se questionar o emprego dos artigos do Código Penal.

E por se mostrar uma temática controversa é que acaba se tornando um dos temas debatidos pelos deputados. Fosse através de lei interpretativa ou petições públicas nos jornais, os interessados manifestavam suas opiniões que, ao serem analisadas, destacam os princípios filosóficos, políticos e sociais que os nortearam. Esses argumentos foram acessados a partir do registro documentado das sessões públicas organizadas pelos deputados. Por ter um caráter descritivo de discursos, argumentos, réplicas e trélicas, os Annaes enquanto fonte histórica se torna uma porta de acesso aos discursos lógicos e argumentativos em torno dos diferentes temas debatidos pelos membros da elite nacional.

Ao apresentar uma proposição, ao defender uma ideia ou causa, os deputados estão suscetíveis à contra-argumentação, represálias e apoios. Observar essas possibilidades nos permitiu destacar três objetivos nos discursos documentados nos Annaes: em primeiro, apresentar a posição do discursante perante à casa legislativa; em segundo, convencer os pares de que sua posição tem uma validade, pois na possibilidade de votação para projetos de leis, formam-se alianças em apoio ou oposição. Para evitar este último, o discurso necessita convencer a casa; e por fim, desarmar os contra-argumentos de oposição. Ao executar esses três passos, o discursante consegue estabelecer um consenso onde não havia. Tal instrumentalização de análise parte dos estudos do filósofo Michel Foucault (2012), que define que o discurso não é só uma organização sistêmica e lógica de palavras e enunciados, mas sim uma ferramenta organizacional

de estruturação de imaginários sociais. Ou seja, as falas proferidas não eram inocentes e alheias ao contexto social, elas dialogavam e recorriam a instrumentos que os legitimassem frente à essa realidade, ao passo que contribuíam para a formação desta mesma realidade.

Na prática buscamos perceber que os deputados que debatiam a questão da liberdade profissional estavam procurando legitimar seus discursos diante da realidade. Nesse processo, ao ser aprovado ou sustentada uma posição ou outra, haveria a modificação de algumas diretrizes que norteariam a política nacional no que se referia ao tema. A tentativa de Demétrio Ribeiro em promulgar uma reformulação do artigo 72 é um exemplo, pois se a mesma não fosse vetada, automaticamente se anularia os artigos 156, 157 e 158 do Código Penal.

Estabelecer essa ferramenta de análise discursiva nos auxiliou na organização dos posicionamentos de cada deputado frente à questão. Também foi possível identificar as filosofias que norteavam cada argumentação e suas mudanças ao longo da década de 1890. Quatro foram os momentos em que a situação foi posta em debate nas sessões. Duas vezes em 1891, a primeira por Demétrio Ribeiro, que leva à votação um projeto de lei interpretativo ao artigo 72, inciso 24 da Constituição, mas tem o mesmo rejeitado pelo presidente da sessão, Francisco Glicério – ex-ministro da fazenda do governo de Deodoro e posteriormente deputado federal por São Paulo.

Meses após o ocorrido, identificamos o médico Raimundo Bandeira defendendo a liberdade profissional a partir de duas perspectivas: o privilégio dos médicos nacionais frente os curandeiros e os médicos imigrantes. Ambas buscavam demarcar um afastamento da posição positivista de Demétrio Ribeiro, mas acabava por recorrer a este pensamento como forma de se justificar o fim do privilégio dos diplomados. Cinco anos depois, em 1896, como terceiro momento, o deputado carioca Júlio Santos retoma a questão após o arquivamento de um pedido interpretativo para o artigo 72 da Constituição. Um advogado paulista recorria ao legislativo para se interpretar o artigo 24 de forma a assegurar a liberdade de seu cliente (um curandeiro), e a garantia de que ele não seria mais incomodado no exercício de

sua profissão. Na ocasião, Santos busca refletir sobre os perigos de se promover o fim do monopólio médico. Em sua fala identificamos uma posição justificada no pensamento dos três estados positivistas, ou seja, práticas como o curandeirismo se perderiam naturalmente no processo de evolução das sociedades, e criminalizá-las aceleraria esse processo.

Nos Annaes, o último momento que o tema apareceu em voga foi em 1898, através da figura do ex-presidente do estado de Pernambuco Barbosa Lima. Sua percepção é marcada pelo desenvolvimento do povo nacional destacando o privilégio médico como um atraso ao desenvolvimento do país. Para ele, a União deveria ter considerado a distribuição de ensinos universitários, a significativa quantidade de imigrantes em detrimento do povo nacional e a desvalorização da cultura nacional em valorização da europeia, como alguns dos fatores para o atraso nacional. Dentro deste atraso, a criminalização do curandeirismo e a exigência do diploma para exercer as artes de curar eram condenados por Lima, pois o curandeirismo era visto como parte integrante das práticas culturais e sociais dos brasileiros, o que lhe garantiria a legitimidade de existir e competir com a medicina científica.

Isto posto, os mesmos três objetivos que nos orientou na análise de cada fala, destacou um aspecto comum aos interesses de cada discurso: a preocupação com o futuro da Nação. No centro de cada assembleia, argumentações e contraposições estavam sendo refletidas em prol de encontrar caminhos viáveis à consolidação e vida longa da República. Fosse criminalizando os curandeiros ou garantindo a liberdade profissional, o alvo era o mesmo: o Brasil precisava se modernizar⁹.

9 O modelo liberal, além do federalismo e da equidade entre as três esferas governamentais, Legislativo, Executivo e Judiciário, reconhecia os direitos individuais dos cidadãos, mas na prática esses direitos não se tornaram tão efetivos na vida das pessoas, sobretudo por descon siderar as especificidades nacionais na sua projeção, sendo o país marcado por desigualdades sociais, econômicas e étnicas, que inviabilizavam a implementação dos direitos políticos como direitos naturais a todos os homens. Com isso, ocorreu uma concessão de direitos individuais, tais como a liberdade de expressão, de culto e profissional, que foram enxergadas como direitos civis. Por outro lado, os direitos políticos continuavam restritos a membros

A Liberdade Profissional na Câmara de Deputados Federais

1891 – Demétrio Ribeiro e Raimundo Bandeira em defesa da liberdade profissional

Foi na sessão parlamentar do dia 22 de julho de 1891 que, de forma breve, o deputado e relator Gonçalves Alves determinou a seguinte sentença: “Julgo sem fundamento o projeto n. 24 deste ano. Interpretativa do art. 72, § 24 da Constituição Federal”.¹⁰ O projeto, enviado no dia 16 de julho do mesmo ano, pelo ex-ministro da fazenda e deputado federal positivista pelo Rio Grande do Sul, Demétrio Ribeiro, solicitava uma lei interpretativa ao referido artigo.

N. 24 – 1891

Garante o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial, de acordo com o art. 72 § 24 da Constituição Federal.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O exercício das profissões de qualquer ordem, moral, intelectual e industrial a que se refere o art. 72 §24 da Constituição não depende da obtenção ou exibição de qualquer título ou diploma.

Art. 2º Ficam revogados os arts. 156, 157 e 158 do Código Penal, o Capítulo V do decreto n. 169 de 18 de janeiro de 1890 e todas as mais disposições que forem expressas ou implicitamente contrárias ao livre exercício de qualquer profissão científica, literária, técnica ou prática.

Sala das sessões, 16 de julho de 1891. – Demétrio Ribeiro.¹¹

A proposta do deputado era a de incluir ao artigo original uma afirmação clara sobre a liberdade de quaisquer profissões, solicitando a abolição de um referido privilégio dado a partir do diploma profissional. Já no artigo 2º, que se refere a revogação de leis e códigos, mostra-se que, embora o debate fizesse referência a

específicos da sociedade, situação orientada pela burguesia que buscava afastar o populacho da participação nos assuntos políticos das esferas estaduais e federais, criando uma definição de cidadãos ativos e inativos (CARVALHO, 1991; DONDELI, 2016).

10 BRASIL, *Annaes da Câmara dos Deputados*, sessão de 22 de agosto de 1891.

11 *Idem*, 1891.

diferentes profissões, havia uma restrição profissional que causava maiores controvérsias: a liberdade sobre as artes de curar.

Por detrás dos argumentos de veto, estaria a ideia de que aprovar a lei interpretativa permitiria o exercício da medicina e da farmácia, por não diplomados, “na exploração da credulidade pública”¹². Aqui, observamos um discurso que coloca o curandeirismo como prática de extorsão da ignorância dos membros da sociedade. Um dos motivos que levava a esta visão, segundo Rafael Rocha (2015) e Glícia da Silva (2019), seria o fato de que tais pensamentos buscavam evitar que esses terapeutas se tornassem lideranças populares e uma consequente oposição ao projeto de modernização do governo, além de representarem práticas interpretadas como atrasadas no processo do desenvolvimento social.

Se por um lado essas demarcações mostravam um projeto clínico de legitimação de um determinado modo de curar, o científico ocidental, mesmo que pouco definidos seus limites e domínios, não era argumento unânime entre os deputados e a própria classe de médicos a necessidade de se instituir uma criminalização aos demais praticantes e tão pouco privilegiar um dado grupo em detrimento aos demais, uma argumentação defendida na fala do médico e deputado Raimundo Bandeira, na sessão parlamentar que ocorreu dois meses após a sentença dada por Gonçalves Alves ao projeto de lei de Demétrio Ribeiro.

Na sessão do dia 23 de outubro de 1891, Raimundo Bandeira retoma o debate sobre as liberdades profissionais a partir da sua perspectiva enquanto médico diplomado, formado pela Universidade do Rio de Janeiro e com especialização na Universidade de Paris. Em seu discurso, ele introduz o tema como essencial para a “manutenção da ordem pública e defesa das instituições republicanas”¹³ a partir de dois privilégios dos médicos nacionais: frente aos médicos imigrantes e frente aos curandeiros. Na fala de Raimundo Bandeira, identifica-se uma posição descentralizadora administrativa, ligada aos princípios

12 *Ibidem*, 1891.

13 *Ibidem*, 1891.

de um liberalismo moderado, pois ao pensar a liberdade profissional, Bandeira confere à União apenas a centralidade responsável por gerir a vinda e fiscalização dos médicos imigrantes, que possuíam dificuldades em se estabelecerem no país diante da cobrança excessiva de exames para validar seu diploma.

Por outro lado, o deputado aponta o reconhecimento do importante papel que os curandeiros exerciam em regiões que possuíam pouca ou nenhuma presença de médicos, salientando que a questão deveria ser pensada para além dos domínios da capital republicana. Todavia, devemos compreender que, embora o médico apontasse o curandeirismo como paliativo em relação à ausência médica, as produções historiográficas citadas ao longo do trabalho, demonstram que tal visão não se sustentava, pois, mesmo no Rio de Janeiro e na Bahia, que sediavam as duas faculdades de medicina do país, havia uma forte competição entre os terapeutas populares e os médicos científicos. O que se apontou foi o ineficiente privilégio dado aos diplomados brasileiros no exercício de suas atividades, já que este não era assegurador de exclusividades, já que o que se via eram os terapeutas populares exercendo suas atividades, mesmo diante desta criminalização.

Neste ponto, Bandeira defende que a busca pela erradicação destes indivíduos seria ineficiente e que estes deveriam ter reconhecidos os serviços por eles oferecidos. Ou seja, não deveriam os deputados versarem sobre a proibição ou não das artes de curar, e sim sobre a condenação dos crimes cometidos por médicos ou curandeiros no exercício de suas atividades. Para o deputado, seguir neste caminho tornaria a República um regime embasado nas liberdades individuais e preparado para atingir o tão almejado progresso.

Embora posicione-se em prol de um liberalismo político e econômico, ao compararmos os argumentos de Bandeira com o trabalho de Beatriz Weber (1999), compreendemos que eram partes dos princípios positivistas rio-grandenses que norteavam sua defesa em prol da liberdade profissional de curandeiros e o fim do privilégio em relação aos médicos estrangeiros. Segundo a autora, os positivistas do Rio Grande do Sul, tal como Demétrio Ribeiro, defendiam a ideia

de que não caberia ao poder civil determinar uma prática de cura “correta” em detrimento de outras. Para este grupo, nenhum membro político possuiria capacidade de analisar os atributos morais dos médicos científicos, não se podendo obrigar a população a escolher entre um ou outro terapeuta. A necessidade de se propagar diferentes artes de curar baseava-se na relação estabelecida com a população que os procuravam.

1896 – Júlio Santos, uma oposição à liberdade profissional dos curandeiros

Na sessão de deputados do dia 8 de julho de 1896, quem obteve a palavra do dia foi o jurista e deputado Júlio Santos, ex-membro do partido conservador que, com a queda do Império, aderiu às ideias republicanas com fortes ligações ao positivismo. Na ocasião, ao começar seu discurso, ele anuncia o arquivamento de uma petição requerida pelo advogado paulista Antônio Francisco Ferreira de Carvalho, que solicitava ao Congresso a interpretação da disposição n. 24 do artigo 72 da Constituição. Partindo deste caso, Santos se propõe a debater sobre o assunto.

Logo de início, o deputado aponta a existência de duas argumentações que prevalecem entre seus colegas. Na primeira, estabelecia-se que todas as profissões deveriam ser exercidas livremente por todos, independentemente da obtenção de diploma ou quaisquer avaliações de habilitação; na segunda, estavam os deputados que defendiam a tese que declarava que o princípio constitucional apenas estabelecia a liberdade do trabalho, mas não revogava as restrições comuns a todas as liberdades. Entre ambas as posições, Júlio Santos defende que a questão é mais complexa e dinâmica do que os polos demonstram e sua fala buscava mais levantar dúvidas do que resolver o debate.

Em seu entendimento, a disposição n. 24, do artigo 72 sintetizaria o princípio da liberdade do trabalho, na qual o legislador constitucional quis evitar qualquer restrição a atividade do cidadão brasileiro, e a inspiração para tal liberdade estaria em processos históricos permeados por essa restrição. O mais marcante destes

processos foi a escravidão, pois, segundo Santos, ela se constituiu como a forma mais forte e mais expressiva a negação a esta liberdade de trabalho, *ipso facto*, logo o referido artigo seria uma forma de endossar a condenação a escravidão, na qual “efetivamente, este parágrafo visa evitar a degradação do homem constrangido na sua liberdade de trabalho.”¹⁴

Por isso, a ideia de profissão escrita no artigo, segundo Santos, foi tomada como uma entidade abstrata, definida como um complexo de conhecimentos dentro dos quais se desenvolve uma dada atividade habitual como meio de vida ou como uma distração. Esse exercício de abstração faz-se necessário para que o legislador abarcasse a multiplicidade da sociedade brasileira. Com isso, o querer dar a um indivíduo todas as aptidões para exercer a profissão que quiser não seria pensamento do legislador, porque isto não teria significação.

No entanto, se o legislador buscou consolidar essa liberdade, não significaria que todo mundo poderia exercer quaisquer profissões sem prova de capacidade ou habilitação. Para Santos, o que a lei informa é que “o farmacêutico, o médico, o engenheiro, o advogado, o profissional de qualquer ordem não podem ser inibidos por modo algum em toda a União e em todos os estados de exercer a sua profissão”¹⁵, não permitindo a participação dos curandeiros no exercício da medicina, o que sinalizava uma confusão entre liberdade civil e condição do exercício desta liberdade, aspectos que, para Santos, deveriam ser vistos de forma separada. O artigo tratava-se das questões sobre a condição do exercício da liberdade assegurada pelo governo, com a defesa embasada na ideia de que a liberdade não é a licença, não é um nivelamento das capacidades, a liberdade civil não seria a liberdade das condições do exercício de qualquer profissão.

A liberdade civil consistiria no fato de que cada um poderia usufruir dos mesmos direitos, dadas as mesmas condições, uma interpretação que comungava com as visões de talento e mérito a partir do social-darwinismo, pois seria função do governo assegurar

14 BRASIL. *Anais da câmara*, sessão de 8 de julho de 1896.

15 BRASIL. *Anais da câmara*, sessão de 8 de julho de 1896.

as mesmas condições que destacariam os mais aptos ao exercício profissional através da obtenção do diploma. Sua posição destaca que, a partir do centralismo político, caberia ao governo manter a criminalização do curandeirismo, fiscalizar e punir os delituosos. Uma defesa em torno de um Estado autoritário, que concentrava mais poder na esfera executiva e que transformava o legislativo em um mecanismo de manutenção da ordem.

Para ele, seria privilégio se a União garantisse a liberdade profissional de indivíduos que não possuíam a legitimidade em atuar junto aos diplomados, que dedicaram anos de estudos e que se viam competindo com curandeiros na sociedade, que, por fetichismo, recorria a estas figuras em detrimento ao cientificismo médico. Estes curandeiros apenas acarretariam a degradação social e nacional, afastando a República dos trilhos do progresso e inviabilizando o projeto político que buscava normatizar os hábitos e práticas sociais e culturais.

O que Júlio Santos propõe como reflexão é que, diante do pedido de interpretação da lei 72, §24, os deputados arquivam o pedido, alegando ser inconstitucional devido à clareza do texto, mas, ao mesmo tempo, argumentam em seus despachos justificativas distintas que acabam por comprometer ainda mais a interpretação da lei. E que o voto contrário da Câmara, em 1891, se deu mais como uma resposta à derrubada dos princípios da doutrina positivista, que até aquele momento dominavam a Assembleia, do que de fato promoviam a resolução da questão da lei interpretativa.

Após a ocasião, a última vez que identificamos os debates sobre o assunto nos *Annaes da Câmara dos Deputados* foi no dia 25 de novembro de 1898, em que a lei interpretativa lançada por Demétrio Ribeiro, em 1891, volta à votação, mas acaba sendo derrubada através da justificativa de descontinuidade do debate. Na sessão, o ex-governador de Pernambuco, Barbosa Lima, que possuía afinidade com os princípios positivistas rio-grandenses e o liberalismo republicano – no que se referia a descentralização administrativa do estado, sobretudo nos assuntos referentes a educação superior – se põe como

relator, argumentando a necessidade de se aplicar a lei interpretativa ao parágrafo 24 do artigo 72 da Constituição.

1898 – Barbosa Lima e a defesa da República nacional a partir da liberdade profissional

De início, o deputado Barbosa Lima busca argumentar sobre a questão orçamentária, indicando que através dela se configuraria uma forma de reafirmar o privilégio profissional dos médicos, uma vez que a União mantinha as faculdades de Ensino Superior e substituiu corporações docentes, sobre as quais foi outorgado por lei o privilégio de que conferissem diplomas da habilitação e que sem este documento a ninguém seria lícito o exercício de determinadas profissões, já que estaria atentando contra a própria Constituição Federal. Logo, manter tais determinações seria criar um duplo monopólio incompatível com as principais exigências da federação.

O que se denunciou num primeiro instante foi a ausência de faculdades de medicina em outras localidades ao observar a divisão igualitária do orçamento e tributos entre os Estados.¹⁶ Barbosa Lima apontava para a ínfima interiorização das instituições médicas no território nacional, uma vez que ainda se fazia necessário migrar para o Rio de Janeiro ou para a Bahia no intuito de se tornar médico diplomado. Uma vez que todos os Estados fossem vistos de forma igualitária perante o orçamento das despesas públicas, se configuraria um privilégio a população da Capital Federal e da Bahia, pois somente os membros da elite de outras regiões teriam a necessidade de arcar com todas as despesas referentes ao curso de medicina: “despesas exigidas pela viagem do seu Estado até a sede acadêmica, e mais pela

16 Parte de sua argumentação está embasada no interesse em modernizar o Estado de Pernambuco a partir dos parâmetros estabelecidos na Capital, sendo o curso de medicina instituído lá somente em 1909, o que em seu discurso será apresentado como justificativa para uma maior atuação de curandeiros que complementavam os poucos médicos diplomados e que em sua maioria exerciam atividades na Inspetoria de Higiene, inaugurada quando Barbosa Lima era governador do Estado.

sua estadia durante cinco anos em tal localidade, além dos gastos com certificados, diplomas e mais exigências burocráticas.”¹⁷

Para o deputado, tal privilégio seria uma permanência de características herdadas do período colonial, em que apenas os poderosos possuíam condições pecuniárias para se deslocarem até Coimbra com a intenção de obter um diploma universitário, o que em si demonstrava que o Estado não promovera os meios necessários para o desenvolvimento de aptidões de seus cidadãos. O que percebemos é um Barbosa Lima questionador, se perguntando com quais direitos a União cobraria uma contribuição igualitária e um exercício profissional exclusivo por diplomados se ainda reproduzia sistemas de privilégios herdados da colonização.

Este privilégio seria herança da “praga do bacharelismo” que se instaurou na nação como consequência da escravidão de africanos, já que com este sistema ocorreu o aviltamento das funções materiais que eram exercidas pelos cativos. E que, após o “processo de regeneração de costumes”¹⁸, que se iniciou no 13 de maio de 1888, colocou-se para enxada e para o arado esses mesmos indivíduos que pejaram as intenções em se inserirem no ensino oficial, no qual não só estaria reconhecida a dignidade de todas as funções habituais do proletariado, como também se teria dado um grande passo para a construção normal das sociedades brasileiras. Seu argumento nos indica que com a não incorporação da população negra de ex-escravizados na educação dos diferentes níveis e o não reconhecimento de suas atividades como parte fundamental da construção da nação, mantiveram-se os privilégios de bacharéis que ocuparam os serviços administrativos, se tornando uma minoria que discriminava a maior parte da população nacional. Ao reverter este quadro, não mais se preconizaria como panaceia para os males econômicos e nem se recorreria “a transfusão do sangue estrangeiro pela importação sistêmica de alienígenas que

17 *Ibidem.*

18 *Ibidem.*

nos venham ensinar a amar e a servir esta Pátria que sem eles, no sentir de um empirismo estreito, jamais saberemos engrandecer.”¹⁹

O que se observa é uma crítica à desvalorização da mão-de-obra nacional diante a uma forte imigração, que só contribuiria para a manutenção dos mesmos privilégios acumulados desde o período colonial. Manter esta prática só fortaleceria um vago cosmopolitismo, que assentava a grandeza da pátria na substituição sistêmica dos seus filhos pelos estrangeiros, lisonjeiramente magnificados e preconizados ao adentrarem no território nacional.

Na lógica do deputado, substituir a figura indígena pelo imigrante, colocando-o como elemento civilizado, apenas acarretaria a substituição de mazelas internas por outras bem piores, tais quais o anarquismo e comunismo, que estavam colocando o proletário na miséria e interferindo na construção de uma nação industrial. Para o relator, ao invés de substituir, eliminando gradualmente os grupos étnicos, melhor seria aperfeiçoar através do cultivo sistemático das boas qualidades morais, intelectuais e práticas de um povo, que fossem capazes de assimilar todos os tesouros que a providência humana acumulou no seu progresso histórico.

Continuar implementando as medidas adotadas pela União e seus ideólogos seria injetar remédios paliativos aos problemas nacionais. Para se conhecer a profundidade da situação era necessário afastar a mistificação acadêmica de um ensino oficial que desviava a ciência das suas aplicações realmente úteis à coletividade. Compreender isso seria caminhar de forma rápida na conclusão da Constituição, contribuindo para tornar a República um sistema que na prática também fosse republicano.

Ademais, ao se observar outros incisos do artigo 72, poderia ser visto que nos casos concernentes às liberdades, o legislador se preocupou em definir seus contornos. Como exemplo, no §12, lê-se que: “Em qualquer assunto é livre a manifestação do pensamento pela imprensa ou pela tribuna sem dependência de censura, respondendo cada um pelos abusos que cometer nos casos e pela forma que a lei

¹⁹ *Ibidem.*

determinar.”²⁰ Em um primeiro momento, é garantida a liberdade de expressão, opinião e pensamento e, em seguida, determinado que cada qual responderá pelos abusos cometidos de acordo com as determinações da lei (situação também identificada no §11, sobre a inviolabilidade do domicílio; nos §13 e §14, sobre a prisão sem culpa formada; e no §17, sobre a propriedade de minas), enquanto que na liberdade profissional não há nenhuma limitação a sua implementação. Com isso, seria coerente a renúncia da lei interpretativa, que por vezes foi debatida no Congresso, mas não pelos argumentos defendidos na ocasião, e sim por ser clara a não necessidade de diplomas ou exames.

Por outro lado, Barbosa Lima aponta como um argumento levantado na casa legislativa – por parte dos que se opunham à lei interpretativa – as preocupações concernentes à saúde pública, através dos tratamentos oferecidos pelos curandeiros aos que a eles procuravam, que o “bem geral e o do indivíduo reclamam precauções indispensáveis na prática de certas artes e ciências que afetam a vida do homem e interesses de maior valia social”²¹, como se lia no parecer contrário ao projeto n. 24 A, de 1891. Para Barbosa Lima, seria inadmissível tal definição, já que distinguiria onde a Constituição não o faz, entre profissões em que se praticam certas artes e ciências que afetam a vida do homem e profissões em que se praticam outras artes e ciências que naturalmente não o afetam. Uma vez que a Constituição define o livre exercício de qualquer ordem, não caberia a diferenciação sofisticada defendida, posto que “quais seriam as artes e ciências que afetam a vida humana?”²², de seu ponto retórico, não seria apenas a medicina, mas também outras, como o cozinheiro, confeitoiro, os vendelhões, os banhistas etc., que periciam da boa-fé e que, por tantas vezes, norteiam a saúde e a própria vida humana.

Além do mais, os inúmeros relatos policiais e jornalísticos que se viam nas capitais demonstraram a ineficiência da lei de criminalização do curandeirismo, pois em diversos pontos habitados

20 BRASIL. *Constituição Federal*, 1891.

21 BRASIL. *Annaes da Câmara dos deputados*, sessão de 25 de novembro de 1891.

22 BRASIL. *Annaes da Câmara dos deputados*, sessão de 25 de novembro de 1891.

no território nacional, ninguém se deixaria morrer à mingua por ausência de socorro profissional na imposição dos doutores do constitucionalismo.

Com isso, podemos identificar que na argumentação do deputado dava-se uma nova roupagem ao debate da liberdade profissional, mostrando novas camadas, que iriam além do livre exercício da medicina ao se pensar o livre ensino e a valorização do indivíduo e cultura nacional, fosse negro, mestiço ou indígena, e por ser parte integrada da sociedade brasileira sua cultura também deveria ser integrada, o que incluiria o curandeirismo, uma relação que Yvonne Maggie (1992) e Tânia Pimenta (1997) apresentam de forma significativa. Ao buscarem compreender as diferentes experiências dos escravizados, ambas as autoras apontam para a relação que estes grupos possuíam com a propagação e manutenção das artes de curar populares, que os saberes africanos não foram catequizados, mas sim reinventados a partir da combinação da cultura indígena e dos princípios católicos e europeus, uma combinação que assegurou a aproximação de diferentes nichos sociais com seus praticantes e sua manutenção no contexto de perseguição e criminalização. Por esta raiz nacional, Barbosa Lima defende que não caberia à União definir a valorização de um grupo/prática em detrimento do outro, mas sim a promoção da educação e a transformação das mentalidades que seguiriam em direção ao progresso.

Considerações Finais

Podemos observar que as artes de curar fizeram parte do arsenal temático no projeto republicano. Com essa análise compreendemos que pensar a República abria espaço para se pensar o lugar dos curandeiros e quais seriam suas ações na vida social da capital republicana. Por outro lado, os discursos oficiais buscavam condenar essas práticas a partir de visões que apontavam seu atraso e perigo para a sociedade. Ao que se refere a essa perspectiva, nos inserimos analisando os debates parlamentares da Câmara de Deputados Federais entre 1890 e 1899. A partir dos Annaes, identificamos os políticos e suas argumentações no debate sobre a liberdade

profissional. Vista por muitos como o caminho mais coeso e fértil para se garantir os bons frutos de um regime moderno e científico, esta liberdade profissional também foi interpretada por outros como forma de se estruturar um novo modelo de sociedade a partir da criminalização de seus praticantes.

A busca pela consolidação da República foi um solo fértil na combinação das diferentes teorias filosóficas, políticas e econômicas que buscavam projetar soluções para os problemas nacionais. A ênfase nas questões de saúde e higiene estavam associadas aos interesses da União em construir uma nação saudável e moderna, mas também possuíam aspectos referentes ao processo de institucionalização da medicina. O curandeirismo, através dos dois caminhos foi interpretado não só como um problema social, mas também como prática inerente à cultura nacional.

Para se garantir uma liberdade profissional era necessário garantir uma igualdade de acesso aos serviços e educação frente a todos os estados. Ela não sendo assegurada, já se configuraria privilégio perante os estados que não possuíam universidades. Mas para além da questão de uma educação livre, a perseguição aos curandeiros seria fruto da absorção acrítica que se fazia da cultura europeia. Nessa visão, defendida por Barbosa Lima, encontra-se o ponto pelo qual ele compreende o curandeirismo: uma prática nacional, que assim como os indivíduos que as executam, deveria ser valorizada, repensada e adaptada à nova realidade. Embora saibamos que o projeto não tenha sido aprovado, o debate se estende para o século XX e sobretudo destacou ações e experiências de curandeiros que como o velho sacerdote homeopata do discurso de Raimundo Bandeira, questionava as ações do governo frente às suas artes de curar.

Fontes e Referências Bibliográficas

Fontes:

BRASIL, **Annaes da câmara dos deputados federais**. Sessão de 22 de agosto de 1891.

BRASIL, **Annaes da câmara dos deputados federais**. Sessão de 23 de outubro de 1891.

BRASIL, **Annaes da câmara dos deputados federais**. Sessão de 08 de julho de 1896.

BRASIL, **Código Penal**, 1890.

BRASIL, **Constituição Federal**, 1891.

Referências Bibliográficas:

ALONSO, Ângela. **Ideias em movimento** – A Geração de 1870 na crise do Brasil Império. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. **A formação das almas**: o imaginário da República no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo, Cia da Letras, 2011.

DANTAS, Rodrigo Aragão. **Barbeiros-sangradores**: as transformações no ofício de sangrar no Rio de Janeiro (1844-1889). Dissertação de Mestrado - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

DONADELI, Paulo Henrique Miotto. **Os “inimigos” e os “cidadãos” da República**: direito penal e controle social [Franca, 1890-1902]. Tese de Doutorado - Universidade Estadual Paulista, Franca, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

GOMES, Adriana. O processo de laicização do Estado brasileiro e a criminalização do espiritismo no Código Penal de 1890. **Tribuna virtual IBCCRIM**, v. 3, p. 29-41, 2013.

GOMES, Adriana. As antinomias nas normas jurídicas da Primeira República: do cerceamento da prática do espiritismo e à concessão da liberdade religiosa através de habeas corpus. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, 2020.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **História geral da civilização brasileira II**. O Brasil monárquico, volume V: Do Império à República. São Paulo. Difusão Européia do Livro. 1972.

LINS, Ivan. **História do Positivismo no Brasil**. Editora Nacional, São Paulo, 1964.

MAGGIE, Yvonne. **Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

MELLO, Maria Tereza Chaves de. A república e o sonho. **Várias Histórias**, Belo Horizonte, v. 27, n. 45, pág. 121-139, junho de 2011.

PIMENTA, Tânia Salgado. **Arte de curar um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX** – Dissertação de Mestrado – UNICAMP, Campinas 1997.

ROCHA, Rafael Rocha. **D. Professor Faustino, o “doutor bota-mão”**: um “curandeiro” na Bahia do limiar do século XX – Dissertação de Mestrado – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2015.

SAMPAIO, Gabriela dos Reis. **Juca Rosa: um pai-de-santo na Corte imperial**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2009.

SILVA, Caio Sérgio de Moraes Santos e. **A cidade do feitiço: feitiçeiros no cotidiano carioca durante as décadas iniciais da Primeira República – 1890-1910**. 2017. 163 f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2017.

SILVA, Glícia Caldas Gonçalves da. **A cabaça do segredo: religiosidades e concepções populares de cura no Rio de Janeiro 1889-1927**. 2019. 155 f. Tese de doutorado – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2019.

WEBER, Beatriz Teixeira. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense — 1889-1928**. Santa Maria: Ed. UFMS; Bauru: EDUSC, 1999.

A doença do outro: a luta judicial das operárias da Companhia Fiação e Tecidos Pelotense no contexto de afastamento para cuidados de familiares doentes nos anos de 1940

Taiane Mendes Taborda¹

Introdução

O objeto desse ensaio é investigar as situações em que as operárias de uma importante unidade de produção têxtil da cidade de Pelotas, a Companhia Fiação e Tecidos Pelotense, precisaram se ausentar do trabalho para cuidar de familiares doentes. Visando problematizar a questão num contexto de implementação das leis trabalhistas pelo governo de Getúlio Vargas no Brasil, foi realizado um levantamento dos processos dessa companhia referentes à década de 1940 que envolvessem a questão.

Como passos metodológicos, inicialmente foi feito um levantamento quantitativo junto aos dados planilhados do acervo da Justiça do Trabalho da 4a Região salvaguardado no Núcleo de

¹ Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pelotas. E-mail para contato: taianemt@gmail.com

Documentação Histórica da Universidade Federal de Pelotas – Prof. Beatriz Loner (NDH-UFPel). A busca revelou trinta pleitos ao longo da década de 1940 dos quais dois (um de uma mulher e um da fábrica) não foram localizados fisicamente para se verificar o objeto e o resultado. Sendo assim, se pôde observar vinte e oito dissídios, identificando seis em que as operárias enfrentaram judicialmente os seus empregadores pelo direito de afastar-se das suas atividades laborais para cuidar de pessoas da família enfermas.

A seguir, procedeu-se a análise qualitativa documental, a partir de CELLARD (2008) que orienta a observação do documento, tendo em vista cinco elementos indispensáveis: o contexto, o autor ou os autores, a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza, os conceitos chave com a lógica interna do texto.

Através da leitura das peças jurídicas foi possível perceber as dificuldades que as operárias têxteis tinham em afastar-se para as atividades de cuidados no contexto de adoecimento de seus familiares, como elas reagiam a essas dificuldades e como se portava a instituição empregadora diante das necessidades dessas trabalhadoras.

O trabalho de cuidados, sabe-se, é um dos principais fatores de sobrecarga das mulheres, aliado ao trabalho doméstico não remunerado. Esse fato coroa as suas longas jornadas de trabalho remunerado, confrontando-as com uma difícil e questionável tentativa de “conciliação” de tarefas.

Nesse sentido, as análises aqui apresentadas perpassam as discussões de gênero, que entendem a diferença sexual como articuladora das relações de poder a partir do pensamento de Scott (1990). Essa lógica perversa constrói socialmente a ideia de que cabe às mulheres desempenharem as atividades de cuidado, desobrigando os homens, as instituições e o Estado e criando as dificuldades apresentadas nos processos.

Igualmente importante nessa abordagem é o entendimento da divisão sexual do trabalho, forma de divisão do trabalho que é um desdobramento das relações sociais entre os sexos que historicamente designa, com prioridade, homens à esfera produtiva e mulheres à reprodutiva e, “a apropriação pelos homens das funções com maior

valor social adicionado (religiosos, militares etc.)” de acordo com Helena Hirata e Danièle Kergoat (2007, p. 599).

Sobre a prática de cuidados que faz parte do trabalho reprodutivo e, por isso, na maioria das vezes não é remunerado ou é mal remunerado, a divisão sexual do trabalho permeia os arranjos discursivos que direcionam a tarefa como sendo feminina, pois “mulheres cuidam e são afetadas em suas trajetórias por estarem posicionadas como cuidadoras; cuidam em condições diversas, dependendo de sua posição de classe, em relações conformadas pelo racismo estrutural e institucional” (BIROLI, 2018, p. 58).

Também Sílvia Federici (2019) entende que a tarefa de cuidar dos idosos que já não são mais autossuficientes foi deixada para família e parentes, com pouco apoio externo, graças à suposição de que as mulheres deveriam naturalmente assumir essa tarefa como parte de seu trabalho doméstico” (FEDERICI, 2019, p. 256). Apesar de pouco valorizado, o trabalho de cuidado é essencial para nossas sociedades e uma importante questão econômica.

Assim, abordar a questão da invisibilidade do trabalho de cuidados que recai sobre as mulheres é bastante relevante na perspectiva da história social do trabalho uma vez que essas tarefas interferem diretamente em outras esferas das vidas dessas trabalhadoras, como a profissional. A atuação massiva das mulheres no mercado de trabalho sem que se pense em soluções para o problema de cuidados, através de políticas públicas e da distribuição de tarefas entre os sexos, demonstra o quanto a desigualdade de gênero interessa ao capital.

A “Fiação e Tecidos”

A Companhia Fiação e Tecidos Pelotense foi fundada pelo Coronel Alberto Rosa em fevereiro de 1908, a partir da venda de ações advindo do capital do ciclo charqueador que ainda circulava na cidade. Cerca de dois anos depois da fundação, em maio de 1910, a fábrica iniciou as suas atividades com 208 funcionários e promessas de futuro crescimento dado o tamanho de suas instalações: 36.518 m² para uma ocupação inicial de apenas 9.984 m². Essa crença era reforçada igualmente pelo maquinário importado primeiramente da

Inglaterra em 1909, fornecido pela “Brooks & Doxey” de Manchester e, mais tarde, em 1955, outras levas de equipamentos vindas da Alemanha Ocidental, da França e dos Estados Unidos².

Localizada próxima ao cais do Porto no bairro da Várzea³, a companhia “na segunda metade do século XX, empregava cerca de 500 operários, sendo que apenas 200 eram homens, enquanto o restante era composto por mulheres e crianças.” (BRITO, 2929, p. 56). Com grande destaque econômico na cidade, a Fiação e Tecidos produzia variados tecidos de algodão como morins, brins e pelúcias abastecendo o mercado interno e o externo. Suas atividades dividiam-se em fiação, tecelagem, tinturaria automática, acabamento, peluciamiento e alveijamento.

Apesar da companhia pertencer ao setor de produção têxtil, que tradicionalmente empregava maior contingente de operárias, a Fiação não disponibilizava um espaço para que as trabalhadoras deixassem os seus filhos enquanto estavam na sua jornada fabril, muito incentivada por uma legislação omissa sobre o tema⁴.

2 De acordo com um encarte especial sobre a fábrica do Projeto Pelotas Memória de 1992, que era editado pelo memorialista Nelson Nobre Magalhães.

3 Boas discussões sobre a urbanização em Pelotas e as configurações dos espaços industriais e de moradia operária podem ser lidas em: GILL, Lorena Almeida. Labirintos ao redor da cidade: as vilas operárias em Pelotas (1890-1930). Revista História UNISINOS. Vol. 10, n. 1 – janeiro/abril de 2006. p. 45-52. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6169/3334> Acesso em: 25 jun de 2021; ESSINGER, Cíntia. Entre a Fábrica e a Rua: A companhia Fiação e Tecidos e a criação de um espaço operário. Bairro da Várzea, RS (1953-1974). Dissertação (Mestrado), Memória Social e Patrimônio Cultural, Pelotas, UFPel, 2009 e SOARES, Paulo Roberto Rodrigues. Del proyecto urbano a la producción del espacio: morfología urbana de la ciudad de Pelotas, Brasil (1812-2000). Tese de Doutorado, Universidade de Barcelona, 2002.

4 O Decreto nº 21.417, de 17 de maio de 1932, que regulamentava as condições do trabalho das mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais, trazia no artigo nº 12 a obrigatoriedade de os estabelecimentos em que trabalhassem mais de trinta mulheres com mais de 16 anos de idade de possuir local apropriado para que as empregadas deixassem os seus filhos em período de amamentação. Já os artigos nº 398 (revogado em 1967) e nº 399 do Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, eram extremamente condescendentes com os empregadores na matéria da construção e manutenção de creches exaltando a benemerência dos que conseguissem proceder o feito.

Por si só, essa informação permite captar um pouco da visão da empresa ao tratar das questões mais pessoais de seu quadro funcional no que dizia respeito aos problemas cotidianos que pudessem afligi-los. A pergunta que ora conduz este estudo se centra nos embates entre a fábrica e as trabalhadoras especificamente diante da necessidade destas em afastar-se temporariamente do trabalho fabril para exercer outro trabalho, o de cuidado de enfermos.

O direito de cuidar do outro

O acervo de processos do NDH-UFPEL envolvendo a Fiação e Tecidos não deixa dúvidas que a companhia era bastante requerida judicialmente. São 2.062 pleitos que lhe rendem o terceiro lugar entre as empresas mais demandadas da cidade, perdendo para a Prefeitura Municipal de Pelotas com 2.108 dissídios e para a campeã, Rede Ferroviária Federal com 2.192 processos⁵.

Nesse emaranhado de disputas foram pinçados os processos, num cenário de consolidação de direitos trabalhistas, em que os apelos se referissem ao direito de cuidar do outro. Na primeira contenda analisada, de 02 de março de 1943, a funcionária estável Ilda Lopes requeria a sua reintegração à empresa depois de ser sumariamente demitida. Nas alegações de defesa prévia, a companhia acusava Ilda de abandono do emprego por faltas não justificadas.

O grande argumento da defesa da operária era que a fábrica não tinha seguido os procedimentos legais de instaurar um inquérito administrativo para apurar a falta grave por parte de Ilda. Já a justificava dada pela trabalhadora para a sua ausência no trabalho foi que primeiro precisou faltar para cuidar da própria saúde e depois para cuidar da mãe que estava doente e veio a falecer, não recebendo o salário nesse período. Entretanto, não foi a situação delicada vivida pela operária que sensibilizou a Junta de Conciliação e Julgamento (JCJ) de Pelotas, tampouco o fato de a fábrica não ter tido um real prejuízo com uma operária que não comparecia ao serviço, mas também não recebia. O que fez a decisão ser procedente para Ilda foi

⁵ Dados consolidados por Koschier (2019).

o fato de a companhia não ter percorrido os caminhos legais corretos com a instauração de um inquérito administrativo que lhe permitisse avançar na demissão por justa causa.

Na segunda demanda, de 02 de outubro de 1944, Branca Pradier Oliveira relatava, na petição inicial, ter solicitado uma licença para cuidar do esposo doente em Uruguaiana, em 28 de agosto de 1944, ao que a direção da fábrica respondeu que as licenças haviam acabado. Em 13 de setembro de 1944 ela procurou novamente a direção por não mais precisar viajar uma vez que seu marido retornaria para Pelotas, sendo então informada que não havia vaga para ela. Foi assim que a empresa se “desvencillhou” de Branca, já que ela não comprovava estabilidade em carteira de trabalho. Em sua defesa, o advogado alegava

[...] de tudo se constata que a reclamante ou afastou-se do emprego por ter obtido a licença que solicitava ou foi despedida indiretamente por ter absoluta necessidade de pôr acima de seus deveres de operária uma obrigação mais séria qual fosse a de ir junto do esposo doente [...] (PROCESSO 20/44 fl. 23).

O discurso aponta para uma suposta missão maior feminina vinculada ao compromisso de esposa que superava as suas obrigações em qualquer atividade remunerada. A “obrigação mais séria”, pensando nos papéis femininos construídos, era a de cuidar do cônjuge doente, ainda que interferisse diretamente na vida profissional da operária. Mesmo recorrendo ao imaginário social sobre o que se esperava das mulheres para convencer a JCJ, a sentença foi julgada improcedente, prevalecendo o interesse do capital.

Já na reclamação inicial da funcionária menor Zuleica Quadros, cujo ingresso aconteceu em 03 de junho de 1946, ela relatava ter embarcado para São Paulo em 27 de março de 1946 com a licença da direção da fábrica. No entanto, seu retorno foi somente em 12 de maio de 1946 por motivo de doença da pessoa a quem foi visitar, sua madrinha, e dificuldades de transporte. Na ocasião, Zuleica descobriu que a sua vaga tinha sido preenchida, de forma que solicitava o aviso prévio e a indenização. A fábrica alegou ter concedido licença para a

operária em 21 de janeiro de 1946 e como esta não havia retornado, avisou ao Ministério do Trabalho o abandono de emprego.

A defesa de Zuleica argumentou que a operária havia atingido a maioria durante esse período e aventou a possibilidade de a fábrica em verdade querer substituí-la por outra pessoa menor de idade, na condição de aprendiz, em função dos custos trabalhistas. A decisão da JCJ foi pela improcedência, no entanto.

Em 04 de junho de 1948, Nair Pereira, possuidora de estabilidade decenal, ingressou na JCJ de Pelotas solicitando pagamento de salários de 19 de setembro de 1947 até 22 de abril de 1948, data em que havia sido afastada do trabalho em decorrência de um inquérito administrativo por falta grave movido pela fábrica contra ela. A reivindicação ancorava-se no fato de Nair não ter recebido uma suspensão para responder ao inquérito.

Na discussão do mérito do processo, a Fiação e Tecidos argumentou que os salários pedidos pela operária se referiam ao período de ausência não justificada dela ao trabalho, o que tinha motivado o inquérito para a sua demissão por justa causa. Em sua defesa, a operária afirmava ter se ausentado do trabalho por quatro meses para cuidar de um filho doente, que veio a falecer.

A defesa da fábrica destacou a letra da lei e ressaltou que a doença de alguém da família da trabalhadora ou do trabalhador ainda que justificasse uma ausência curta não asseguraria períodos prolongados de afastamento, como havia sido o caso. Nas palavras do advogado da companhia:

A moléstia da pessoa de sua família, porém, não é justo motivo para que este falte ao trabalho, como faltou a requerida, cerca de MEIO ANO! Essa tem sido a jurisprudência dessa turma sempre confirmada. E a doutrina também referenda este ponto de vista como é o caso de Dorval Lacerda, cujas palavras se adaptam com exatidão ao assunto em tela: “Em se tratando de doença de pessoa da família, ou dependente, por certo não poderei deixar de concordar que exista um direito do empregado faltar ao serviço (por curto prazo), MAS DE NENHUM MODO POSSA ELA AUTORIZAR A FALTA POR MAIS DE TRINTA DIAS (por longo prazo). Com isso admito que a doença de pessoa de família ou dependente NÃO CONSTITUA causa justa para afastar a possibilidade de abandono: faltando o empregado por mais de trinta dias, em tal hipótese, ele abandonou o serviço,

porque, não ocorre aí, como no caso de moléstia sua, A IMPOSSIBILIDADE MANIFESTA de prestar serviços. Então O INTERESSE DA EMPRESA PREPONDERA, PORQUE MAIOR, SOBRE O INTERESSE DO EMPREGADO FALTOSO. Em verdade, não pode a empresa ficar submetida aos interesses privados de seus subordinados hierárquicos, por mais nobres que sejam tais interesses. [...]. (PROCESSO 534/48, fl. 7, grifos do processo).

De acordo com a sustentação da requerida, a doença do filho não é amparada juridicamente como a doença da própria pessoa empregada e os problemas dos subordinados não podem ser uma preocupação de quem emprega. Desse modo, a responsabilidade de achar soluções viáveis para o cuidado de filhos doentes recaía basicamente sobre as trabalhadoras. A fábrica, mesmo não remunerando as trabalhadoras afastadas nesses casos e repassando as suas tarefas para outras funcionárias, considerava prejudicial a licença mais prolongada e aproveitava para demiti-las sem custo.

Assim, observando somente a legislação, omissa em relação às necessidades de mulheres no mercado de trabalho, a JCJ deu procedência para o inquérito movido pela Fiação e Tecidos contra Nair e indeferiu a sua ação contra a companhia.

A leitura atenta dos processos demonstrou que a pauta dos cuidados na vida das trabalhadoras era uma constante. Tanto que a mesma operária, Ilda Lopes, que havia ganho uma causa contra a fábrica em 1943 ao ser demitida por se ausentar do trabalho para cuidar da própria saúde e depois da mãe doente, novamente recorria à justiça para reclamar direitos.

No processo 200/48, de junho de 1948, a Fiação e Tecidos instaurava um inquérito administrativo contra a operária para apuração de falta grave diante de sua ausência por três meses para cuidar da filha doente. Mais uma vez, a premissa do defensor de Ilda foi elevar a importância dos papéis sociais das mulheres que, antes de serem trabalhadoras, eram esposas e mães:

[...] Mas, a verdade é que uma mãe pode ir doente, quase morrendo, trabalhar na fábrica, o que ela não fará se o doente for um filho. Esta a realidade que a lei não pode contrariar e que se a lei contrariar, cabe aos tribunais interpretá-la de

modo tal que não seja a lei uma iniquidade capaz de atentar contra os sentimentos mais sagrados de uma mulher (Processo 200/48, fl. 8).

Atravessada mais uma vez pela necessidade de cuidar de familiar enfermo, nesse caso a filha, Ilda precisou recorrer aos tribunais para tentar voltar ao trabalho formal. A despeito dos fundamentos do advogado quanto à sua missão mais sagrada de mãe, da anexação de atestado médico provando que sua filha estava doente e de não ter recebido qualquer valor enquanto esteve ausente do trabalho, a JCJ de Pelotas e o Tribunal Regional do Trabalho da 4^a região entenderam que a operária havia abandonado o emprego, o que justificava a rescisão de contrato.

O caso indica que, ao vincular socialmente às mulheres ao trabalho de cuidados, tanto os homens quanto o poder público resolvem o problema de forma não remunerada. São as mulheres que devem lidar com a demanda, mesmo que custe a sua vida profissional, afinal, segundo imaginário social cuidadosamente edificado, a elas a natureza relegou a missão do cuidado.

Foi também buscando auxílio legal nesse tema que a operária estável Diná Correia ingressou na JCJ de Pelotas em julho de 1948 reivindicando a sua reintegração à fábrica. De acordo com a reclamação inicial, a trabalhadora tinha sido demitida em junho de 1946 sem que a empresa comprovasse uma falta grave nem instaurasse um inquérito administrativo, conforme expresso na CLT.

A empresa alegou que a tecelã havia faltado continuamente configurando o abandono de emprego. Em seu depoimento durante a audiência, Diná defendeu-se dizendo ter a “necessidade de ficar em casa para tratar de sua avó que estava doente, que era de muita idade e não podia ficar só em casa” (PROCESSO 288/48, fl. 5). A operária relatou também que antes do falecimento da avó ela apresentou-se no trabalho, quando descobriu estar demitida.

A decisão da Junta foi pela procedência pois, tal qual o primeiro processo discutido neste estudo, a Fiação e Tecidos não tinha seguido os caminhos legais para a demissão por justa causa

da operária que contava com estabilidade. A justiça, dessa maneira, exaltava a legislação literal sem levar em consideração qualquer contexto de injustiça sofrido pelas trabalhadoras e sem reconhecer a desigualdade manifesta que as mulheres enfrentavam nas relações de trabalho.

Passados mais de 70 anos dos casos citados ainda não há políticas públicas sérias para resolver a questão, que persiste. O artigo 473 do Decreto Lei nº 5.452⁶ prevê o direito de faltar um dia de trabalho no ano, sem prejuízo do salário, para suas funcionárias ou funcionários acompanharem filhos menores de seis anos em consulta médica.

Quanto às demais demandas de ausência do serviço para o trabalho de cuidados de familiares doentes, a legislação segue omissa, relegando às convenções coletivas os acordos que tratem do tema ou às autorizações dadas por vias judiciais. Legalmente, através de leis municipais, estaduais e federais, somente servidores públicos podem requerer licenças remuneradas para o cuidado de familiares que estiverem doentes.

A questão da isonomia de todos perante a lei, garantida pela constituição brasileira, tem suscitado debates judiciais acerca do afastamento para o trabalho de cuidados, uma vez que o direito trabalhista trata de forma diferente trabalhadores públicos e privados que necessitam se ausentar das suas atividades laborais.

Ainda hoje, as mulheres são mais vinculadas aos trabalhos não remunerados de cuidados e afetadas pela falta de políticas que reconheçam a necessidade de respostas que a sociedade precisa sobre o direito de cuidar do outro.

Algumas considerações

Pôde-se observar que dos 6 processos que envolveram o afastamento das operárias do trabalho para o cuidado de familiares doentes, apenas 2 foram julgados procedentes. Em ambos os casos,

6 Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10711223/artigo-473-do-decreto-lei-n-5452-de-01-de-maio-de-1943> Acesso em: 28 de agosto de 2021.

a fábrica não instaurou o inquérito administrativo, fato que pesou nas decisões judiciais. Nos demais, a Justiça do Trabalho seguia o entendimento da CLT sobre o tema, não aceitando o cuidado de familiares como motivo válido para a ausência das operárias no trabalho, mesmo a empresa não pagando o período em questão.

As trabalhadoras tentavam resolver o problema pedindo licenças não remuneradas e, quando demitidas depois afastamentos prolongados, buscavam o auxílio da justiça como recurso para serem reintegradas ou receberem os valores devidos.

Os processos revelam a dificuldade que as operárias tinham em conciliar o trabalho remunerado com as suas atividades de cuidado, não remuneradas. A elas cabia cuidar dos filhos, dos idosos, dos cônjuges que adoecessem mesmo que isso representasse a limitação de suas possibilidades de ação e definisse as suas trajetórias. Apesar do discurso jurídico reforçar a divisão social dos papéis de mulheres e homens e identificar as trabalhadoras como naturalmente responsáveis pela tarefa de cuidados o que mais contava eram os interesses da fábrica.

Como a lei nesse caso não amparava as trabalhadoras, o entendimento dos homens que julgaram essas causas foi favorável para a empresa, mostrando a insensibilidade em relação ao assunto. O Estado e o capital privado transferiam e transferem a questão para as mulheres, que acabam sendo as cuidadoras não remuneradas. O problema pelo qual passaram as operárias na década de 1940 continua sendo muito atual, visto que ainda não há permissão legal para as trabalhadoras e trabalhadores no regime CLT obterem licença para cuidar de familiar adoecido. Apenas os servidores (as) públicos (as) podem se afastar ou trabalhadoras (es) que conseguirem o direito judicialmente.

Fontes consultadas

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 185/44. Reclamante: Ilda Lopes.

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 20/44. Reclamante: Branca Pradier Oliveira.

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 116/46. Reclamante: Zuleica Quadros.

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 534/48. Nair Pereira.

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 288/48. Reclamante: Diná Correia.

Acervo da Justiça do Trabalho/NDH-UFPel. Processo 200/48. Reclamante: Companhia Fiação e Tecidos Pelotense.

Referências bibliográficas

BIROLI, Flávia. **Gênero e desigualdades: os limites da democracia no Brasil**. São Paulo, Boitempo, 2018.

BRITTO, Natalia Daniela. **Industrialização e desindustrialização do espaço urbano na cidade de Pelotas (RS)**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Geografia. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2011.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, J. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008 p. 295- 316.

ESSINGER, Cíntia. **Entre a Fábrica e a Rua: A companhia Fiação e Tecidos e a criação de um espaço operário Bairro da Várzea, RS (1953-1974)**. Dissertação (Memória Social e Patrimônio Cultural, Pelotas, UFPel, 2009.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: Trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. Tradução Coletivo Sicorax, São Paulo: Elefante, 2019.

GILL, Lorena Almeida. Labirintos ao redor da cidade: as vilas operárias em Pelotas (1890-1930). **Revista História UNISINOS**. Vol. 10, n. 1 – janeiro/abril de 2006. p. 45-52. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6169/3334> Acesso em: 25 jun de 2021.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. “Novas configurações da divisão sexual do trabalho”. **Cadernos de Pesquisa**, nº 132, v. 37, set/dez 2007, pp 595- 609.

KERGOAT, Daniele. O cuidado e a imbricação das relações sociais. In: ABREU, Alice Rangel de Paiva; HIRATA, Helena; LOMBARDI, Maria Rosa (Orgs). **Gênero e trabalho no Brasil e na França perspectivas interseccionais**. São Paulo, SP: Boitempo, 2016.

KOSCHIER, Paulo. Guia do Arquivo da Justiça do Trabalho. Núcleo de Documentação Histórica da UFPel – Professora Beatriz Loner. **Revista Mundos do Trabalho**, Florianópolis, vol. 11, 2019, p. 1-20. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/19849222.2019.e67117> Acesso em 10 jan. 2021.

SCOTT, Joan. “Gênero uma categoria útil de análise histórica”. In: **Revista Educação e Realidade**. Porto Alegre: UFRGS, 1990.

SILVA, Eduarda. **Nós na Trama: Os pleitos judiciais das operárias da Companhia Fiação e Tecidos Pelotense (1944-1954)**. Trabalho de Conclusão de Curso História, UFPel, 2014.

SOARES, Paulo Roberto Rodrigues. **Del proyecto urbano a la producción del espacio: morfología urbana de la ciudad de Pelotas, Brasil (1812-2000)**. Tese de Doutorado, Universidade de Barcelona, 2002.

A mortalidade materna na imprensa feminista brasileira (2000-2001)¹

Eduarda Borges da Silva²

A imprensa feminista é uma mídia que pode construir discursos contra hegemônicos e de resistência ao denunciar opressões. Constitui-se como parte da mídia alternativa e também do feminismo, com o intuito de informar, denunciar e mobilizar mulheres na construção e na defesa de seus direitos. Esse capítulo analisou, a partir de dois impressos que compõe esse segmento midiático, *Fêmea* e *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, como a mortalidade materna foi abordada entre os anos de 2000 e 2001.

A mortalidade materna foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em 1994, como o óbito da gestante ou parturiente ou puérpera ocorrido durante a gestação (independente do tempo gestacional), parto ou nos 42 dias posteriores ao parto, por causas obstétricas diretas (geralmente, relacionadas ao tratamento oferecido à paciente, ou ausência deste, hemorragias, infecções, entre outras) ou indiretas (quando a mulher possuía doenças preexistentes ou

1 Este capítulo faz parte da tese de Doutorado em construção “Autonomia ao parir: um debate feminista (Brasil, 1979-2006)?”.

2 Doutoranda em História pela UFRGS. eduardaborgesdasilva@outlook.com

desenvolveu na gestação). É um problema social cuja magnitude até a instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna era desconhecida, considerando a subnotificação, a prática de abortos inseguros e a ausência de instrumentos que indicassem um perfil interseccional daquelas que faleceram (BRASIL, 2001).

O jornal *Fêmea* foi criado em 1992 e atuou até 2014 com uma equipe composta por feministas do Distrito Federal, um Conselho Consultivo de parlamentares e lideranças nacionais e especialistas para elaborar propostas e analisar as que estavam em andamento. Tendo sido a principal publicação do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA). Nas palavras de Céli Pinto (2003, p. 98) o CFEMEA foi “o grande articulador das questões das mulheres junto ao Congresso Nacional, defendendo projetos, propondo emendas a comissões, assessorando a bancada de mulheres”. Seus escritos eram direcionados às “lideranças, para uma elite do movimento, não para as mulheres em geral” (PINTO, 2003, p. 98). Produzido para um público seletivo, o *Fêmea* acabou não construindo novos espaços de discussão, dada sua circulação restrita ao campo institucional da política. Contudo, para Karina Woitowicz (2011, p. 8) isso não diminuiu seu papel e comprometimento com a luta feminista: “[...] o jornal traz assuntos ligados aos direitos reprodutivos, apresentando o aborto e políticas públicas como temas predominantes nas edições observadas”.

Na mesma década foi lançado o *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, que apesar do nome é uma revista. Produziu reportagens mais completas e detalhadas sobre o tema da mortalidade materna, incluindo dossiês sobre o assunto. A Rede Feminista de Saúde foi criada em 1991 em Porto Alegre (RS), inicialmente com 40 entidades feministas que atuavam no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. De acordo com Woitowicz (2011), a Rede congregava 266 entidades feministas, como ONGs, núcleos de pesquisa e organizações profissionais, além de suas ativistas em todo o país. No tocante à periodicidade, a revista foi inconstante, “[...] foram publicadas em média três edições por ano, de 1999 a 2002, e apenas uma nos anos de

2004 a 2006”, contudo, a mortalidade materna foi seu tema principal (WOITOWICZ, 2011, p. 9).

Nas edições do *Jornal da Rede*, o tema da mortalidade materna é predominante, mas também se observa a presença de temas como políticas de saúde, racismo, violência, trabalho e direitos sexuais nas páginas da revista. O público da revista é formado por grupos feministas de todo país e a estrutura discursiva predominante é a opinativa (com explicitação de um discurso político), conjugada com a informativa (com informações e análises). Os textos apresentam dados, análises e argumentos sobre os temas da revista, destacando as lutas das mulheres no campo da saúde pública (WOITOWICZ, 2011, p. 9).

Fêmea tinha um caráter político-institucional, de fazer o intermédio entre o movimento feminista e as demandas sobre as mulheres e das parlamentares no Congresso Nacional. Já o *Jornal da Rede* era especializado em temas da saúde e a maioria das/os suas/seus debatedoras/es e entrevistadas/os eram profissionais da saúde comprometidas/os com a causa feminista. Enquanto *Fêmea* acompanhou o ponto máximo de debate sobre mortalidade materna e seu desenvolvimento – antes da instalação, durante a CPI e o relatório final da mesma –, o *Jornal da Rede* abordou com maior profundidade o assunto, inclusive por ser uma revista com espaço para a escrita de artigos e divulgação de pesquisas.

A primeira referência localizada sobre a CPI em *Fêmea* foi uma notícia do seu requerimento, com a possibilidade de implementação desta em 1996, intitulada “Deputados apoiam CPI para investigar mortalidade materna”. Consta que a solicitação foi apresentada pela Deputada Fátima Pelaes (PSDB/AP) no final de maio de 1996, tendo recebido apoio de 229 parlamentares de vários partidos que a assinaram. Na mesma página, sob o título “Mulheres debatem o tema em Pernambuco e Pará” a notícia divulgou que o Fórum de Mulheres de Pernambuco e o Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense promoveram o Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher (28 de maio) debatendo o óbito na gestação, gravidez e parto e, reivindicando a implantação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e dos Comitês de morte materna. As

mulheres de Pernambuco com a Secretária Estadual de Saúde deste estado organizaram o II Seminário Estadual sobre Maternidade Segura abordando “temas como a humanização do parto como estratégia para controle da mortalidade materna, e a legalização do aborto” (FÊMEA, 1996, nº 40, p. 5).

Somente em 14 de março de 2000 foi aprovada a referida CPI. Na edição deste mês o *Fêmea* noticiou: “foi apresentado em 1996, e até hoje aguardava a votação no plenário”.

Desde então, a situação não se alterou significativamente, e a CPI promete ser um importante instrumento para apurar responsabilidades e apontar caminhos no âmbito das políticas públicas de combate a esse problema. Essa iniciativa é ainda mais oportuna no ano em que se realiza a avaliação de 5 anos após a conferência da ONU, em Beijing, que apontou, em sua plataforma de ação, a meta para os países membros de reduzir, até este ano, pela metade os índices de morte materna existentes em 1995. Hoje a taxa de morte materna no Brasil é estimada em cerca de 150 mortes por cem mil nascidos vivos. A CPI deve estar sendo instalada até o começo de abril. Cabe agora ficar de olho para que ela possa colocar na agenda política nacional esse grande desafio (FÊMEA, 2000, nº 86, s/p³).

A despeito do tom de cansaço pela espera da instalação da CPI a editoria se mostrou otimista com a possibilidade de solucionar esse problema, mas alertou “cabe agora ficar de olho”, lembrando o descaso com a saúde das mulheres no país, mesmo quando ela deveria estar assegurada através dos acordos internacionais firmados pelos governantes.

Em maio de 2000, a notícia tão aguardada foi divulgada, com o título “Finalmente instalada a CPI da Mortalidade Materna”. O texto pode ser lido como um misto de cansaço, decepção e esperança. “Depois de quatro anos de espera foi instalada, no último dia 27 de abril [...]. Infelizmente a participação dos integrantes na instalação e eleição da mesa da CPI não foi muito expressiva.” (FÊMEA, 2000, nº 88, s/p). Contudo, as redatoras de *Fêmea* salientaram que isso

3 Dos números 86 a 97 não há paginação, pois os artigos disponíveis não estão diagramados no site, apesar de terem sido publicados em sua versão física.

contrastou com a disposição dos que estavam presentes, que logo planejaram começar as ações: “ouvir os setores organizados da sociedade civil que lidam com o problema da saúde da mulher e da morte materna. A comissão trabalhará ainda com a investigação dos estudos de caso dos Comitês de Morte Materna” (FÊMEA, 2000, nº 88, s/p). Ao fim da matéria, a Comissão marcou de se reunir todas as terças-feiras às 14h30min e pediu a participação civil com denúncias e informações deixando contatos telefônicos e virtuais. Cabe delimitar que os Comitês de Mortalidade Materna atuavam na investigação dos óbitos e tinham funções educativas/informativas, de divulgação, normatização e assessoria no assunto (SOARES; MARTINS, 2006).

Em novembro de 2000 o jornal *Fêmea* noticiou na forma de manchete “CPI da Mortalidade Materna ouve a Promotoria de Justiça e o Conselho Federal de Medicina”. Um dos depoimentos indicou a discrepância de denúncias de mau atendimento médico às mulheres em comparação ao recebido pelos homens.

O Dr. Diaulas Ribeiro falou a respeito dos principais casos que chegam à sua Promotoria, que funciona desde maio de 1999 no Distrito Federal e recebe reclamações contra profissionais de saúde, principalmente os médicos. Até o momento, 79% dos casos em que os profissionais foram efetivamente processados referiam-se ao mau atendimento às mulheres (FÊMEA, 2000, nº 94, s/p).

Por fim, *Fêmea* mencionou que “Atualmente, o grande desafio da CPI é mobilizar suas/seus integrantes para comparecerem às reuniões” (FÊMEA, 2000, nº 94, s/p). Demonstrando, o desinteresse com o problema do óbito materno por parte dos próprios membros da Comissão. Em outras edições o tema se tornou tão recorrente nesse periódico que os títulos são praticamente reproduzidos e as matérias são dedicadas a relatar planejamentos da Comissão e a repetir os índices de morte materna no país.

Em fevereiro de 2001, *Fêmea* fez a denúncia do descaso com a mortalidade materna, inclusive entre os parlamentares durante as reuniões da CPI:

A CPI da Mortalidade Materna foi uma das mais importantes iniciativas do Congresso Nacional no ano de 2000 e é resultado de uma antiga reivindicação do movimento de mulheres que, durante quatro anos, aguardou a oportunidade de ver investigada a alta incidência de morte materna no país. [...] A importância do tema e as sérias denúncias que surgiram nas audiências públicas realizadas, no entanto, não têm mobilizado um grande número de parlamentares. [...] Algumas reuniões não puderam ser realizadas por falta de quórum (FÊMEA, 2001, nº 97, s/p).

Com a manchete “Morte materna: desperdício de vidas”, *Fêmea* anunciou que o número de mortes maternas evitáveis por ano no Brasil seria de cinco mil mulheres. “O perfil das vítimas de óbitos maternos reafirma a relação com a desigualdade social. Um terço vem de famílias com renda menor que 0,75 salário mínimo per capita, quase metade é analfabeta ou tem o 1º grau incompleto” (FÊMEA, 2001, nº 101, p. 10). Apesar da referência à condição econômica e educacional, o jornal, entretanto, não faz nenhuma menção ao racismo no sistema de saúde e à distinção no trato às gestantes negras, brancas ou indígenas.

Essa tentativa de contabilizar as vidas desperdiçadas foi possível através do trabalho da CPI da mortalidade materna, que no momento desta matéria estava em fase de conclusão. Vencer a subnotificação para ter dimensões da tragédia, nesse contexto, era a primeira meta. Constataram que “cerca de 70% das mortes maternas tiveram preenchido como ‘ignorado’ o campo sobre o estado presente ou recente da gravidez” (FÊMEA, 2001, nº 101, p. 10). Ainda, em destaque colocou: “Os estudos apontam que para cada morte registrada como de causa materna há, no mínimo, outra não declarada”.

O outro objetivo da notícia foi abordar a realização do seminário “Saúde ou Morte Materna? O desperdício de vidas e a discussão sobre leis, políticas públicas e controle social” organizado pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Rede Saúde) no dia 30 de maio de 2001 no Congresso Nacional. Uma das debatedoras foi Maria Betânia Ávila, coordenadora do SOS Corpo, que falou da necessidade da morte materna ser desnaturalizada.

Nem a gravidez, nem a morte em decorrência dessa gravidez são destino. Se alguém olha para uma mulher grávida de sete meses, com outra criança no braço e um balde de roupa lavada na mão, acha uma cena absolutamente normal, linda. Ninguém percebe que ali se constrói uma morte materna', coloca Betânia (FÊMEA, 2001, nº 101, p. 10).

A fala de Ávila indicou que devem ser dadas condições às mulheres que querem ser mães. Em contraponto, quando elas não possuem suporte de informação, podem ver a maternidade como um destino inevitável e sem estrutura econômica e de cuidado “a vida pode trazer morte”. A última edição a tratar do assunto foi a de agosto de 2001, que anunciou a votação do Relatório Final da CPI da Mortalidade Materna em 08 de agosto do referido ano. *Fêmea* (2001, nº 103, p. 8) defendeu que a importância do documento está no caráter político de expor os dados e a condição das mulheres em idade reprodutiva e propor ações para a redução dos óbitos. Teceu a crítica de que “não foi tocado no aspecto das responsabilidades”, mas que o Relatório foi o começo da batalha pelas políticas públicas.

Nesse sentido, cabe refletir sobre o “agendamento”. Ele pode ser entendido como o instante quando um assunto passa a fazer parte da pauta jornalística. Entra na “ordem do dia” dos temas que, mesmo que não recebam a manchete, devem aparecer ao menos em uma nota (FONTES, 2012). O agendamento em *Fêmea* foi pautado em função da novidade, nos momentos da tentativa, da implantação e do relatório final da CPI da Mortalidade Materna, nos anos de 1996, 2000 e 2001 respectivamente. Já no *Jornal da Rede* não houve agendamento, em função da periodicidade esparsa da revista, contudo, o tema foi debatido em profundidade.

O *Jornal da Rede*, em maio de 2000, teve como destaque a mortalidade materna. Seu primeiro artigo foi “Campanha internacional sobre a morte materna completa 13 anos”, escrito pela médica e então coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde Maria José de Oliveira Araújo. Nele lembrou o V Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado na Costa Rica em 1987, quando foram propostas ações de visibilidade para o assunto. Logo depois, instituíram 28 de Maio como o Dia de Ação pela Saúde da Mulher, estabelecendo como

subtema a morte materna. Araújo argumentou que a mortalidade materna é uma questão social que está ligada à pobreza econômica das mulheres, a falta de acesso à informação e a serviços de saúde de qualidade, bem como, a subordinação destas em relação aos companheiros e ao Estado. Desse modo, “o coeficiente de morte materna é um indicador extremamente fiel para aferirmos a situação das mulheres, em um dado momento, em um determinado país” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 3).

No documento final da CPI da Mortalidade Materna a fala proferida por Araújo enalteceu o trabalho da Comissão Parlamentar de Inquérito “em sensibilizar o país para um problema que tem sido historicamente desconhecido e abandonado pela sociedade. [...] com o desperdício de vidas de mulheres em plena idade reprodutiva” (BRASIL, 2001, p. 112). Nesse relatório, é notável também sua defesa de que o papel da CPI é responsabilizar o Estado em suas instâncias “Secretarias Municipais, Estaduais e o Governo Federal e dos profissionais de saúde, por estas mortes” (BRASIL, 2001, p. 113). Ainda, nesse seu pronunciamento sustentou a mesma tese que apresentou no *Jornal da Rede*, de que a mortalidade materna revelaria a posição social da mulher.

[...] condições de vida, de alfabetização, moradia, trabalho, acesso à saúde, poder de negociação sobre o uso de preservativos, da violência sexual e doméstica. Menciona a existência de estudos demonstrando que mulheres grávidas sofrem mais violência doméstica que as demais. 90% das mortes acontecem nas classes mais desfavorecidas, e as regiões Norte e Nordeste são as mais afetadas (BRASIL, 2001, p. 112).

O relatório da CPI não reproduziu os depoimentos na íntegra, nem utilizou a fala “tal qual” dos depoentes. Essa parte das declarações e testemunhos (capítulo IX) consiste em um resumo em terceira pessoa do que foi exposto nas reuniões da Comissão. Consta que Maria José Oliveira de Araújo “lamenta que a sociedade ainda considere a morte por causas relacionadas à gravidez como ato de heroísmo. [...] [e a] desestruturação que acomete famílias onde ocorreu o óbito materno, o que afeta profundamente o desenvolvimento das crianças” (BRASIL,

2001, p. 113). Depreende-se que lamentou a naturalização e aceitação dessas mortes diante da salvação do filho. Esse tal ato de heroísmo, reforça a ideia de que a vida da mulher vale menos, ou que a sua finalidade é dar à luz ou morrer pelos filhos, o chamado “instinto materno” (BADINTER, 1985).

Nesse sentido, o enlutamento pela morte materna pode ser entendido não somente pela ausência da mulher, mas pelo que significa a ausência materna: é a desestruturação da rede de cuidado familiar, quando o seu pilar desaba. Quando aquela que, geralmente, cuida de todos falece.

Ainda, Araújo abordou a busca de leitos como indigna, diante da peregrinação que as mulheres precisam fazer até encontrar um lugar para parir e o dever público em cumprir com os acordos internacionais firmados para a redução desse problema social. Por último, a médica considerou que quando a sociedade civil pôde participar dos comitês a mortalidade materna deixou de ser um tema só dos profissionais da saúde e tornou-se também uma questão de direitos das mulheres, de cidadania.

Exemplo significativo ocorreu na cidade de São Paulo, em 1989, durante a formação dos comitês municipais de morte materna. Até então, os médicos resistiam à presença de mulheres não médicas dentro dos comitês. E depois de muita luta das mulheres e da administração do Partido dos Trabalhadores foi elaborada e sancionada uma lei municipal garantindo a participação da sociedade civil nos comitês de morte materna (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 4).

Ana Cristina Tanaka, na época professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP e membro da Comissão Nacional de Mortalidade Materna foi entrevistada nessa edição de maio de 2000 por Maria José Araújo⁴ e Jacira Melo⁵. Tanaka denunciou que a morte materna não é encarada

4 Maria José Araújo no período era a coordenadora da Rede Nacional Feminista de Saúde.

5 Jacira Melo foi uma das criadoras do SOS Mulher e posteriormente do Instituto Patrícia Galvão. Sobre Jacira Melo: GELEDÉS. Uma vida inteira pelo fim da violência contra a mulher: A luta de Jacira Melo. 10/01/2019. Disponível em:<<https://www.geledes.org.br/uma-vida-inteira-pelo-fim-da-violencia-contra-a-mulher-a-luta-de-jacira-melo/>>. Acesso em:

com gravidade, como um problema de saúde pública que deve ser evitada, é entendida culturalmente “como algo que pode acontecer e, se acontece, foi porque Deus quis” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 5).

Quando questionada sobre a iniciativa do Ministério da Saúde de classificar o parto como urgência, Tanaka defendeu a medida, mas que estava sendo mal interpretada. Observou que em lugares do interior estavam recebendo as gestantes para internação somente no período expulsivo, com “a cabeça do bebê aflorando, ou então com alguma patologia” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 7). Defendeu que o Ministério da Saúde ao definir como urgência estava pensando em todo o processo do parto, não apenas no momento expulsivo, mas que “o setor de saúde espertamente decidiu” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 7) internar apenas nessa última fase para ter mais vagas e menos gastos. Nesse contexto, chamou à atenção sobre a desintegração dos serviços de saúde e à falta de assistência as mulheres que dependiam do sistema público. “A responsabilidade não é da mulher. Em nenhum momento a culpa é da mulher. O problema está no sistema de serviço que não é integrado” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 8).

Para Tanaka, o Ministério da Saúde estava fazendo esforços, mas não conseguiria atingir as metas dos acordos internacionais de redução da morte materna porque “não tem conseguido mudar o sistema de atenção. Não vamos porque o enfoque ainda está centrado na culpa da mulher, da sociedade, na pobreza” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 8). Com sua entrevista podemos refletir sobre a aceitação da morte das mulheres em função da maternidade, em prol do filho, sobretudo se forem mulheres pobres. Afirmou que: “No caso da mortalidade materna, há uma cultura que aceita essa morte como se a mãe tivesse cumprido o seu papel, o de dar continuidade ao mundo. E, nessa perspectiva ela teve até uma morte nobre, ao dar à luz” (JORNAL DA REDE, 2000, nº 20, p. 6).

Trabalhando a reivindicação da não violência, Butler (2018) desenvolveu que se há uma reivindicação, então há um discurso ou um apelo. E a capacidade de resposta para esse discurso depende de como ele foi formado, enquadrado, a disposição de seus sentidos e os quadros da receptividade. O discurso não é dirigido a alguém externo à violência, já que esta é uma normativa social. Não existe sujeito alheio à violência. Desse modo, para Butler, lutar contra a violência é o processo de reconhecer sua própria ontologia social.

Segundo Butler (2018, p. 240-241) deve haver uma “convocação ética” pela não violência, o que significa “assumir a responsabilidade de viver uma vida que conteste o poder [...]. Uma vida que faça bom uso da iterabilidade das normas produtivas e, conseqüentemente, de sua fragilidade e capacidade de transformação”.

É precisamente porque se está imerso na violência que a luta existe, e que surge a possibilidade da não violência. Estar imerso na violência significa que mesmo que a luta seja dura, difícil, iminente, intermitente e necessária, ela não é o mesmo que um determinismo; estar imerso é a condição de possibilidade para a luta pela não violência, e é também por isso que a luta fracassa com tanta frequência. Se não fosse esse o caso, não haveria luta alguma, mas somente a repressão e a busca por uma falsa transcendência (BUTLER, 2018, p. 241).

A não violência, para Butler (2018) não é uma virtude. É uma posição na qual um sujeito está ferido e disposto a “retaliação violenta”, contudo, luta contra essa ação. Reconhecer a violência não garante uma política de não violência. Mas o que pode fazer a diferença é considerar a condição de violável uma condição generalizada, ao invés de uma marcação identitária. Para que a reivindicação a não violência faça sentido “ela deve estar aliada a uma intervenção crítica a propósito das normas que diferenciam entre as vidas que são consideradas vivíveis e passíveis de luto e as que não o são” (BUTLER, 2018, p. 253).

Apenas mediante uma crítica da violência do Estado é que teremos a possibilidade de identificar e reconhecer as alianças já existentes e os pontos de contato com outras minorias a fim de considerar sistematicamente como a coerção

busca nos dividir e manter nossa atenção desviada da crítica da violência propriamente dita (BUTLER, 2018, p. 195).

Assim, é necessário colocar em questão o enquadramento que distribui e aceita desigualmente a violência, mas não colocar sujeitos na posição fixa de violáveis. É preciso questionar porque algumas vidas merecem proteção, enquanto outras não, e lutar para que todas as vidas possam ser protegidas (BUTLER, 2018).

Ao tomar contato com o relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Mortalidade Materna se pode ter a dimensão do quanto debater o tema é importante: “uma constatação do Ministério da Saúde foi a de que 98% das mortes maternas seriam evitáveis” (BRASIL, 2001, p. 100). No período, poucos dados indicavam a cor/raça dessas mulheres, mas citando uma pesquisa realizada no estado do Paraná a CPI indicou que “a mortalidade materna é 7,5 vezes maior entre as amarelas e 6,6 vezes maior entre as pretas” (BRASIL, 2001, p. 52). Contudo, foi defendido que em função da “miscigenação” seria difícil correlacionar cor/raça e risco.

Nesse discurso, pode-se denotar uma subvalorização da dimensão racial das mortes maternas no Brasil, devido tanto a ideologias da mestiçagem (segundo o relatório, num país miscigenado seria difícil determinar quem é quem em termos raciais) quanto à falta ou à fragmentariedade dos dados epidemiológicos que contemplem o quesito cor. A dimensão racial parece se resumir a “algumas doenças de predominância racial” que afetam as mulheres negras (LÓPEZ, 2016, p. 152).

Ao visibilizar a morte no parto os impressos criticaram a sua naturalização. Enquadraram a assertiva sociocultural “morreu de parto”. Para Butler, as políticas de esquerda que criticam a violência do Estado deveriam formar coligações capazes de superar os “impasses liberais”. Em sua defesa afirmou que a precariedade “perpassa as categorias identitárias [...], criando, assim, a base para uma aliança centrada na oposição à violência do Estado e sua capacidade de produzir, explorar e distribuir condições precárias e para fins de lucro” (BUTLER, 2018, p. 55).

Em suma, não existe corpo invulnerável e a responsabilidade coletiva não deve se concentrar no valor desta ou daquela vida, mas sim “na manutenção das condições sociais de vida, especialmente quando elas falham” (BUTLER, 2018, p. 59). Para Butler, ao assumir a responsabilidade o “eu” pode se revelar um “nós”. Entretanto, é preciso perguntar sobre esse pertencimento: Se há um sentimento de responsabilidade somente entre aqueles que se assemelham?

Talvez essa responsabilidade só possa começar a ser internalizada por meio de uma reflexão crítica a respeito das normas excludentes de acordo com as quais são constituídos os campos da possibilidade do reconhecimento, campos que são implicitamente invocados, quando, por um reflexo cultural, lamentamos a perda de determinadas vidas e reagimos com frieza diante da morte de outras (BUTLER, 2018, p. 61-62).

Portanto, a instauração desta CPI foi uma vitória do movimento de mulheres e feministas, daqueles/as que auxiliaram na notificação de casos e de outros setores civis que questionaram a naturalizada frase “morreu de parto” e, possivelmente, um alento aos familiares enlutados. Ademais, os impressos feministas a partir da CPI constataram a precariedade e o descaso social com a vida das mulheres, inclusive entre os/as parlamentares, que não compunham quórum em muitas das audiências, para além da qualidade da assistência em saúde fornecida ou negada às gestantes, parturientes e puérperas.

Referências

Fontes:

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Relatório da CPI Da Mortalidade Materna**. Brasília, 2001. 288 p.

JORNAL FÊMEA. Brasília – DF. Números: 40, 86, 88, 94, 97, 101 e 103.

JORNAL DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Porto Alegre - RS. Número: 20.

Bibliografias:

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: O mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

FONTES, Maria Lucineide Andrade. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7), p. 1805-1812, 2012.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade materna, movimento de mulheres negras e direitos humanos no Brasil: um olhar na interseccionalidade de gênero e raça. **TOMO**, n. 28, p. 135-167, jan./jun., 2016.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Uma história do feminismo no Brasil.** São Paulo: F. Perseu Abramo, 2003.

SOARES, Vânia Muniz Néquer; MARTINS, Alaerte Leandro. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 6 (4), p. 453-460, out./dez., 2006.

WOITOWICZ, Karina Janz. Imprensa feminista pós anos 1990: Ativismo midiático e novas formas de resistência. In: **Anais do VIII Encontro Nacional de História da Mídia.** Guarapuava-PR, 2011. p. 1-12.

Aspectos da História da Campanha de Vacinação contra a Poliomielite no Brasil (1970-1980) em tempos de pandemia da Covid-19

Anna Beatriz de Sá Almeida¹
Laurinda Rosa Maciel²

Nosso objeto de análise neste capítulo é a história da vacinação contra a poliomielite no Brasil em 1980, tendo como destaque três aspectos que julgamos fundamentais na trajetória da pólio, os quais também nos possibilitaram pensar a Covid-19, considerando os contextos históricos de cada doença. São eles: a opção pelas campanhas de vacinação nacionais; os campos da saúde envolvidos na organização destas campanhas e a participação da sociedade civil nos dias de vacinação. Nossas fontes de investigação são três entrevistas realizadas pelo projeto desenvolvido na Casa de Oswaldo Cruz, coordenado por Dilene Raimundo do Nascimento, intitulado

1 Doutora em História Social, UFF; pesquisadora no Departamento de Pesquisa em História da Saúde e das Ciências/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, E-mail: anna-beatriz.almeida@fiocruz.br

2 Doutora em História Social, UFF; Documentalista no Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; docente do PPGPAT/COC/Fiocruz, E-mail: laurinda.maciel@fiocruz.br

‘História da poliomielite e de sua erradicação no Brasil’³, e que fazem parte do *Acervo de Depoimentos Orais Memórias da Poliomielite no Brasil*.

Os depoimentos escolhidos são os da educadora sanitária Cristina Maria Vieira da Rocha; do médico Guido Antônio Espírito Santo Palmeira e do gestor Mozart de Abreu e Lima. Consideramos que tais entrevistas são representativas deste conjunto documental que teve um total de 31 entrevistados e cerca de 80 horas de gravação, realizadas em diferentes estados brasileiros, mas sobretudo no Rio de Janeiro, entre 2000 e 2002. Ao realizar estas entrevistas, nosso foco foi investigar, por meio da história oral, as principais questões que envolveram a história desta doença no Brasil, as formas de tratamento, as estratégias de gestão, os surtos epidêmicos, os campos da educação e saúde, a epidemiologia que a envolve, a questão vacinal, bem como do Plano Nacional contra a Poliomielite (PNCP), do Programa Nacional de Imunização (PNI) e de organizações da sociedade civil, tais como escolas, igrejas e o Rotary Club do Brasil, por exemplo (ALMEIDA e MACIEL, 2010).

No Brasil, embora tenhamos referência à existência de casos de poliomielite nas últimas décadas do século XIX, é no século XX que observamos sua maior frequência, sobretudo com os primeiros surtos epidêmicos ocorridos entre 1909 e 1911, no Rio de Janeiro. Na literatura médica os escritos de Fernandes Figueira, que atuava como pediatra no Hospício Nacional de Alienados, na Praia Vermelha, neste período abordam este fato (CAMPOS, NASCIMENTO E MARANHÃO, 2003). Posteriormente, já nos anos 1930, observamos o mesmo cenário em diferentes estados, dentre estes São Paulo, com um quadro de ampliação de casos da doença; a partir da década de 1950, a população das grandes capitais brasileiras vivencia um intenso crescimento propiciado pelo êxodo rural e em 1953, o Rio de Janeiro sofre sua maior epidemia já registrada até então. Segundo Campos,

3 Para acessar os produtos do projeto ver BVS - HPCS - <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-das-doencas/historia-da-poliomielite/>

vemos repetirem-se na epidemia de 1953 algumas práticas já presenciadas em 1939. Por exemplo, na campanha para informar a população, o discurso dos médicos vai demonstrar a pluralidade de modelos explicativos, tratamentos e prevenção circulando entre médicos, autoridades sanitárias e a população (CAMPOS, 2010, p. 44)

Até este momento, o que observamos é que as discussões sobre a doença eram restritas ao campo médico no sentido de explicá-la e descrevê-la para que fosse possível dominá-la. Contudo, o momento propiciado pelo otimismo sanitário (GARRETT, 1995) que possibilita descoberta de antibióticos, análise da dupla-hélice do DNA⁴, novas tecnologias de laboratório e possibilidades de realmente ‘exterminar’ todas as doenças, traz para a poliomielite a discussão sobre vacinas, diagnósticos de laboratório e vigilância epidemiológica. Assim, percebemos que o viés da discussão se volta para a área da saúde pública, ou seja, decisões que afetem o coletivo, a sociedade em geral, e para as possibilidades de implantação de políticas voltadas ao controle da doença.

As atividades de vacinação em massa eram uma novidade naquele cenário dos anos de 1950 e 1960. Em relação à pólio, a vacinação começa em 1961, a partir da adoção oficial da vacina Sabin, pelo Ministério da Saúde (MS), mas que não experimentou a abrangência nem a continuidade necessária para sua verdadeira efetivação, já que era preciso um maior número possível de vacinados e que esta ocorresse de maneira regular. Neste momento igualmente foi consolidada a importância da epidemiologia para controlar as doenças transmissíveis, cuja notificação de casos deveria ser imediata e obrigatória e até mesmo de doenças endêmicas, como a hanseníase, por exemplo. Porém, no caso da poliomielite, por ser uma doença que potencialmente trazia consigo a possibilidade de surtos epidêmicos, tornava-se fundamental o controle, a pesquisa e a vigilância epidemiológica para manter os territórios protegidos da entrada do vírus circulante no meio social.

4 Em 1953, a estrutura de dupla-hélice do DNA foi desvendada por James Watson e Francis Crick e trouxe imensa contribuição no desenvolvimento da biologia molecular e da engenharia genética, o que impacta sensivelmente a pesquisa laboratorial em todas as áreas.

Desta forma, merece menção a criação em 1968, do Centro de Investigações Epidemiológicas, pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), cuja atuação inicial foi realizar a vigilância epidemiológica dos casos registrados das doenças notificáveis no território nacional. Anos depois, em 1975, a própria FSESP implantou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o que requeria a criação de normas técnicas de notificação, a ampla investigação e confirmação dos casos notificados, bem como, a estruturação de uma rede de laboratórios no país (NASCIMENTO, 2010).

A primeira ação mais efetiva de política de controle da pólio se dá em 1971, quando é instituído no âmbito do MS, o PNCP, um modelo campanhista que visava instituir um controle verdadeiramente nacional. Porém, esta atividade torna-se bastante complexa em um país com as dimensões continentais como o Brasil, sobretudo considerando que não havia o SUS, com sua abrangência e eficácia nacional, nem mesmo a oferta de vacinas de forma contínua às campanhas que se faziam isoladamente. Criado em 1973, o PNI adotou o processo de campanhas de multivacinação, reunindo as vacinas do sarampo e da pólio. De acordo com Nascimento, “o PNI foi uma das iniciativas da gestão do ministro Mário Machado Lemos, que se caracterizou pela elaboração de grandes planos para a saúde. Teve como objetivo estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes no país” (NASCIMENTO, 2010, p. 96).

Visando reunir dados de todos os estados e da maior parte possível dos municípios foi estruturado, o acima citado, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A vigilância epidemiológica é a base para qualquer tentativa de enfrentamento a surtos das mais variadas doenças e as sistematizações de dados mesmo que precários acerca da poliomielite foram fundamentais para estruturar os Dias Nacionais de Vacinação (DNVs), iniciados em 1980.

Vale ressaltar que no Brasil, por estar vivendo um regime político ditatorial militar imposto com o golpe civil militar de 1964, o fluxo de informações não era transparente e pode-se afirmar que fatos como o número de casos e surtos epidêmicos em diversas cidades,

capital ou interior do Brasil, nem sempre eram notificados e muito menos noticiados e publicizados⁵.

Em 1979, embora o país ainda vivesse um contexto de ditadura militar, inegavelmente o regime estava claudicante e não seria mais possível esconder de toda a população uma epidemia de pólio como se tentou com a de meningite. Assim, o próprio secretário de saúde do Paraná “foi para a televisão denunciar a existência da epidemia [de pólio] atribuindo-a ao descaso do Governo Federal” (NASCIMENTO, 2010, p. 100).

A denúncia pública feita pelo secretário de saúde do Paraná trazia à tona a desorganização e a incapacidade dos gestores à frente da saúde no país, no sentido de efetivamente resolver a questão das epidemias de poliomielite e de outras doenças, como a meningite. Porém, o ministro da saúde Waldir Arcoverde, que assumiu este posto em 1979, com a posse do general João Figueiredo, último militar a comandar o país, foi sensível ao fato de que era realmente necessário algo que atacasse a pólio de modo mais eficaz,

A alternativa veio logo, em 1980, com a instituição dos DNVs contra a poliomielite: vacinar o país todo no mesmo dia. A pólio era uma doença muito perigosa e incapacitante para a população atingida. Importante ressaltar que tal perfil era sobretudo de crianças que ficavam com problemas de saúde permanentes, gerados pelas sequelas físicas que tornavam seu cotidiano muito sofrido e demandante de uma rede imensa de atenção e cuidados especializados. De acordo com pareceres da OMS, esta situação foi considerada crítica não só no Brasil, mas nas Américas em geral.

5 É conhecido o exemplo da epidemia de meningite que começou a atingir a população em meados de 1971, em Cantagalo, Rio de Janeiro, e posteriormente atingiu outras cidades e capitais do Brasil com o correr dos anos. Estes dados ficaram encobertos pelas autoridades sanitárias durante muito tempo e apenas em 1974, quando atingiu profundamente áreas centrais de São Paulo e não era mais possível negar sua existência, pois os hospitais entraram em colapso, é que os generais militares passaram a reconhecer a gravidade do problema de saúde pública. Mais informações ver Schneider, Tavares e Musse, 2015.

O processo de criação dos Dias Nacionais de Vacinação contra a pólio

Como destacamos anteriormente, entre 1975 e 1979 foi um momento de explosão de vários surtos da poliomielite pelo país e o Governo Federal foi cobrado, tanto pelos governos estaduais como pela população, para agir de maneira efetiva. Diante da situação, os técnicos e gestores do MS analisaram os cenários possíveis e optaram pela vacinação contra a pólio com a vacina Sabin em todo o país.

O próprio Sabin foi consultor da equipe do MS e assim nasceram os DNVs contra a Poliomielite em 1980, seguindo suas orientações mais gerais: realizar dois dias de vacinação contra a pólio anualmente em todo o território nacional. Apesar de ter auxiliado a equipe do MS, Sabin defendia a realização de um amplo censo escolar que desse base ao planejamento das vacinações. Essa proposta foi julgada como inviável pela equipe do MS e em função disso, houve discordâncias entre ambos.

O Ministério, a nossa administração, começa com a epidemia de pólio [final de 1979]. Quer dizer, um pepino para nós [que] não sabíamos como enfrentar. [...] Convidamos o Sabin a ajudar-nos a montar uma estratégia... Tinha na cabeça do Ministério, um Ministro sanitário, Waldir Arcoverde. Ele tinha certeza que aquilo tinha que ser enfrentado com técnica de massa e não técnicas isoladas, fragmentadas. [...] Mas Sabin, diante da fragilidade das informações estatísticas brasileiras, [...] fica irritado [...]. Nós comunicamos ao Presidente [Figueiredo] e quando o Sabin ganhou o apoio da mídia, o Presidente fechou com o Ministério: 'O Ministro não sai!'. Então a gente ganhou força (LIMA 2002, Fita 2).⁶

Como vemos pelo depoimento do chefe de Gabinete do MS, Mozart de Abreu e Lima, mesmo tendo sido uma desavença de grandes proporções, coube ao ministro Waldir Arcoverde convencer o Presidente Figueiredo da importância e necessidade da realização das campanhas de vacinação contra a pólio. Sabin propunha a realização de um censo escolar cujos recurso e tempo gastos seriam inviáveis e a

⁶ As palavras sublinhadas nos trechos dos depoimentos citados significam a “ênfase” dos entrevistados ao pronunciá-las.

alternativa da equipe foi realizar a vacinação com os dados estatísticos existentes (NASCIMENTO, 2010).

Solucionada a questão, a equipe passou a planejar e organizar as duas etapas da campanha nacional de vacinação, no país todo e nos mesmos dias, em 1980. Porém, era necessário superar as resistências existentes dentro do próprio ministério por parte dos defensores da vacinação como atividade de rotina dos serviços de saúde; da forma pensada por Sabin e adotada nos DNVs, a vacinação tinha um caráter de campanha e tal modelo era antigo e criticado, como podemos perceber na fala da educadora sanitária Cristina Rocha:

A gente era um grupo dentro do Ministério e tinha o grupo contrário. O grupo que achava que aquilo ia contra toda e qualquer proposta de estruturação, de organização dos serviços, que a campanha atrapalhava o serviço. [...] Então, você tinha esse embate dentro do Ministério. E, às vezes, você se perguntava: 'Puxa vida, esse esforço todinho para aplicar uma vacina?!' Mas, assim, depois, com o correr do tempo, você começa a avaliar que pode até ter sido... Mas você tem os dividendos disso (ROCHA, 2002, Fita 1).

Esse “grupo contrário” destacado pela depoente, contava com médicos, economistas e planejadores, que vieram de outros setores públicos e ingressaram no MS na gestão do ministro Waldir Arcoverde e na gestão anterior. Eram profissionais que defendiam a criação e organização de serviços básicos de saúde descentralizados, com autonomia financeira, visando o atendimento primário em todo o território nacional (SCOREL, 1998).

[...] No governo Geisel, teve esta vantagem, porque Reis Velloso [era] muito democrático, e as tentativas do General Frota [Ministro do Exército] de demitir as expressões de liderança da SUDENE, o Ministro [Arcoverde] sustentava: 'Esse é o meu partidão, não mexam nele. Está tudo sobre controle, [risos], melhor estar comigo aqui do que atirando bomba por aí' (LIMA, 2002, Fita 1).

O depoimento do médico Guido Palmeira nos mostra um profissional que criticava o modelo campanhista, mas que seguiu as determinações do MS, afinal o país encontrava-se em plena ditadura

militar, e traz seu olhar específico sobre as campanhas de vacinação contra a doença:

Só que a pólio especificamente ela tinha um motivo extra para essa campanha, que era a questão... da carga do vírus vacinal no ambiente muito forte! E isso de certa maneira justificava o fato de ser uma campanha. Quer dizer, não é a campanha exclusivamente para vacinar as pessoas. É uma campanha para alguma coisa além de vacinar as pessoas, é uma substituição do vírus selvagem. Enfim, então não houve grandes questões teóricas (PALMEIRA, 2001, Fita 1).

Nesse sentido, a opção pela vacinação da pólio por meio do modelo de campanhas nacionais, estava também relacionada à algumas das características da vacina Sabin. O fato desta ser em gotas, facilmente transportada e armazenada, já que necessitava de pouca refrigeração, dava também ao vacinado “imunidade humoral e intestinal” (MARANHÃO, 2010, p.66). Esta última característica possibilitaria substituir o vírus selvagem causador da doença, pelo vírus vacinal no ambiente.

A logística das Campanhas Nacionais

Como vimos acima, os DNVs foram instituídos em 1980 e, a partir de então, incluídos na agenda vacinal da população como prática permanente de imunização. Mas planejar, organizar, programar e executar a proposta de vacinar todas as crianças até 0 a 5 anos de idade, nos mesmos dois dias, em um país com tamanha extensão e diversidade, era, na verdade, uma grande organização logística, segundo Mozart de Abreu e Lima:

[Saímos da VII] Conferência de 1980, com o apoio de todos. [...] Ora, fechado isso, a equipe de epidemiologia do Ministério com a Fundação SESP, Fundação Oswaldo Cruz, fechadinho, com apoio de São Paulo, o [Adib]Jatene era [o Secretário de Saúde]. Construímos a proposta do Dia Nacional com as Secretarias Estaduais de Saúde. Claro! Aí surgiu o grande drama. Como organizar a logística desse Dia Nacional? Aí é que eu entro, [...] entra o Secretário Geral, porque toda a ação estratégica estava delineada, foi aprovada no comitê, naquele Comitê [Inter gestor], o Ministro levou ao Presidente, o Presidente reuniu o Ministério, para que todos os órgãos Ministeriais apoiassem, todos os Ministérios, com a

sua prioridade número um [...], o Ministério de Educação, Previdência, Militares, todos envolvidos no processo [...] (LIMA, 2002, Fita 2).

Os aeroportos dos estados se tornaram centros supridores de demandas ao longo dos dias das campanhas e foram o espaço onde organizou-se uma estrutura de redistribuição das vacinas com base nas demandas apresentadas. Era a deliberação de um Governo Militar sendo cumprida mediante a participação de vários ministérios, com destaque para os das Forças Armadas que tinham condições de chegar em áreas de acesso bastante difícil e remoto como, por exemplo, populações ribeirinhas e tradicionais de várias regiões do país.

Se houvesse demanda em um lugar, excesso de demanda e as vacinas não [fossem] suficientes, [era tudo] anotado por um esquema no Brasil inteiro, sem *internet*, [...] tudo por telefone, e que telefone! Aí tinha que informar onde surgiu a demanda e onde seria o centro supridor daquela demanda. [...] Em cada centro desses, no dia da vacinação, colocamos uma autoridade do Ministério da Saúde no aeroporto, com poder de alugar avião, de parar voo comercial para esperar [e levar] carga de vacina (LIMA, 2002, Fita 2).

O processo envolveu diversos Ministérios além de grande número de funcionários do próprio MS, as secretarias estaduais e municipais de saúde, que deveriam atuar em conjunto, buscando o auxílio dos técnicos e gestores do MS na resolução dos possíveis problemas que enfrentariam, por exemplo, para chegar a determinados distritos e áreas isoladas e sem condições mínimas de acesso. Era um momento em que a eletricidade e a rede de telefonia fixa eram raras e esparsas, exceto nas capitais e nos médios e grandes centros urbanos. Também de muita importância era o convencimento das equipes das secretarias estaduais e municipais, bem como todo o apoio na área de comunicação e de estruturação das campanhas nos municípios. O depoimento a seguir, da educadora sanitária Cristina Rocha, é bastante ilustrativo desse processo:

...quando decidiram: 'Vai-se fazer a vacinação!' Então, aí a gente entrou de cheio. Tanto para trabalhar a questão da comunicação, como para [...] estruturar as campanhas nos Estados. [...] Organizou-se duplas: tinha um epidemiologista

e um educador, e a gente ia em dupla para os Estados montar todo aquele esquema... de fazer grupos ligados à questão de recursos humanos, à questão da logística, à questão da orientação técnica, [...] grupos da comunicação, grupos com o pessoal da Secretaria, com outras instituições e organizações. E, além de fazer, era também um papel de convencer da viabilidade dessa vacinação. Porque esse era o grande questionamento. Todo mundo achava que era uma loucura fazer isso! E realmente a gente saía pelos Estados para defender essa ideia... (ROCHA, 2002, Fita 1).

A participação da Sociedade Civil

Diante dos imensos obstáculos a serem vencidos, muitos dos nossos entrevistados bem como os que pesquisaram sobre as primeiras campanhas em 1980, destacam como fundamental a participação das comunidades locais, antes e ao longo dos dias de vacinação. Eram diretores de escolas oferecendo os espaços para serem locais de vacinação, eram professores se tornando vacinadores, grupos religiosos fazendo o papel de divulgadores da ação, clubes e associações das cidades ajudando na infraestrutura, alimentação e transporte dos vacinadores para locais distantes. Na resolução dos problemas de comunicação, muitos destacaram o papel essencial dos grupos de rádio amadores para o sucesso dos primeiros DNVs e das forças armadas:

Olhe, uma coisa que me chamou muito a atenção na época foram os ... rádio amadores. Porque naquela época, [19]80, a gente não tinha essa facilidade de celular, de telefone, e eles montaram uma rede mesmo. [...] se comunicavam e diziam onde é que estava faltando vacina, onde precisava remanejar, mandar daqui para lá, de cá para lá. E, assim, foi muito forte os rádios amadores lá no Mato Grosso do Sul. Então, eles fizeram uma passeata linda no centro da cidade de tão envolvidos que eles ficaram e de tanto quanto eles se sentiram úteis. A educação era uma coisa fantástica em todo canto. A disposição, a disponibilidade dos professores [...] participando das campanhas, [...] sendo vacinadores, de oferecer as dependências das escolas para ser... postos de vacinação (ROCHA, 2002, Fita 1).

[...] A campanha tomou uma dimensão muito grande então, eu tinha a participação de várias instituições, [como] do exército, emprestava carro... e, as primeiras campanhas mobilizaram muita, muita gente, e eu fazia esses contatos,

né? Eu participava desse tipo de coisa. Tudo o que dizia respeito à coisa técnica na região [área no Maranhão], eram... 20 municípios mais ou menos, era com a gente. Eu ia, tinha lá um lugar que se chama Serra do Mel, não sei se ainda existe, que era um projeto agrícola antigo de plantação de caju. Então, a gente ia distribuindo a vacina por um lado da região para poder voltar pela Serra do Mel e trazer caju nos isopores que a gente levava vacina [risos] (PALMEIRA, 2001, Fita 1).

Os dias 14 de junho e 16 de agosto de 1980, foram, respectivamente, primeira e segunda etapas da primeira campanha de vacinação contra a poliomielite, em crianças de 0 a 5 anos de idade, em todo território nacional. Estes foram os primeiros DNVs contra a poliomielite no Brasil e estas campanhas prosseguem até hoje, e se tornaram, ao longo dos anos, dias de campanhas de multivacinação. A persistência da vacinação em duas ocasiões, em todo o país, nos mesmos dias, como algo efetivamente de massa, trouxe resultados concretos de diminuição gradativa do número de casos, como se evidencia nos números abaixo:

| Ano | Número de casos |
|--|----------------------------|
| Antes de 1980 | 2330 |
| 1980 | 1290 |
| 1981 | 122 |
| 1983 | 45 |
| 1984 | 130 |
| 1986 | 612 |
| A partir de 1986, ajustes no programa e diminuição gradativa dos casos até zerar em 1989 | 0 |
| 1994 | Certificado de erradicação |

Dados retirados de: Boletim Epidemiológico, MS/SVS, 1999, ano III.

Criava-se assim, o cenário que possibilitou pensar na erradicação da doença em território nacional, alcançado na década seguinte, apoiado no exemplo exitoso da varíola. Em 1989, foi registrado o último caso no Brasil, no município de Souza, no estado da Paraíba, de doença causada pelo poliovírus selvagem, e no decorrer da década de 1990, continuou-se com a estratégia dos DNVs⁷. Esta estratégia possibilitou a erradicação em 1994, quando o país recebeu a certificação após cumprir os critérios impostos pela Comissão Internacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite.

Contudo, a vacinação contra a pólio no Brasil vive, no cenário atual, um momento preocupante. A meta de cobertura vacinal recomendada pela OMS é de 95%, mas segundo os dados do Ministério da Saúde, o país não atinge 90% desde 2016 e em 2019, este índice foi de 51%. Vivemos um momento de descrédito na força, eficácia e necessidade da vacinação para controlar doenças, fruto de um cenário desfavorável à pesquisa científica e ao conhecimento, consolidados sobretudo com a eleição de Jair Messias Bolsonaro ao cargo de Presidente da República, em 2018. Com sua posse, vemos a consolidação de um modelo sem amparo na ciência e nos valores acadêmicos, o que mudou efetivamente a gestão do MS e o PNI teve seu papel reduzido em importância como componente fundamental para a continuidade da eficácia das campanhas de vacinação. Vale ressaltar que outras doenças, cuja cobertura vacinal é realizada pela rede básica de atenção à saúde, tem igualmente tido resultados bastante preocupantes, como o sarampo, que é o melhor exemplo deste quadro.

⁷ Em 1986, o Ministério da Saúde encomendou ao artista Darlan Rosa a criação de um personagem em forma de gota que popularizasse a campanha de vacinação contra a pólio. O objetivo era aumentar a receptividade à vacinação de uma forma atraente e cativante. O personagem ganhou o nome Zé Gotinha, dois anos depois, através de um concurso que teve grande participação da sociedade brasileira. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/webstories/cultura/2021/03/a-historia-do-ze-gotinha/> (Acessado em 01/12/2021).

Covid-19

Em 2020, quando o mundo foi surpreendido pela pandemia de Sars Cov2, o vírus da Covid 19, cujos primeiros casos foram descobertos na cidade de Wuhan, na China, o cenário encontrado na saúde pública brasileira, bem como em todo o país, era bem desolador no que se refere ao crédito dado ao conhecimento e à pesquisa científica, como já dito. Fruto da verdadeira onda que se espalhou pelo mundo em que a prática do autoritarismo e da não democracia plena assolou vários países, o que vemos no Brasil desde praticamente 2016, com a concretização do processo de impedimento impetrado contra a presidenta Dilma Roussef, é uma realidade que não vê como positivas ações que visem bem-estar às populações mais vulnerabilizadas e nem a continuidade de estruturas estabelecidas para tal fim. Nesse sentido, o PNI foi bastante atingido mesmo antes da crise que acompanhou a chegada da Covid 19 ao país, tornando seus objetivos, dentre eles, as campanhas de vacinação, questionados e muitos deles não tendo a continuidade necessária.

Como toda doença causada por vírus, cujo combate pode ser feito por meio de uma vacina, com a Covid 19 não é diferente e a busca em tempo recorde por uma vacina que fosse eficaz, ao menos momentaneamente, uniu laboratórios de todo o mundo. Isso foi um feito invejável no sentido de busca de um objetivo comum que culminou com uma vacina experimental que passou a ser consumida ainda em 2020, em variados países do mundo.

Contudo, no Brasil, ela começou a ser administrada em 2021, por meio da vacina CoronaVac, envasada pelo Instituto Butantan, de São Paulo, que obteve sua autorização temporária para uso emergencial em janeiro de 2021; ela passou a ser produzida com o uso de Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) importado da Índia, com autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Posteriormente, a Fiocruz, com a importação de IFA da China, Índia e com um acordo estabelecido com Oxford, produziu a Astrazeneca⁸.

8 Até novembro de 2021, a Fiocruz envasava as vacinas com o IFA importado, porém a partir desta data, a pretensão é produzir o IFA nacional em sua fábrica de Bio-Manguinhos,

Estas duas vacinas, bem com a Janssen, do laboratório Johnson & Johnson, e a da BioNTec, do laboratório Pfizer, são as empregadas em território nacional, já que a Sputnik V, produzida com imunizante russo, não teve seu uso autorizado no Brasil pela Anvisa⁹.

Este é o cenário que contraditoriamente provocou justamente a descrença e a desconfiança com a vacina para Covid 19 em vários lugares do mundo: a rápida conclusão pelos laboratórios na descoberta por uma vacina para uma doença tão recente em nossa realidade. Tal fato não considera que os contextos laboratorial e de conhecimento científico que propiciaram a descoberta das primeiras vacinas na década de 1950, não deve ser comparado ao contexto do século XXI.

Hoje, efetivamente, a ciência vive um momento muito diverso daquele dos anos 1950, quando o otimismo sanitário como dissemos, propiciou uma série de descobertas científicas que modificaram nossa relação com as doenças no meio social e formas de tratá-las e evitá-las. Atualmente, as pesquisas laboratoriais são muito mais rápidas e efetivas, se comparadas ao contexto da década de 1950, quando se tinha uma tecnologia muito mais precária do que a comumente utilizada em laboratórios científicos hoje. Estes são fatores a serem considerados em uma análise que vise questionar a eficácia da vacina para Covid 19, porém o mais curioso é que o Brasil, ainda assim, experimentou uma das maiores taxas de vacinação no mundo. O que à primeira vista pode parecer controverso, deve ser visto como a consolidação da ideia de positividade contida no elemento ‘vacina’, ao longo dos anos no Brasil, em virtude do sucesso das campanhas de vacinação e de um sistema de saúde universal, como é o SUS.

É possível encontrarmos análises que consideram este fator como preponderante e que, ao final, fez a diferença no contexto brasileiro, mesmo com o MS não tendo estratégias claramente favoráveis ao combate à Covid 19 e à implantação da vacinação de maneira rápida e plena em todo o território nacional, a população respondeu ao

com pedido enviado à Anvisa para tornar a instituição uma unidade produtora. Disponível em www.portal.fiocruz.br/vacinasocovid19 e <https://www.bio.fiocruz.br> (Acessado em 30/11/2021).

9 Ver <https://www.gov.br/anvisa/pt-br> (Acessado em 30/11/2021).

chamado pela vacinação. A procura não foi considerada unânime, mas satisfatória com cerca de 60% da população já imunizada, diante de um quadro de apoio de cerca de 20% da população à gestão do governo Jair Bolsonaro. Por conseguinte, há apoio às ações negacionistas em relação à doença em si e duvidosas da eficácia da vacina ‘descoberta em tempo recorde’ e que, como dissemos, desconsiderando o contexto de produção atual que é bem diverso dos anos 1950¹⁰.

Em novembro de 2021, temos cerca de 22 milhões de casos no Brasil, com cerca de 614 mil mortes¹¹, com a possibilidade destes números serem maiores em função da precariedade do sistema de informações, estando o Brasil em segundo lugar em número de mortos, estatística liderada pelos Estados Unidos¹². Para alguns, efetivamente está sendo um vírus que mudou a concepção de urgência, uma vez que o *lockdown* imposto em todo o mundo como forma de frear sua disseminação, trouxe uma nova realidade que a historiadora Lilia Schwarcz (2020) tão bem descreveu:

É impressionante como uma criatura tão pequena, invisível a olho nu, tem a capacidade de paralisar o planeta. Algo que só se conhecia do passado ou por meio de fantasias, de distopias científicas agora faz parte da nossa realidade. [...] A doença, seja ela qual for, produz uma sensação de medo e insegurança (SCHWARCZ, 2020, p. 5 e 9).

Considerações Finais: comparando alguns aspectos da Pólio e da Covid-19

Podemos afirmar que no momento da criação e disponibilização das vacinas contra a poliomielite, nos anos 1950 e 1960, havia um forte anseio pela vacinação e confiança da sociedade em sua eficácia; a alternativa era considerada positiva diante de uma doença que

10 Não devemos nos esquecer do episódio ‘Revolta da Vacina’, evento que se deu em novembro de 1904, na cidade do Rio de Janeiro, quando os que deveriam ser submetidos à vacinação obrigatória contra a varíola, se rebelaram e se recusaram a receber a vacina.

11 Hoje pode-se afirmar que a vacinação tardia causou esse alto número de mortes, uma vez que propiciou terreno fértil para o surgimento e duplicação de variantes do vírus.

12 Ver www.covid.saude.gov.br (Acessado em 27/11/ 2021).

gerava sequelas visíveis e temidas desde o início século XX. Houve determinação política e investimento na compra de vacinas e organização da vacinação nos mesmos dias em todo o país, a qual se tornaria permanente com a continuidade dos DNVs, além da participação efetiva da sociedade civil. Embora o momento político fosse um contexto ditatorial com a gestão do governo militar, era salutar e positivo para a busca de uma solução, já que houve a consolidação da ideia de que a vacina, se empregada coletivamente, ofereceria proteção ambiental que, por sua vez, seria revertida à coletividade.

Em relação à Covid 19, temos a desconfiança coletiva em relação ao caráter violento da doença, com insubordinação generalizada ao que é recomendado como estratégias de proteção para a população, sobretudo o uso de máscaras e a não aglomeração. A vacina gera uma proteção individual no sujeito que se reverte ao coletivo, na medida em que impede o vírus de circular e, com isso, se reproduzir e gerar outras variantes que possam não ser cobertas pelas vacinas que estão empregadas no país e no mundo, como é o caso da variante Ômicron. O negacionismo por parte do governo federal influencia a sociedade civil que, de certa forma, despreza a gravidade da doença, os altos números de óbitos e o medo da morte; além disso, insensibiliza para a perda de familiares em um contexto que, na maioria das vezes, pode impedir o sepultamento conforme os rituais estabelecidos socialmente para a morte, com enterros rápidos e coletivos, que deixam as famílias desamparadas e sem a vivência do luto.

No caso da pólio, muitos também perdiam entes queridos, mas a maioria tinha que passar a viver uma nova realidade, caso algum de seus filhos ficasse com sequelas da doença. Tratamentos de alto custo, em sua maioria sem resultados concretos, o que transformava por completo a vida destas famílias. No caso da Covid-19, algumas pessoas falecem, outras se curam de forma total, mas um outro grupo desenvolve, tão logo curados ou algum tempo depois, sequelas que estão sendo pesquisadas para que não se tornem permanentes.

Diante das inúmeras questões que nos têm chamado a atenção ao longo desta pandemia, ressaltamos que, tanto a poliomielite quanto

a Covid-19, possuem contextos históricos múltiplos e diversos, atores e instituições variadas, crenças e dogmas, entre tantas outras questões suscitadas e acreditamos, como historiadoras, que analisar hoje, a história dos DNVs contra a pólio no Brasil, pode nos dar pistas e olhares sobre a pandemia da Covid-19. Além disso, nos sensibiliza o olhar para outros surtos epidêmicos da mesma forma que nossa vivência com esta realidade criou diferentes questionamentos aos que se dedicam ao campo da história das epidemias e das doenças em geral.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá e MACIEL, Laurinda Rosa. 'Controle e erradicação de uma doença: a história da poliomielite e seus atores.' **Tempo e Argumento**, v. 2, p. 200-220, 2010.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do e MACIEL, Laurinda Rosa (orgs.). **Memória da poliomielite**: acervo de depoimentos orais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

CAMPOS, André L. Vieira de; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MARANHÃO, Eduardo Ponce. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização, **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. Supl. 2, p. 573-600, 2003.

CAMPOS, André V. de C. A história da poliomielite no Brasil antes da vacina: modelos, epidemias e dilemas. In: Nascimento, D. R. (org.) **A história da Poliomielite**. Rio de Janeiro, Garamond, 2010 p. 15-51.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1998.

GARRETT, Laurie. **A próxima peste** - Novas Doenças Num Mundo em Desequilíbrio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

MARANHÃO, Eduardo P. A história das vacinas contra a poliomielite. In: Nascimento, D. R. (org.) **A história da Poliomielite**. Rio de Janeiro, Garamond, 2010, p. 53-83.

MATTA, Gustavo Correa; REGO, Sergio; SOUTO, Ester Paiva e SEGATA, Jean (orgs.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas

e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021,

NASCIMENTO Dilene R. A história do controle e da erradicação da poliomielite no Brasil. In: Nascimento, D. R. (org.) **A história da Poliomielite**. Rio de Janeiro, Garamond, 2010, p. 85-119.

ROSENBERG, Charles. 'What Is an Epidemic? AIDS in Historical Perspective', in **Daedalus**, Vol. 118, No. 2, Living with AIDS (Spring, 1989), pp. 1-17, The MIT Press on behalf of American Academy of Arts & Sciences.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Quando acaba o século XX**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SCHNEIDER, Catarina; TAVARES, Michele e MUSSE, Christina. O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de S. Paulo. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, 9(4), out-dez., 2015. www.reciis.icict.fiocruz.br (Acessado em 30/11/2021).

Depoimentos:

Lima, Mozart de Abreu, entrevista realizada por Anna Beatriz de Sá Almeida e Dilene Raimundo do Nascimento; duração 3h22m; 4 fitas cassete; data: 12 de abril e 07 de maio de 2002; local: Rio de Janeiro e Brasília.

Palmeira, Guido Antonio Espírito Santo, entrevista realizada por Anna Beatriz de Sá Almeida e Laurinda Rosa Maciel; duração 1h10m; duas fitas cassete; data: 24 de outubro de 2001; local: Rio de Janeiro.

Rocha, Cristina Maria Vieira da, entrevista realizada por Anna Beatriz de Sá Almeida e Dilene Raimundo do Nascimento; duração: 1h35m; duas fitas cassete; data: 24 de maio de 2002; local: Maceió.

Sites da Internet:

<http://basearch.coc.fiocruz.br/> (Acessado em 22/11/2021)

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epi_edicao_especial.pdf (Acessado em 23/11/2021)

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2020/11/08/cobertura-vacinal-de-473-contra-poliomielite-ainda-reflete-baixa/> (Acessado em 30/11/2021)

<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/desenvolvimento-de-uma-nova-vacina-nao-parte-do-zero-diz-pesquisador-da-fiocruz/> (Acessado em 30/11/2021)

A pandemia da covid-19 e os profissionais da saúde: uma reflexão sobre o inesperado

Adriane Denise Fonseca Lopes¹

Introdução

Desde 2020 muito se vem produzindo, academicamente, sobre a covid-19 e seus impactos, afinal, é inquestionável que a pandemia causada pelo Sars-Cov-2 redirecionou toda a organização social. Diversas foram as mudanças, que podem ser vislumbradas tanto em uma perspectiva macrosocial – tais como as reverberações econômicas, políticas, sanitárias e sociais – quanto a partir de um olhar direcionado ao microssocial – como as mudanças nas relações sociais na família, nas comunidades e impactos na interação e subjetividade humana.

Mesmo com toda a produção acadêmica mobilizada nestes quase dois anos de pandemia, ainda não é possível identificar uma literatura madura que reflita sobre a temática. Concordando com Abrão (2020), a produção científica em relação à pandemia da covid-19 nas mais diversas áreas do conhecimento ainda não pode ser considerada uma produção madura, sendo caracterizada como parcial e dispersa. Ainda não existem informações precisas sobre

¹ Assistente social, mestranda do Programa de Pós-graduação de Sociologia da UFPEL. Contato: adriadenisefl@gmail.com.

origem, variações e consequências na longevidade dos que foram acometidos e carregam sequelas da doença. Pensando sobre aspectos sociais, o campo a ser explorado é tão vasto quanto o da saúde, já que a pandemia “invadiu” a realidade social como um todo.

Assim, este artigo se propõe a ser mais uma contribuição nos estudos em ciências sociais sobre o fenômeno da pandemia e seus impactos na realidade. Para tanto, divide-se em dois momentos: primeiro, realiza-se uma reflexão sociológica sobre os impactos sociais e subjetivos da pandemia na sociedade; em seguida, propõe-se a examinar sob as mudanças no trabalho em saúde e os impactos nas relações de trabalho e saúde mental dos profissionais que aparecem como “linha de frente” no combate a pandemia.

Neste ponto, cabe uma delimitação preliminar sobre quem são os profissionais da saúde. A resolução nº 287/ 98 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) indica que 14 profissões de nível superior compõem esse segmento profissional. São assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Estão também inclusas as funções técnicas e auxiliares relacionadas às anteriormente citadas, como técnicos de enfermagem e auxiliares de farmácia.

Por fim, muitas mudanças foram as necessárias na organização do trabalho. O “novo normal” exigiu outras formas de gerenciar e executar o trabalho. Druck (2016) sustenta que as mudanças que afetam o trabalho não o impactam apenas de forma técnica, trazendo reverberações que atingem a vida dos sujeitos como um todo. Desse modo, os estudos sobre as transformações no mundo do trabalho devem estar aliados à reflexão sobre os impactos dessas transformações na saúde do trabalhador, especialmente em um contexto tão singular, como o da pandemia, que, por ser um evento social total, causa mudanças abruptas na vida social como um todo.

Proposta de uma reflexão sociológica sobre a pandemia da covid-19 e seus efeitos no subjetivo

Num dia, há vida, um homem, por exemplo, em perfeita saúde, nem sequer é velho, sem nenhum histórico de doenças. Tudo é como era, e sempre será. Ele segue de um dia para o outro, cuidando de suas coisas, sonhando apenas com a vida que se estende à sua frente. E então, de repente, acontece que há morte (Paul Auster, em *A Invenção da Solidão*, 1999).

Na epidemiologia, entre os conhecimentos técnicos básicos e de caráter geral, estão os conceitos de surto, epidemia e pandemia. Tais conceitos dizem respeito a níveis de propagação de uma doença e variam, conforme aspectos temporais, geográficos e quantitativos, sendo imprescindíveis para a organização das ações de promoção à saúde em níveis local, nacional e global (SEGATA, 2020). De forma simplificada, se muitos casos de uma doença começam a ser notificados em um bairro ou comunidade, trata-se de um surto. Caso os surtos não sejam controlados e se espalhem por várias regiões de uma cidade ou estado, trata-se de uma epidemia. Não contida a epidemia, em um mundo cada vez mais globalizado, a doença – especialmente se for infectocontagiosa – pode se espalhar por vários países e continentes. Este é o pior cenário possível, o da pandemia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) até o ano de 2020 havia declarado cinco vezes que o mundo vivia um estado de emergência global de saúde². Com o coronavírus, em janeiro de 2020, a OMS declarou pela sexta vez que o mundo estava diante de uma emergência de saúde generalizada (SENHORAS, 2020).

O primeiro caso de covid-19 foi oficialmente reportado em 31 de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan (China). Tratava-se de uma pneumonia viral grave, de provável origem animal.³ Em 7 de

2 Foram estas, cronologicamente: H1N1 em 2009, poliomielite em 2014, Zica em 2016 e Ebola em 2014 e 2019 (BCC, 2020).

3 Faz-se necessário cuidado ao apontar a origem do vírus, uma vez que em todo o globo transcorrem pesquisas sobre o seu início e não existe consenso científico (Vide reportagem publicada na BBC em 18 de maio de 2021, versando sobre as investigações a respeito da origem da covid-19), embora os primeiros grandes estudos da Organização Mundial da Saúde

janeiro de 2020 foi identificado que este novo e desconhecido vírus, pertencia à família do coronavírus. Apenas dois dias depois, foi reportada a primeira morte em decorrência da doença. Já em janeiro do referido ano a gravidade epidemiológica ficou evidente, com um aumento brusco e constante no número de infecções (FIOCRUZ, 2020).

No Brasil, a covid-19 foi tratada inicialmente como assunto de pouca relevância, já que se tratava de uma doença localizada na Ásia. Para ratificar tal afirmação, em busca realizada nos jornais Folha de São Paulo, constata-se que a primeira vez que o assunto foi abordado em capa no jornal foi em 23 de janeiro de 2020, em um segmento lateralizado intitulado “Mortes por vírus sobem para 17, Brasil descarta casos” (FOLHA, 2021). Apenas em fevereiro do mesmo ano, a OMS nomeou o vírus como Sars-coV-2, e a síndrome respiratória por ele causada passou a chamar-se oficialmente covid-19. Ainda no mesmo mês, a OMS já havia emitido alertas de uma possível pandemia e, no dia 26 de fevereiro de 2020, o Brasil registrava seu primeiro caso.

A pandemia foi oficialmente declarada pela OMS em 11 de março de 2020, aproximadamente três meses após a primeira notificação de contágio na China. Hoje⁴, segundo dados do Ministério da Saúde (2021), em todo o mundo já foram quase 262 milhões de casos confirmados e 5,21 milhões de mortes, enquanto o Brasil conta com 22,1 milhões de casos notificados e mais de 614 mil mortes. Todavia, é importante ressaltar que estes números se tornam rapidamente desatualizados (assim como quase todos os materiais produzidos sobre o assunto), uma vez que, mesmo com a ascendente tendência de vacinação, o mundo ainda vive uma pandemia, e entre a escrita e leitura deste trabalho os dados já serão outros.

Vive-se em um mundo cada vez mais global, em que a grande circulação de pessoas e objetos contribui ainda mais para a propagação rápida de doenças que em outros tempos poderiam ter características mais locais e comunitárias. Não por acaso, progressivamente,

(2020) apontem para a origem animal.

4 Coleta de dados realizada no dia 30 de novembro de 2021, diretamente no site do Ministério da Saúde, conforme consta nas referências.

aumentam as discussões sobre epidemias e pandemias. A própria OMS, há alguns anos, sustenta a importância das discussões a respeito de uma saúde pública global como um pilar da governança (SENHORAS, 2020).

Entretanto, por mais evidente que a possibilidade fosse, a verdade é que vivenciar hoje uma pandemia era uma possibilidade coletivamente inimaginável. Rohden (2020) pontua que fomos levados a crer ser possível atingir o controle sobre a vida, o adoecimento e a própria morte. Parece que, conforme coloca a autora, cada vez mais, acreditamos ter o controle total sobre nossos corpos e mentes. Acredita-se que, seguindo determinadas cartilhas alimentares, de atividade física, meditação, entre outras estratégias, seria possível garantir uma vida completamente saudável, eficiente e feliz. Para além, a vida é cada vez mais objeto de intervenção da medicina; que nos apresenta procedimentos que prometem nos afastar do envelhecimento.

Em suma, a promessa é de que, com os avanços técnicos e científicos na área da saúde, se você comer o “certo”, beber o “correto”, realizar os procedimentos e atividades físicas “adequadas”, estará sempre tudo bem com você e conseguirá passar sem ser atingido pelos flagelos da vida. Todavia, a imprevisibilidade de uma pandemia como a que vivemos, colocou em xeque essa premissa de controle diante da vida e da morte. Elias (2001) argumenta que, embora todos saibam da finitude da vida e inevitabilidade da morte, muitas vezes o ser humano busca se afastar ao máximo desta informação e esquecer da morte. A questão é que a morte não se manifesta apenas no ato em si, a finitude transparece em diversos momentos ao longo da vida, como o adoecimento ou envelhecimento.

É inevitável, todo o ser vivo morre, mas apenas para o ser humano isso é um problema, uma “questão existencial”, isso se dá porque só o ser humano sabe e pensa sobre a morte. Para nenhum outro animal essa questão suscita reflexões. O aumento progressivo da expectativa de vida e as possibilidades de aprimoramento humano, criaram um cenário de segurança em que “a vida é mais longa, a morte

é adiada”. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil esquecer a morte no curso normal da vida (ELIAS, 2001).

Nesse contexto, Giddens (1977) utiliza o conceito de segurança ontológica, que nos ajuda a pensar os reflexos da pandemia nos sujeitos sociais. Para o autor, a ordem é composta por complexas configurações relacionais, estando em constante produção e reprodução. A partir do compartilhamento de regras e da rotinização da vida social, alimenta-se o anseio de que o mundo pode apresentar-se como algo seguro e previsível. Assim, a antevisão em relação aos acontecimentos futuros é o fator que confere segurança e tranquilidade para que os sujeitos sigam suas vidas dentro de um quadro considerado socialmente “normal”. Ao mesmo tempo, para que esta segurança ontológica seja abalada, basta que o ordinário seja suspenso por qualquer razão e o imprevisível tome seu lugar. Por fim, momentos de risco social, onde imperam a incerteza e insegurança, como a pandemia associada à covid-19, reverberam nas ações dos agentes e em como compreendem o mundo e a si mesmos.

Partindo-se de uma tradição goffmaniana, estes momentos de crise, podem ser entendidos como situações-limite, em que são frustradas as expectativas instauradas no jogo simbólico-interacional, resultando em um exacerbamento das vulnerabilidades sociais e interacionais (BARBOSA, 2018). Para Goffman (2014), com o rompimento dos ritos e sentidos vigentes (sejam individuais, coletivos, morais ou emocionais), todo o universo simbólico passa por uma fragilização, e sentimentos como desespero, vergonha e medo acabam por prevalecer.

A reflexão sociológica até aqui empreendida tem por objetivo fomentar a discussão sobre o quão as mudanças de vida e rotina causadas pela pandemia têm um efeito na vida humana que transcende o imaginário popular. A forma de trabalhar, vivenciar, celebrar, comprar e assim por diante foram alteradas, criando novas e diferentes rotinas e conseqüentes reverberações na forma de pensar e existir socialmente. Na pandemia, os indivíduos encontram-se diante de um cenário que rompe com suas rotinas, gera medo e ansiedade, ocasiona perdas, instaura o distanciamento físico e o isolamento

social. A isso, somam-se os desdobramentos políticos, econômicos e sociais, além das dificuldades de compreender subjetivamente e lidar com este novo momento sanitário e societário.

No caso do Brasil, a crise sanitária somou-se à já instaurada crise política e transpareceu a falta de liderança da Presidência da República, que não conseguiu construir políticas públicas com o Congresso Federal e os estados para a tomada de medidas de contenção à propagação do vírus. Ao contrário, o Governo Federal fez oposição a várias das recomendações da OMS para a contenção do vírus, como o isolamento social, a prática de quarentena e o uso de máscaras (UNISINOS, 2020).

Campos (2020) reforça que a gestão presidencial utilizou do pretexto de defender a economia e combater o desemprego para se opor às medidas de proteção sanitária. Para além, o Brasil presenciou um verdadeiro boicote por parte da federação às tentativas de ações de contenção ao vírus adotadas pelos estados e sociedade civil. O Ministério da Saúde, com suas sucessivas trocas ministeriais, a insipiência no tocante à produção ou compra de vacinas, o incentivo ao uso de medicamentos sem comprovação científica e a adoção da discutível “imunização de rebanho” produziram evidências sobre o controverso trato relacionado à pandemia.

Embora o cenário político brasileiro não seja o foco deste trabalho, é um elemento importante para a compreensão dos impactos subjetivos ocasionados pela pandemia. O fato é que depois de instituída em todo o globo, cada continente, país, estado, cidade, família e indivíduo irá vivenciá-la sob condições objetivas e subjetivas. Em outras palavras, apreenderá a realidade de uma forma diferente. Logo, aspectos sociais, políticos e econômicos são fundamentais para a compreensão desse processo.

Romero (2020) realiza uma leitura da pandemia, a partir dos estudos de Mauss (2003) e define o fenômeno como um fato social total, que tensiona e relaciona-se com os indivíduos e a sociedade em todos os segmentos que perpassam a existência humana e social. Complementando, Arendt (2002) traz a ideia de que o sofrimento é também parte da vida social, correspondendo ao produto das relações

sociais estabelecidas em determinado momento histórico. Em outras palavras, o sofrimento derivado de uma conjuntura específica que gera tensões e quebra expectativas nutridas socialmente pode ser caracterizado enquanto sofrimento social.

Para Koury (2020a) esta situação-limite é demarcada pela desorganização de rotinas, o medo do contágio, a tristeza pelas perdas (reais e simbólicas) e a desesperança diante da forma política e institucional que o país lida com o vírus. Ilustrativa deste momento é a pesquisa realizada pelo Centro de Investigação e Estudos Sociológicos (CIES), na qual 90% dos brasileiros entrevistados afirmam vivenciar situações de medo, ansiedade e tristeza no contexto da pandemia. Em outras palavras, para o autor, o Brasil vive uma situação-limite imposta pela associação entre uma crise sanitária, política e institucional.

O sentimento de angústia toma conta do país. Ela revela nos estratos médios da sociedade um sentimento de torpor e uma sensação de perigo eminente, movidos pela incerteza sobre o dia de hoje e de um futuro próximo no país e no mundo. E essa sensação e esse sentimento só fazem aumentar o medo e a insegurança pessoal e coletiva presentes na situação-limite vivida (KOURY, 2020b, p. 1).

Conclusivamente, os sistemas de crenças e expectativas diante de um futuro próximo foram rompidos drasticamente com os acontecimentos que se sucederam entre 2020 e 2021. Os indivíduos foram impulsionados a buscar novas formas de exercer seus papéis e se colocar diante do mundo: no brasileiro isolado cresceu o ambíguo sentimento de que se está protegendo do contágio ao mesmo tempo em que se sente sozinho; nos que precisaram seguir em trabalho presencial, o medo, prevaleceu; nos que se juntaram à onda de negacionismo e descredibilizaram a situação vivenciada, seguiu-se a apatia às transformações necessárias. Para todos a insegurança sobre o presente e o futuro fez-se presente.

Trabalho na saúde diante da pandemia: entre o heroísmo e o adoecimento mental

Nas discussões sobre o trabalho na saúde diante da covid-19, diversas perspectivas e narrativas são construídas. É fato que desde o início da pandemia, os profissionais da saúde vêm sendo tratados como figuras centrais. Conhecidos agora como “linha de frente” na “guerra ao vírus”, são personagens fundamentais e sempre presentes nas mídias sociais. Esses trabalhadores foram adjetivados pelos meios de comunicação, em vários momentos, como “heróis” e “anjos”.

Em 30 de junho de 2020, a Rede Brasil Sul (RBS/RS) publicou uma reportagem em que se referiu aos trabalhadores da saúde como super-heróis de “jaleco branco e máscara de proteção”. A reportagem refere-se à iniciativa do grupo de humanização do Hospital de Caxias do Sul, que colocou imagens de conhecidos heróis dos quadrinhos, como o Capitão América, Homem Aranha e o Incrível Hulk, simbolizando o papel exercido pelos trabalhadores da saúde, em âmbito hospitalar. A ação visava estabelecer uma analogia entre a importância do trabalho realizado por estes profissionais e a “força” que eles têm demonstrado diante do combate à pandemia (G1, 2020).

Essas campanhas muitas vezes são confundidas como sinônimo de valorização profissional, entretanto, não necessariamente refletem objetivamente a valorização no exercício da função, já que esta perpassa questões como condições objetivas de trabalho e boas remunerações salariais. Em estudo realizado com uma equipe de enfermagem, Brandi (2021) coloca que, ao mesmo tempo que a mídia retrata esses profissionais como indispensáveis, fortes e corajosos por trabalharem diretamente com infectados pela covid-19, também deixa evidente que eles são os indivíduos que mais estão em contato com o vírus. Tal situação acaba por gerar um movimento contraditório no imaginário popular, fazendo com que os trabalhadores da saúde transitem entre as contraditórias narrativas de “heróis” e “infectados”.

Enfermeiras, técnicas e auxiliares têm relatado a jornalistas sobre a hostilização, as agressões verbais e físicas que têm sofrido em meio a pandemia. Cecília, técnica em enfermagem, contou à Revista Época que diversas pessoas pediram

sua saída dos vagões do metrô, tiraram fotos, filmaram e a hostilizaram (BRANDI, 2021, p. 201).

Outrossim, colocar os trabalhadores da saúde como “super-heróis” cria uma imagem de inabalável, invencível, resiliente, aumentando a responsabilidade colocada diante dessas pessoas e de suas ações. Um herói costuma ser um líder, alguém habilidoso, que se submete ao perigo em prol de um bem maior. Este personagem, tão trabalhado na literatura, percorre uma jornada, composta por obstáculos diversos. Mesmo que em vários momentos se questione sobre o seu papel, o herói nunca desiste de sua jornada e, mesmo que ferido ou enfraquecido, não para até que cumpra seu papel (SCRIBANO, DE SENA, 2020). Indo além, performar como herói é diferente de exercer uma profissão, pois o herói dedica completamente sua existência à prática heroica. Para Scribano e De Sena (2020), o herói nasce a partir da morte, primeiro ele morre enquanto indivíduo para ser herói, depois, ele cumpre sua jornada, a partir do auto-sacrifício em nome de algo maior, consolidando-se enquanto mito.

Quando anônimos aplaudem “os profissionais da saúde”, entendendo esses como uma entidade homogênea, um sistema completo, estamos diante do que Scribano e De Sena (2020) chamam de “*Marvel effect*”. Isso reflete toda uma política de sensibilidade, que, muitas vezes, não alcança as demandas concretas desses trabalhadores. Bitencourt e Andrade (2021) concordam quando indicam que este movimento se apresenta de forma contraditória. Se, por um lado, indica um agradecimento coletivo voltado às ações desses profissionais, por outro, aumenta a pressão para que sejam “invencíveis” e apresentem os melhores resultados de cuidado, independente das condições objetivas em que estão.

Segundo Silvia et al. (2020), este movimento da sociedade civil desumaniza esses indivíduos, obscurecendo suas demandas pessoais e profissionais por melhores condições de trabalho. É evidente a necessidade de que a valorização vá além dos limites do prestígio. As diversas categorias profissionais que compõem o campo da saúde têm demandas históricas que ainda não receberam a devida atenção.

Partindo dessa perspectiva, o contexto também favorece o capital a continuar explorando, de forma desumana, esses corpos. Agora o elogio pode ser um antídoto para silenciar vozes que querem trabalhar, mas precisam de condições adequadas para desenvolver suas atividades que foram vistas como necessárias, essenciais e valiosas no contexto desta pandemia (BITENCOURT, ANDRADE, 2021).

Uma pesquisa realizada em redes sociais de enfermeiros constatou que estes utilizaram a visibilidade profissional adquirida durante a pandemia para publicizar suas condições de trabalho e seus baixos salários. Os profissionais utilizaram suas mídias para conscientizar sobre medidas de combate à covid-19. Além disso, pediram equipamentos de proteção e maior salubridade para o exercício seguro de suas funções (FORTE, PIRES, 2020).

Neste sentido, é necessário que os heróis se tornem humanos, profissionais, pois, assim os entendendo, percebemos que são plurais e que demandam também cuidado e proteção, especialmente diante da realidade de precarização das relações e condições de trabalho no Brasil. Não por acaso, os diversos estudos sobre a temática entre os anos de 2020 e 2021 ressaltam um adoecimento destes profissionais, ao associarem a responsabilidade, a sobrecarga de trabalho, a desvalorização (especialmente em termos salariais, de direitos trabalhistas e institucionais) e o contato diário com o adoecimento e sofrimento humano durante a pandemia enquanto fatores que influenciam o adoecimento mental dessas pessoas. Dentre os estudos, uma pesquisa realizada em 2020, através de formulário on-line, com 979 profissionais da saúde, evidencia que quando perguntados sobre os sentimentos que vivem neste momento, os trabalhadores referem-se principalmente a medo, tristeza, solidão, ansiedade e estresse (SILVA et al., 2020).

Em um ensaio, com base em diversos artigos de pesquisadores chineses, Oliveira et al. (2020) concluiu que os profissionais da saúde estão apresentando, desde o início da pandemia, alterações significativas no sono, associadas especialmente às elevadas taxas de estresse e ansiedade. A mesma pesquisa indica que quanto maior o

apoio social que o participante informou ter recebido, menores eram seus níveis de ansiedade e estresse e, conseqüentemente, o impacto no seu sono. O medo do próprio contágio ou de contaminar familiares e amigos também é uma das falas recorrentes em pesquisas. Os profissionais se sentem vulneráveis e desamparados diante de uma realidade que não podem mudar, o que gera um sentimento de desproteção e os torna menos responsivos aos acontecimentos ambientais.

Teixeira et al. (2020) acrescenta que, diante da gravidade da situação, com falta de equipamentos, leitos e equipe profissional suficiente para a demanda, os trabalhadores assumem uma posição passiva que pode ser entendida como um sentimento de impotência e paralisação. Na referida pesquisa, os autores listam os fatos que mais causam estresse psicológico a estes profissionais (p. 26):

Esforço emocional e exaustão física ao cuidar de um número crescente de pacientes com doenças agudas de todas as idades que têm o potencial de se deteriorar rapidamente; cuidar de colegas de trabalho que podem ficar gravemente doentes e, às vezes, morrer de COVID; escassez de equipamentos de proteção individual que intensificam o medo de exposição ao coronavírus no trabalho, causando doenças graves; preocupações em infectar membros da família, especialmente os mais velhos, os imunocomprometidos ou com doenças crônicas; escassez de ventiladores e outros equipamentos médicos cruciais para o atendimento dos pacientes graves; ansiedade em assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos e cargas de trabalho expandidas no atendimento a pacientes com covid-19; acesso limitado a serviços de saúde mental para gerenciar depressão, ansiedade e sofrimento psicológico.

Santos et al. (2021) realizou pesquisa com 490 profissionais da enfermagem no nordeste brasileiro e os resultados indicam que 30,4% tiveram diagnóstico de algum transtorno mental nos últimos 12 meses; 39,6% apresentaram sintomas moderados ou severos de ansiedade, 38% de depressão e 62,4% sintomas característicos da síndrome de Burnout. Em suas discussões, os autores enfatizam que as prevalências desses sintomas eram maiores nos profissionais que trabalhavam diretamente nas enfermarias de Covid-19.

Ainda, em pesquisa nacional organizada pela FIOCRUZ, mais de um ano depois do início da pandemia, a palavra que pode descrever o estado destes profissionais é “esgotamento”. Para a instituição, a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dos profissionais da saúde. Quase 50% reclamam das longas jornadas e do excesso de trabalho e 45% dizem que precisam de mais de um emprego para sobreviver (FIOCRUZ, 2021). Este estudo também coloca que mais de 43% dos profissionais se sentem inseguros em seu ambiente de trabalho, sendo que os motivos citados variam entre a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), despreparo para lidar com a covid-19 e a não confiança nos gestores institucionais.

Cabe evidenciar que algumas variáveis influenciam diretamente nos resultados das pesquisas. Santos et al. (2021) constatam que, quanto mais baixo os rendimentos, maior é a prevalência de sofrimento mental, excetuando-se profissionais com rendas mais altas e mais de um vínculo, que apresentam também altos índices de sofrimento mental. De modo similar, o contato com familiares e amigos incide sobre os resultados obtidos. Os autores indicam que morar com pais e irmãos é um fator associado à depressão e inferem que isso pode ser resultado do medo de contaminar familiares, especialmente os idosos.

Mesmo com recentes avanços em relação à vacinação preventiva da covid-19, um experimento realizado entre abril e maio de 2021 (ROSA, 2021) constatou que, por mais que o sentimento de esperança tenha aparecido em 60,9% dos entrevistados, 39,1% dos que tomaram apenas a primeira dose seguem não se sentindo seguros em seu ambiente de trabalho. 73,9% do total dos entrevistados diz se preocupar com o surgimento de novas variantes do vírus e 91,3% relatam não se sentirem confiantes devido ao comportamento da população (por acreditarem que não se comprometem em realizar os cuidados necessários a não propagação da covid-19).

É certo que colocar que a pandemia potencializou o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde, já é indicativo de um cenário anterior de precariedade que transparece diante da necessidade máxima do sistema de saúde neste momento. Em suma, ampliou-

se uma sobrecarga e desgaste mental já recorrente no cotidiano dos profissionais da saúde, que em muito vem gerando desânimo, depressão, apatia e ansiedade. (DAL'BOSCO, FLORIANO, SKUPIEN, 2020).

Considerações finais

Este artigo e os trabalhos aqui abordados trazem indicativos iniciais dos impactos da pandemia da covid-19 para a rotina, relações de trabalho e subjetividade dos profissionais da saúde. É verdade que, como colocado anteriormente, estes profissionais já viviam um processo de adoecimento mental atrelado às condições de trabalho, pois, mesmo antes da pandemia, o trabalho em saúde já era caracterizado por longas jornadas, múltiplos vínculos e sobrecarga de trabalho. A Pandemia agiu como um potencializador destas condições precárias.

A estes profissionais foi imposto um papel singular, o de ser “linha de frente” no combate à pandemia, o que os torna mais expostos à infecção por covid-19 e, portanto, mais vulneráveis em um contexto pandêmico. Colocou-se aqui um papel contraditório que se permeia entre as narrativas de “heróis” e “infectados”, que não permite compreendê-los para além destas duas posições.

Entretanto, um olhar mais profundo demonstra que os profissionais da saúde também vivenciam a pandemia de forma humana, com medo diante da incerteza, receio do contágio e de transmitir a doença para familiares e amigos, além do isolamento social e da solidão decorrente destes. Mais que isso, como grupo vulnerável, necessita de medidas de proteção que viabilizem a tanto a contenção do contágio por covid-19, quanto suporte psicológico. Pois, ainda é cedo para respostas substanciais dos impactos, a longo prazo, da pandemia na saúde mental dos trabalhadores da saúde, todavia, é evidente e urgente, que intervenções sejam realizadas.

Referencial teórico

ABRÃO, Janete. HISTÓRIA, MEMÓRIA E COMPORTAMENTOS SOCIAIS EM TEMPOS DE COVID-19. **História em Revista**, Pelotas, v. 26, n. 1, p. 209-229, dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/HistRev/article/view/20621/12769>. Acesso em: 10 de jun. 2021.

AGÊNCIA BRASIL (Brasília). **Covid-19: há um ano, OMS declarava pandemia**. 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-03/covid-19-ha-um-ano-oms-declarava-pandemia>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BARBOSA, Raoni Borges. Situação Limite e Vulnerabilidades Interacionais: Reflexões etnográficas sobre as fronteiras morais e emocionais da normalidade normativa. **RBSE Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 17, n. 49, p. 41-54, abril de 2018. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/BarbosaArt.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2021.

BITENCOURT, Silvana Maria; ANDRADE, Cristiane Batista. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 1013-1022, mar. 2021.

BITENCOURT, Silvana Maria; ANDRADE, Cristiane Batista. Trabalho de cuidado, emoções e gênero: trabalhadoras na latinoamérica. In: D'HERS, Victoria; BORAGNIO, Aldana (comp.). **Feminidades: mujeres desde una sociología de los cuerpos/ emociones**. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora, 2020. p. 125-142.

BRANDI, Barbara Ferrari A última janela da vida: humanização e trabalho emocional na equipe de enfermagem em tempos de pandemia. In: CASTRO, B. (org.). **Covid-19 e sociedade: ensaios sobre a experiência social da pandemia**. Campinas: Unicamp/IFCH, 2020. p. 261-277.

BRANDI, Barbara Ferrari. **Os Sentidos do Trabalho Humanizado: cuidado e trabalho emocional na enfermagem**. 2021. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Unicamp, Campinas, 2020. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/357826/1/Brandi_BarbaraFerrari_M.pdf. Acesso em: 03 de jun. 2021.

CAMPOS, Gastão W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, 2020.

Elias N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.

FIOCRUZ. Pandemia expõe excesso de trabalho, sofrimento e falta de reconhecimento dos profissionais de saúde, revela estudo da Fiocruz. 2021. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51044>. Acesso em: 15 maio 2021.

FOLHA DE SÃO PAULO. Mortes por vírus sobem para 17; brasil descarta caso. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/fac-simile/2020/01/23/index.shtml>. Acesso em: 16 maio 2021.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, p.229-248, 2010.

G1 RS (Rio Grande do Sul). **Profissionais da saúde são comparados com super-heróis em hospital de Canoas**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia//06/30/profissionais-da-saude-sao-comparados-com-super-herois-em-hospital-de-canoas.ghtml>. Acesso em: 24 maio 2021.

GIDDENS, Anthony. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna São Paulo: UNESP, 1997.

GOFFMAN, Erving. Sobre o resfriamento do marca: alguns aspectos da adaptação ao fracasso. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.13, n.39, p. 266-283, 2014.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Revista Sociologia e Antropologia**, [s. l.], v. 1, p. 151-180, 2011.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **Cotidiano e Pandemia no Brasil**: emoções e sociabilidade. João Pessoa: Grem-Grei Edições, 2021.

_____, Mauro Guilherme Pinheiro. O Covid-19 e as emoções: pensando na e sobre a pandemia. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 19, n. 55, abril de 2020a.

_____, Mauro Guilherme Pinheiro. Antropologia e situações-limites: neoliberalismo e pandemia. **Dilemas**, Rio de Janeiro, p. 1-8, 2020b.

MATOS, Alfredo Assunção *et al.* **Saúde mental dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia.** 2020. Disponível em: <http://www.cesteh.ensp.fiocruz.br/saude-mental-dos-trabalhadores-da-saude-em-tempos-de-pandemia>. Acesso em: 30 ago. 2021.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 309-323, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG59GWL76FNW7TF/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2021.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de *et al.* Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 1-12, nov. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZMN96H6CP5t3MpmYFSrNXPM/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2021.

ROHDEN, Fabíola. As promessas de aprimoramento e o retorno à fatalidade. In: GROSSI, Miriam Pillar ; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas Sociais e o Coronavírus.** Florianópolis: Anpocs, 2020. p. 122-127. Disponível em: http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavi%CC%81rus.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

ROMERO, Fanny Longa. Além da culpa e da expiação: Covid-19 e as fissuras de gramáticas emocionais. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 19, n. 55, abril de 2020. Disponível em: https://grem-grei.org/wp-content/uploads/2020/05/10_Fanny_RBSEv19m55abril2020_Supl-Especial_maior2020.pdf. Acesso em 30 jun. 2021.

SÁ, Dominichi Miranda de. **Especial Covid-19: os historiadores e a pandemia.** Os historiadores e a pandemia. 2020. Disponível em: <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.html#.YKr7sahKi02>. Acesso em: 16 maio 2021.

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos *et al.* Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/af/DfmDPNnHcwnVymcDsHDC6hp/>. Acesso em: 05 maio 2021.

SEGATA, Jean. Covid-19: escala da pandemia e escala da antropologia. In: GROSSI, Miriam Pillar; TONIOL, Rodrigo (org.). **Cientistas Sociais e o Coronavírus.** Florianópolis: Anpocs, 2020. p. 46-49. Disponível em: <http://anpocs.com/images/>

stories/boletim/boletim_CS/livro_corona/Livro_Cientistas%20Sociais_eo_Coronavi%CC%81rus.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

SENHORAS, Eloi Martins. Coronavírus e o papel das pandemias na história humana. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa vista, vol. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <https://revista.ufr.br/boca/article/view/Eloi>. Acesso em: 23 mar. 2021.

SERPA JUNIOR, Octavio Domont de *et al.* Escrita, memória e cuidado - testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 620-645, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/s7mWtPxQJzY6q7K66jWZDpt/>. Acesso em: 12 mai. 2021.

SILVA, Rodrigo Marques da et al. Nível de tolerância nas relações de amizade em profissionais da saúde durante a pandemia do COVID-19. **REVISA**. 2020; 9(Esp.1): 631-45.

SCRIBANO, Adrian; DE SENA, Angelica. The New Heroes: Applause and Sensibilities in the Era of the COVID-19. **Culture e Studi del Sociale**, 2020, 5(1), Special issue, 273-285. Disponível em: <http://www.cussoc.it/index.php/journal/issue/archive>. Acesso em: 27. jun. 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>. Acesso em: 18 fev. 2021.

UNISINOS. Pandemia global, governo e desigualdade no Brasil: um olhar das ciências sociais. **Um olhar das ciências sociais**. 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597877-pandemia-global-governo-e-desigualdade-no-brasil-um-olhar-das-ciencias-sociais>. Acesso em: 15 maio 2021.

Esta obra contou com apoio do PPGH/UFPeI
com recursos PROAP/CAPES



casalettras

casalettras.com



9 786586 625424

ISBN: 978-65-86625-42-4